

Федеральное агентство по образованию
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ГОУ ВПО «АмГУ»

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой ПиП

_____ А.В. Лейфа

«__» _____ 2007 г.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ПО ДИСЦИПЛИНЕ

для специальности 030301 «ПСИХОЛОГИЯ»

Составитель: Смирнова С.В.

Благовещенск

2007

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета

С.В.Смирнова

С.В.Смирнова

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Психопатология» разработан для студентов очной и заочной форм обучения специальности 03.03.01 «Психология». Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2007.

Учебное пособие составлено в соответствии с Государственным стандартом СД.Ф.01 ГОУВПО для специальности 03.03.01 и включает наименование тем, цели и содержание лекционных, семинарских и практических занятий; тестовые задания для контроля изученного материала; темы рефератов и вопросы для самостоятельной работы; вопросы для итоговой оценки знаний; тестовые задания для проверки в электронной форме остаточных знаний; список рекомендуемой литературы; учебно-методическую карту дисциплины.

©Амурский государственный университет, 2007

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ	6
2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ	
2.1. СТАНДАРТ (ПО ПРЕДМЕТУ)	7
2.2. НАИМЕНОВАНИЕ ТЕМ, ОБЪЕМ (В ЧАСАХ) ЛЕКЦИОННЫХ, СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ И САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ	8
2.3. СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА	9
2.4. КУРС ЛЕКЦИЙ	22
2.5. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ	112
2.6. ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА	113
2.7. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАЧЕТУ	114
2.8. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ	115
3. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ	116
3.1. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	

ВВЕДЕНИЕ

Уровень социально-психологической компетентности любого современного специалиста, работающего с людьми, должен включать сведения о наиболее частых проявлениях психологической патологии.

Актуальность такой постановки вопроса заключается не только и не столько в необходимости раннего (в интересах больного) распознавания начинающегося заболевания, а в том, что при медленном, постепенном развитии болезни, ее начальные проявления могут быть недостаточно демонстративными, чтобы можно было сразу заподозрить психическое заболевание. Однако, эти проявления, главным образом, изменяя поведения и характер человека могут в течение длительного времени вносить серьезный диссонанс в психологический климат производственной группы, семьи, коллектива.

Курс «Психопатология» предусматривает формирование знаний и умений, необходимых для выявления различных форм психологических нарушений. Психопатология представляет собой одну из ведущих и наиболее интенсивно развивающихся отраслей современной науки и практики. Она является не только фундаментальной наукой, но и признанной, высоко ценимой во всем мире областью профессиональной деятельности психологов.

Социальная значимость выражается в том, что в психологических ассоциациях различных стран мира около 60 % составляют клинические психологи. В области клинической психологии работали З. Фрейд, А. Адлер, К. Юнг, К. Хорни, Э. Фромм, В. Франки, К. Роджерс, А. Маслоу и др. У истоков отечественной клинической психологии стояли профессора Московского университета, лауреаты Ломоносовской премии, обладатели многих международных наград А. Р. Лурия, Б. В. Зейгарник и др.

Современная клиническая практика требует восстановления у больного не только соматического здоровья, но также оптимального психологического

и социального функционирования; более того, психологическое состояние человека самым активным образом влияет на его здоровье, зачастую обуславливает быстроту и качество выздоровления при заболеваниях. Поэтому в подготовке как медицинских, так и психологических кадров существенно возрос объем необходимых знаний, умений и навыков. Ведь современному специалисту знания и умения в области психологии так же необходимы, как знания и умения в области анатомии или физиологии. Кроме того, практическое здравоохранение уже требует привлечения к участию в лечебном процессе и специалистов гуманитарного профиля — клинических психологов, социальных работников.

Формирование у будущих специалистов теоретических знаний и практических навыков работы в клиничко-психологической сфере во многом зависит от организации преподавателем учебного процесса по отдельной дисциплине, а учебно-методический комплекс учебной дисциплины одна из важных составляющих этого процесса.

Данное пособие составлено с учетом рекомендаций учебно-методического отдела АмГУ и включает следующие разделы:

- цели и задачи дисциплины, ее место в учебном процессе;
- содержание дисциплины;
- учебно-методические материалы по дисциплине;
- учебно-методическая карта дисциплины

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

В процессе изучения данной курса перед студентами ставятся следующие цели: получить целостное представление об основных направлениях психологии в психологической и медицинской практике; познакомиться с основными методами и принципами данной науки; сформировать представление о строении и работе ЦНС человека в состоянии нормы и патологии, ознакомить студентов с общими данными о психических расстройствах в различных сферах деятельности человека. Показать взаимосвязь между соматическими заболеваниями и психическими нарушениями. _

К задачам изучения дисциплины «Психопатология» можно отнести:

- научиться анализировать имеющиеся нарушения психических процессов, исходя из общих методологических положений, на которых базируется современная психологическая наука;
- получить навыки синдромального анализа нарушений психических функций.
- овладеть навыками дифференциального анализа критериев нормы и патологии психической деятельности;
- ознакомиться с методами патопсихологического и нейропсихологического исследования высших психических функций;
- получить представление о мозговых механизмах и особенностях расстройства гностических, двигательных, речевых, интеллектуальных и эмоциональных процессов, возникающих вследствие локальных поражений мозга.

Решение данных задач позволит студентам:

- дифференцировать психологические феномены и психопатологические симптомы и синдромы.

- владеть основными видами психопрофилактической, психокоррекционной помощи пациентам с учетом нозологической специфики.
- использовать различные подходы организации психотерапевтической среды и психотерапевтического сообщества.
- применять на практике основные экспериментально-психологические методики направленные на исследование психических функций, процессов и состояний.
- владеть основными приемами нейропсихологического исследования (состояния гнозиса, праксиса, речевых функций и т.д.)

Таким образом основной целью изучения данной дисциплины - становится формирование у будущих специалистов теоретических знаний и практических навыков работы в сфере практической психологии.

Курс «психопатология» базируется на знаниях студентами теоретических курсов: «Анатомия и физиология ЦНС», «Физиология ВНД», «Общая психология».

2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

2.1. НАИМЕНОВАНИЕ ТЕМ, ОБЪЕМ (В ЧАСАХ) ЛЕКЦИОННЫХ, СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ И САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Тематический план

Номер темы	Раздел курса	Лек.	Семи н. Зан.	Сам. Раб.
1	Предмет и задачи психопатологи	2	2	4
2	Наркомания и токсикомания	2	2	4
3	Алкоголизм. Алкогольные психозы.	2	2	4
4	Неврозы.	2	2	4
5	Реактивные психозы.		4	4
6	Психопатии	2	2	4
7	Шизофрения.	2	4	4
8	Олигофрения.	2	2	2
9	Эпилепсия.	2	2	4
10	Психические нарушения при черепно-мозговых травмах	2	2	4
11	Психические расстройства при соматических заболеваниях		2	4
12	Маниакально-депрессивный психоз.		4	4
13	Психические расстройства в инволюционном периоде.		4	4
14	Проблемы суицидологии		2	4
	Всего:	18	36	50

2.2. СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА.

ТЕМА 1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПСИХОПАТОЛОГИИ.

Семинарское занятие 1.

Цель - рассмотреть сущность психопатологии, как отрасли психологического знания; определить исторические корни данной науки; установить тропность личности к выполнению профессиональных обязанностей в клинико-психологической сфере.

Вопросы для обсуждения

1. Предмет и задачи психопатологии.
2. Отличия патопсихологии и психопатологии по предмету исследования.
3. Основные задачи психопатологии.
4. Содержание понятия «Психические аномалии».
5. История развития психиатрии в России.
6. Психолого-психиатрическая экспертиза.

Контрольные вопросы

1. Причины и условия развития психических заболеваний.
Распространенность психических болезней
2. Становление и современное состояние служб оказывающих психиатрическую помощь населению Амурской области.
3. Цель, задачи и формы проведения различных видов экспертиз: трудовой, военной, судебной.

Самостоятельная работа

Реферат

1. Принципы организации психиатрической помощи. В России.

Литература для самостоятельной работы

Основная: № № 1, 2,6,7

Дополнительная: № № 8,13,16

ТЕМА 2. НАРКОМАНИЯ И ТОКСИКОМАНИЯ.

Семинарское занятие 2.

Цель – Ознакомиться с основами наркологии и токсикологии.

1. Вопросы для обсуждения
2. История вопроса употребления наркотических и токсических препаратов.
3. Распространенность наркомании на земном шаре.
4. Наркомания и токсикомания в Амурской области. О
5. Определение понятий -наркомания и токсикомания.
6. Симптоматика, течение, исход при гашишной, опийной, эфедроновой, барбитуратовой наркомании.

Контрольные вопросы:

1. Диагностика опьянение при употреблении конопли, опня, эфедрона.
2. Токсикомания, ее распространенность среди детей и подростков. Симптоматика, течение, исход.
3. Охарактеризуйте причины употребления наркотических и токсических веществ.

Самостоятельная работа

Реферат

1. Особенности развития детей, родившихся у родителей употребляющих токсические и наркотические вещества.

Литература для самостоятельной работы

Основная: № № 1, 2,3,6,7,9.

Дополнительная: № № 8,12,13,16

ТЕМА 3. АЛКОГОЛИЗМ, АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ.

Семинарское занятие 3

Цель – рассмотреть общие закономерности развития алкоголизма. Изучить феноменологию нарушения психических процессов при алкогольном опьянении.

Вопросы для обсуждения

1. Симптомы острого алкогольного опьянения. опьянения..
2. Алкоголизм, симптомы заболевания.
3. Особенности течения алкоголизма у лиц молодого возраста, у людей, перенесших черепно-мозговую травму.
4. Алкогольные психозы как осложнение алкоголизма. Течение психозов, прогноз.
5. Профилактика и лечение алкоголизма.
6. Методы диагностики алкогольного опьянения.
7. Степени опьянения. Клинические проявления. Физиологическое обоснование.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение сущности патологического опьянения
2. Физиологическое обоснование формирования болезненного пристрастия к алкоголю

Самостоятельная работа

Рефераты

1. Влияние алкогольной ситуации в семье на развитие ребенка.
2. Алкогольный синдром плода. Причины и следствие.

Литература для самостоятельной работы

Основная: № № 1, 2,3,6,7,9

Дополнительная: № № 8,12,13,16

ТЕМА 4. НЕВРОЗЫ

Семинарское занятие 4

Цель – Изучить физиологические механизмы формирования неврозов. Ознакомиться с разными формами пограничной нервно-психической патологии

Вопросы для обсуждения

1. Краткий исторический очерк изучения неврозов.

2. Распространенность невротических проявлений в мире и в нашей стране.

3. Причины возникновения, клинические проявления, течение и возможности терапии неврастения.

4. Причины возникновения, клинические проявления, течение и возможности терапии невроза навязчивых состояний.

5. Причины возникновения, клинические проявления, течение и возможности терапии истерического невроза.

Контрольные вопросы

1. Прогноз, профилактика неврозов
2. Уточните классификацию неврозов.
3. Охарактеризуйте возможности диагностики неврозов.

Самостоятельная работа

Рефераты:

1. Невротические проявления в детском возрасте .Диагностика.Коррекция.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 2,3,4,8,9.

Дополнительная: 1,5,15,17

ТЕМА 5. РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ.

Семинарское занятие 5,6

Цель – Изучить феноменологию реактивных состояний..

Вопросы для обсуждения

1. Определение и общая характеристика реактивных состояний.
2. Аффективно-шоковые реакции. Симптоматика, течение, прогноз, т
3. Истерические психозы. Симптоматика, течение, прогноз, т
4. Реактивные депрессии. Симптоматика, течение, прогноз, т
5. Бредовые реакции, обусловленные психотравмирующими ситуациями. Симптоматика, течение, прогноз, терапевтические тактики.

6. Оказание психологической помощи в экстремальных ситуациях..

Контрольные вопросы

1. Дайте классификацию реактивных психозов.
2. Перечислите и раскройте содержание основных проявлений реактивных состояний.
3. Перечислите и обоснуйте методы экспериментально-психологического исследования при данных состояниях.

Самостоятельная работа

Рефераты:

1. Посттравматическое стрессовое расстройство. Специфика проявлений при угрозе или совершении террористических актов.
2. Посттравматическое стрессовое расстройство. Специфика проявлений в очаге катастрофы.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 2,3,4,9

Дополнительная: 3,5,7,11,18

ТЕМА 6. ПСИХОПАТИЯ

Семинарское занятие 7

Цель – Изучить феноменологию проявлений акцентуаций характера и психопатий.

Вопросы для обсуждения:

1. История изучения вопроса о характере. Учение Гиппократ, Галлена, Шелдона. Кречмера.
2. Определение понятия «Акцентуация характера».
3. Классификация по акцентуаций характера по Личко, по Леонгарду.
4. Типологическая характеристика акцентуаций. Медико – педагогическая коррекция.
5. Этиология, клинические проявления психопатии.

Контрольные вопросы

1. Динамика течения психопатии.
2. Дифференциальная диагностика психопатий с акцентуациями характера.
3. Медико–педагогическая коррекция акцентуаций характера и психопатий.

Самостоятельная работа

Рефераты

1. Стратегии психокоррекционной работы акцентуированными лицами.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 2,3,6,7,9

Дополнительная: 19

ТЕМА 7. ШИЗОФРЕНИЯ: КЛИНИКА, ТЕЧЕНИЕ

Семинарское занятие 8,9

Цель – Изучить феноменологию личностных нарушений и нарушений психических функций при шизофрении.

Вопросы для обсуждения

1. История развития учения о шизофрении.
2. Симптоматика, течение болезни прогноз.
3. Вопросы организации помощи больным.
4. Реабилитационные мероприятия при шизофрении.

Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте возможности ранней диагностики психических заболеваний в детском возрасте.
2. Опишите типы ремиссий при данном заболевании.
3. Перечислите и опишите основные виды нарушения мышления при шизофрении.

Самостоятельная работа

Реферат

1. Динамика отношения к психически больным людям в историческом и социо - культурном контексте.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 6,7,8,9.

Дополнительная: 3,12,15.

ТЕМА 8. ОЛИГОФРЕНИЯ. КЛИНИКА, ТЕЧЕНИЕ.

Семинарское занятие 10

Цель Изучение клинических особенностей и разнообразия факторов способствующих возникновению олигофрении.

Вопросы для обсуждения

1. Причины олигофрении.
2. Распространенность заболевания.
3. Симптоматика и клинические варианты олигофрении.
4. Олигофрения при хромосомной патологии.
5. Возможности профилактики и реабилитационные мероприятия.

Контрольные вопросы.

1. Охарактеризуйте типологию проявлений нарушений умственного развития.
2. Причины нарушений интеллектуального развития у детей.
3. Психологическая характеристика умственно отсталых детей.
4. Дифференциальная диагностика олигофрении от сходных с ней состояний.
5. Этиология и клинические проявления различных форм задержек психического развития.
6. Проблемы коррекции умственной отсталости и задержки психического развития различной этиологии.

Самостоятельная работа

Рефераты:

1. Личностные особенности больного олигофренией.
2. Особенности дифференциальной диагностики олигофрении от ЗПР.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 2,8,9,10

Дополнительная: 9,12,15

ТЕМА 9. ЭПИЛЕПСИЯ. СИМПТОМАТИКА, ТЕЧЕНИЕ.

Семинарское занятие 11

Цель - Изучение основных клинических проявлений эпилепсии и эпилептиформных расстройств в детском возрасте.

Вопросы для обсуждения

1. Эпилепсия: этиология, патогенез, клинические проявления.
2. Характеристика судорожного синдрома при эпилепсии.
3. Разновидности судорожных припадков.
4. Особенности судорожных припадков у детей.
5. Эпилептический статус.
6. Эпилептиформный синдром.
7. Оказание помощи при различных видах припадков.
8. Бессудорожные эквиваленты эпилептических припадков.

Сумеречное помрачение сознания. Трансы. Фуги. Автоматизмы

Самостоятельная работа

Реферат

1. Профилактика судорожных расстройств.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 2,3,6,8,9,10

Дополнительная: 3,12,15.

ТЕМА 10. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-
МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Семинарское занятие 12

Цель - Знакомство с возможностями ранней диагностики и оказанием помощи при черепно- мозговых травмах.

Вопросы для обсуждения

1. Распространенность черепно-мозговых травм.
2. Классификация чмт..
3. Симптоматика начального, острого периода, периода отдаленных последствий.
4. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах. Течение заболевания. Прогноз

Самостоятельная работа

Реферат

1. Клинические проявления черепно- мозговых травм в детском возрасте.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 2,3,6,8,9,10

Дополнительная: 3,12,15.

ТЕМА 11. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.

Цель - Познакомится с вопросами соматопсихологии в клинической практике.

Семинарское занятие 13

Вопросы для обсуждения:

1. Психические нарушения при: инфаркте миокарда.
2. Психологическое реагирование при операциях на сердце,
3. Психологическое реагирование при ревматизме.
4. Психологическое реагирование при злокачественных опухолях.
5. Психические нарушения и личностные особенности больных длительно страдающих соматическими заболеваниями.
6. Психические нарушения при гриппе, пневмонии, туберкулезе, инфекционном гепатите.

Самостоятельная работа

Реферат

1. Причины возникновения, варианты течения послеродовых психозов.

Лечение и прогноз.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 2,3,4,5,6,9

Дополнительная: 4,10,13,18.

ТЕМА 12. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ (МДП).

Семинарское занятие 14, 15

Цель - Изучить феноменологию проявлений маниакально-депрессивного психоза.

Вопросы для обсуждения:

1. Причины возникновения МДП.
2. Варианты течения МДП.
3. Клинические проявления МДП.
4. Возможности реабилитации при МДП. Прогноз.

Самостоятельная работа

Просмотр и обсуждение на семинарском занятии х\ф «Умница Уилл Хантинг»

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 2,3,6,8,9,10

Дополнительная: 3,12,15.

ТЕМА 13. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ИНВОЛЮЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.

Цель - Знакомство с феноменологией психических расстройств в инволюционном периоде.

Семинарское занятие 16, 17

Вопросы для обсуждения:

1. Распространенность психических расстройств при сосудистых заболеваниях.
2. Гипертоническая болезнь Симптоматика, течение заболевания. Прогноз. Организация помощи больным. Реабилитационные мероприятия
3. Атеросклероз сосудов, головного мозга. Симптоматика, течение заболевания. Прогноз. Организация помощи больным. Реабилитационные мероприятия.
4. Распространенность психических нарушений в инволюционном периоде.
5. Болезнь Пика. Симптоматика заболевания. Прогноз. Организация помощи больным. Реабилитационные мероприятия.
6. Болезнь Альцгеймера. Симптоматика заболевания. Прогноз. Организация помощи больным. Реабилитационные мероприятия

Самостоятельная работа

Просмотр и обсуждение на семинарском занятии х\ф «Верность»

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 2,3,6,8,9,10

Дополнительная: 3,12,15.

ТЕМА 14. ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДОЛОГИИ.

Вопросы для обсуждения:

1. История вопроса отношения к суициду в контексте разных культур.
2. Теории самоубийства.
3. Факторы суицидального риска. «Ключи» суицидальной опасности.
4. Психологические особенности суицидента.
5. Классификация суицидов.

6. Задачи консультанта. Общие принципы интервенции. Оказание экстренной психологической помощи. Организация кризисных стационаров. «Телефон доверия».

Самостоятельная работа

Просмотр и обсуждение на семинарском занятии х\ф «Куда приводят мечты» .

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 2,3,4,9

Дополнительная: 1,3,12,14,15,18

2.3. КУРС ЛЕКЦИЙ

ТЕМА 1 ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПСИХОПАТОЛОГИИ

1. Понятие психопатологии. Предмет и задачи
2. Содержание понятия «Психические аномалии»
3. Виды экспертиз: трудовая, военная, судебная

1. Психопатология – составная часть психотерапии, изучающая психические расстройства, обусловленные расстройствами психической деятельности, за счёт патологических изменений головного мозга

Патопсихология (от греч. pathos — страдание, болезнь) — ветвь клинической психологии, изучающая закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме.

Область исследования психопатологии — это все, что относится к психическому и может быть выражено с помощью понятий, имеющих постоянный и, в принципе, внятный смысл. Исследуемое явление может быть предметом эстетического созерцания, этической оценки или исторического интереса, но наше дело — рассматривать только его психопатологическую сторону. Речь в данном случае идет о различных мирах, между которыми нет точек соприкосновения. Предметом

исследования психопатологии служат действительные, осознанные события психической жизни.

Признание положения, что патопсихология является психологической дисциплиной, определяет ее предмет и отграничение его от предмета психиатрии.

Патопсихология относится к числу интенсивно и плодотворно развивающихся областей психологии. Основателем отечественной патопсихологии явилась Зейгарник — ученица Левина, всемирно известного немецкого психолога.

Ею были разработаны теоретические основы патопсихологии, описаны расстройства психических процессов, сформулированы принципы работы патопсихолога. Ее научная и практическая деятельность была продолжена учениками и последователями: Поляковым, С. Я. Рубинштейн, Соколовой, Спиваковской, Николаевой, Тхостовым, Братусь.

В патопсихологии получают развитие представления о патопсихологических синдромах нарушений познавательной, мотивационно-волевой и личностной сферы при психических заболеваниях (Поляков, Кудрявцев, Блейхер и др.).

Задачи:

Основные разделы работы патопсихолога определяются его участием в:

- решению задач дифференциальной диагностики;
- оценке структуры и степени нервно-психических расстройств;
- диагностике психического развития и выборе путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения;
- исследовании личности, социальной среды и социальных позиций больного в целях получения данных для функционального диагноза;
- оценке динамики нервно-психических нарушений и учете эффективности терапии;
- экспертной работе;

— психокоррекционной работе.

Патопсихология как психологическая дисциплина исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме. Она изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, она изучает закономерности искажений отражательной деятельности мозга. Следовательно, при всей близости объектов исследования психиатрия и патопсихология отличны по своему предмету. Всякое забвение этого положения (т.е. положения о том, что патопсихология является психологической наукой) приводит к размыванию границ этой области знаний, к подмене ее предмета предметом так называемой "малой психиатрии". Проблемы и задачи, которые патопсихология должна решать своими методами и в своих понятиях, подменяются проблемами, которые подлежат компетенции самих психиатров, что приводит не только к торможению развития патопсихологии, но и не приносит пользы самой психиатрии.

Патопсихолог должен быть прежде всего психологом, вместе с тем хорошо осведомленным в теоретических основах и практических запросах психиатрической клиники и клиники неврозов. Если патопсихологическим исследованием занимаются представители смежных дисциплин, они должны иметь базовую психологическую подготовку (К. И. Поварнин).

Прикладное значение психологии чрезвычайно значимо. Практические задачи, стоящие перед патопсихологическим исследованием, разнообразны. Прежде всего данные психологического эксперимента могут быть использованы для дифференциально-диагностических целей. Конечно, установление диагноза — дело врача, оно производится не на основании тех или иных лабораторных данных, а на основании комплексного клинического исследования. Перед психологическим экспериментом может быть поставлена задача анализа структуры дефекта, установления степени психических нарушений больного, его интеллектуального снижения вне

зависимости от дифференциально-диагностической задачи, например при установлении качества ремиссии, при учете эффективности лечения.

2. В последнее время целый ряд авторов отмечает, что для части подростков с асоциальным и антисоциальным поведением характерны психические аномалии, не достигающие степени выраженной психопатологии.

Неадекватные эмоции, мысли и поведение являются результатом состояния, которое называют психопатологией, плохой приспособляемостью, повышенной тревожностью или же умственным расстройством. Эти термины употреблялись при рассмотрении столь многочисленных проблем, что нам кажется, что сами они тесно связаны с человеческим мозгом или разумом. Психические аномалии могут повлиять на жизнь как знаменитого человека, так и самого обыкновенного, как богатого, так и бедного. С ними приходилось вступать в борьбу политикам, актерам, писателям и другим известным людям прошлого и настоящего. Психологические проблемы порой приносят тяжкие страдания и, напротив, могут быть источником вдохновения и энергии.

Психические аномалии могут возникнуть в любом возрасте. Однако некоторые виды аномалий чаще всего проявляются в определенные периоды человеческой жизни, в частности, в детстве или в старости. Иногда нарушения могут быть вызваны специфическими для этих периодов жизни стрессовыми факторами. В других случаях главной причиной становятся какие-то исключительные переживания или биологические аномалии. Некоторые формы связанных с возрастом психологических расстройств проходят довольно быстро или поддаются лечению, другие могут продолжаться годами и даже в течение всей жизни. Третьи, особенно некоторые формы детских расстройств, переходят в иную форму или образуют почву для новых расстройств.

Ученые часто описывают жизнь как серию последовательных стадий, от рождения до смерти. Большинство людей проходят эти стадии в одном и

том же порядке, хотя каждый делает это в своем собственном темпе и своим собственным способом.

3. Особенно большое значение приобретают данные экспериментальной патопсихологии при решении вопросов психиатрической экспертизы: трудовой, судебной и воинской.

Задачи, которые ставит перед психологом судебно- психиатрическая экспертиза, разнообразны и носят сложный характер. Установление диагностических критериев, анализ степени снижения усложняются особым отношением больного к самому акту экспертизы, сознательно принятой "позицией" как к эксперименту, так и к травмирующей ситуации или реактивными наслоениями. Нередко встает задача нахождения критерия для определения симуляции болезненных проявлений, например для разграничения истинной некритичности от симулятивного поведения (исследование И. И. Кожуховской).

При проведении трудовой экспертизы необходимо учитывать соотношение полученных результатов исследования с требованиями профессии больного. Поэтому в настоящее время особенное развитие получил социальный аспект психиатрии. Существует даже термин "социальная психиатрия". В этом направлении идут многие исследования наших отечественных и зарубежных психологов и психиатров. Выявилось, что снижение работоспособности душевнобольного человека далеко не всегда соответствует степени изменения его психических процессов (работы В. М. Когана, Э. А. Коробковой, Д. Е. Мелехова, С. Я. Рубинштейн, А. Б. Халфиной, Т. С. Кабаченко и др.). Широко встает вопрос не только о восстановлении работоспособности, но и о предупреждении такого снижения. Данные психологического исследования, выявляющие изменения деятельности больного человека, его жизненной позиции, его отношения к окружающим, приобретают большой удельный вес в этой работе. В случаях врачебно-трудовой экспертизы наиболее важным аспектом деятельности психолога является получение объективных данных для функционального

диагноза, составляющего основу экспертного заключения. Значение последнего трудно переоценить. От него зависит не только характер трудовой деятельности, но во многом и будущий жизненный путь больного, поскольку правильное определение профессиональных возможностей и рациональное трудоустройство (как и адекватно ориентированное профессиональное обучение) сами являются существенными факторами клинического и социального восстановления. Как и в других случаях функциональной диагностики, психолог в своем заключении обращает внимание не только на пораженные, но и на сохранные функции с точки зрения возможностей компенсации дефекта в той или иной трудовой деятельности. Психофизиологическая оценка характера предстоящей деятельности здесь также, разумеется, имеет большое значение. Важную роль играет оценка выносливости в труде, быстроты и характера утомляемости, лабильности волевого усилия. Особое место занимает изучение социально-трудовых установок больных, их индивидуальных склонностей. Необходимо, с одной стороны, учет отношения больного к своему заболеванию, субъективная оценка им степени своих трудовых возможностей, с другой — отношения больного к известным ему профессиям, его личной социально-трудовой направленности и возможностей ее коррекции.

Роль военно-врачебной экспертизы в целом и участия в ее проведении психолога также значительно возрастает. Многосторонний кризис веры, изменение общественного сознания значительной части населения, отразившееся и на перемене отношения к армии, военной службе, в частности в связи с распространением в ней «неуставных» отношений — привели к резкому увеличению числа лиц, пытающихся уклониться от службы в армии. С другой стороны, ухудшение здоровья населения является причиной существенного уменьшения числа потенциальных призывников, которые, пройдя военно-врачебную комиссию, могут быть направлены (без опасения возврата по состоянию здоровья) для несения военной службы.

Военно-врачебная экспертиза, как правило, производится в условиях психиатрического учреждения, и работа клинического психолога существенно не отличается в этих случаях от той, которая выполняется им обычно в процессе психиатрической диагностики. Два обстоятельства придают своеобразие психологическому исследованию при проведении этого вида экспертизы. Одно из них связано с нередкой заинтересованностью испытуемого в содержании экспертного решения и возможностью установочного поведения с тенденцией к аггравации или диссимуляции. При этом оказывается необходимым выявление структуры, характера и степени действительных нарушений, маскируемых притворным поведением. С другой стороны, сама экспертная ситуация, как и предшествовавшие ей события жизни, неизбежно вызывают особое эмоциональное состояние, требующее учета при проведении исследования и интерпретации его результатов. Последнее обстоятельство вызывает необходимость соотнесения обнаруживаемых особенностей психики с характером содеянного, (если оно относится к периоду прохождения военной службы) с особенностями психологической структуры той деятельности (действия), в отношении которой проводится экспертиза. Здесь требуется экспериментально-психологический анализ различных сторон психической деятельности, которые могут не играть диагностической роли и не иметь никакого значения для терапевтических решений и по отношению к которым клинико-психологический метод является недостаточно адекватным инструментом исследования.

ТЕМА 2 НАРКОМАНИЯ И ТОКСИКОМАНИЯ

1. Понятие наркомании, токсикомании. Симптоматика, течение
2. Как распознать будущего наркомана
3. Последствия наркомании, токсикомании

1. Наряду с термином «наркомания», в наркологии и психиатрии используют также термин «лекарственная зависимость», которая

определяется как «психическое, а иногда и физическое состояние, характеризующееся определенными поведенческими реакциями, которые всегда включают настоятельную потребность в постоянном или периодически возобновляемом приеме определенного средства для того, чтобы избежать неприятных симптомов, обусловленных прекращением приема этого средства» (16-й доклад Комитета экспертов ВОЗ по лекарственным средствам, вызывающим зависимость). Различают психический и физический типы лекарственной зависимости. Под психической зависимостью понимается состояние, при котором лекарственное средство вызывает чувство удовлетворения и психического подъема и которое требует периодически возобновляемого или постоянного введения лекарственного средства для того, чтобы испытать удовольствие или избежать дискомфорта. Синдром психической зависимости обозначает состояние организма, характеризующееся патологической потребностью в приеме какого-либо лекарственного средства или иного вещества с тем, чтобы избежать нарушений психики или дискомфорта, возникающих при прекращении его приема, но без явлений абстиненции.

Физической зависимостью обозначается адаптивное состояние, которое проявляется интенсивными физическими расстройствами, когда прекращается введение соответствующего лекарственного средства. Эти расстройства, т.е. синдром абстиненции, представляет собой комплекс специфических симптомов и признаков психического и физического свойства, которые характерны для действия каждого вида наркотика. Синдром физической зависимости — состояние, характеризующееся развитием абстиненции при прекращении приема вызывавшего зависимость лекарственного средства или иного вещества или после введения его антагонистов. Обращается внимание на существование зависимости врожденной и зависимости приобретенной (Бабаян). Картина синдрома врожденной зависимости представляется в полном объеме и включает в себя как физическую, так и психическую зависимость. Человек со дня рождения

зависит от воздуха, от воды, от молока матери и т. п. Например, при лишении воды возникают симптомы психического возбуждения и галлюцинации (например, начинают видаться водные источники, родники, слышаться шум воды) и, наконец, может наступить смерть. В ходе онтогенеза и в процессе эволюции человечества в целом постепенно расширяется круг пищевых продуктов, от которых человек зависим. Однако эта зависимость от пищевых продуктов развивается по механизмам, характерным для зависимости врожденного характера. Приобретенная зависимость возникает при применении соответствующих лекарственных средств или иных веществ в связи с тем, что эти вещества или средства облегчают болезненное состояние, страдание или вызывают эйфорию, возбуждение, опьянение, которые наблюдаются при применении как наркотических средств, так и психотропных препаратов или алкогольных напитков. Вместе с тем понятие «лекарственная зависимость» не заменяет термина «наркомания» и используется лишь для обозначения зависимости (психической или физической) как одного из синдромов, выявляемых при наркоманиях и токсикоманиях.

В настоящее время проводится разделение понятий «наркомания» и «токсикомания». Под наркоманией понимают болезнь, возникающую в результате злоупотребления лекарственными или иными веществами, включенными в список наркотиков. В понятие токсикомании вкладывают представление о болезни, связанной со злоупотреблением лекарственными и иными веществами, не отнесенными к наркотикам. С юридической и социальной точек зрения больные наркоманиями и токсикоманиями представляют собой разные категории, но с позиций клинической тактики это фактически одна группа больных, требующих единого подхода при выборе терапии (Авруцкий, Недува). Клиническая картина различных наркоманий и токсикоманий определяется видом применяемых наркотиков и других средств.

В динамике становления наркомании условно можно различать три стадии: начальную, или стадию адаптации (изменение реактивности организма и появление психической зависимости); хроническую, или стадию завершения формирования физической зависимости (абстиненция, возникновение в ряде случаев психоза, полинаркомании); позднюю, или стадию истощения всех систем организма (снижение толерантности, общей реактивности, психической, соматогенной, неврологической, затяжная тяжелая абстиненция, слабоумие). При наркоманиях можно наблюдать те же, что и при алкоголизме, предпочтительные синдромы, укладывающиеся в 3 стадии болезни.

Одной из главных причин возникновения токсикоманий является нерациональное, неправильное лечение. Имеет значение, в частности, частый прием медикаментов, встречающийся при бессоннице, при различных неблагоприятных жизненных ситуациях, использование лекарственных средств мнительными людьми, склонными к постоянному лечению. Нередко жертвами привыкания становятся психопатические личности. Большое место среди веществ, вызывающих токсикоманию, занимают психотропные средства: антидепрессанты, транквилизаторы, некоторые стимуляторы и снотворные. Привыкание может быть двух видов: в одном случае причиной употребления веществ является желание получить эффект эйфории, комфорта, в другом — стремление избежать плохого самочувствия, дискомфорта. В обоих случаях для получения нужного состояния приходится повторять прием вещества.

Большая литература посвящена психологической мотивации алкоголизма, наркоманий и токсикоманий. Наркомании и токсикомании связаны с изменением субъективной картины мира и самооценки индивида. Братусь считает, что опьяняющее вещество (алкоголь, наркотик, токсическое вещество) отражает проекцию психологического ожидания, актуальных потребностей и мотивов на психофизиологический фон опьянения, создавая внутреннюю картину, которую человек приписывает действию напитка,

делая его психологически привлекательным. Мотивация употребления алкоголя и наркотических веществ имеет несколько форм (Короленко):

1) атарактическая мотивация заключается в стремлении применения веществ с целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта. Вещество, вызывающее опьянение, используется как лекарственный препарат, снимающий негативные феномены и симптомы душевного неблагополучия (тревогу, депрессивные переживания). Употребление вещества может быть направлено также на купирование внутриличностного конфликта при психогенных расстройствах;

2) гедонистическая мотивация выступает продолжением и развитием атарактической: атарактическая приводит эмоциональное состояние в норму из сниженного, а гедонистическая способствует повышению нормального (не сниженного) настроения. Гедонистическая направленность проявляется в получении удовлетворения, чувства радости, эйфории от приема веществ на фоне обычного настроения;

3) мотивация с гиперактивацией поведения близка к гедонистической, но основывается не на эйфоризирующем, а на активирующем эффекте вещества. В ряде случаев оба эффекта могут действовать совместно. В качестве мотивации при этом выступает стремление вывести себя из состояния пассивности, безразличия, апатии и бездействия. С этой целью используются вещества, провоцирующие необычную, запредельную живость реакции и активность;

4) субмиссивная мотивация применения веществ отражает неумение противостоять давлению окружающих, неспособность отказаться от предлагаемого окружающими приема алкоголя, наркотических лекарственных или ненаркотических лекарственных веществ, которая является следствием специфических личностных особенностей субъекта с чертами робости, застенчивости, конформности, тревожности;

5) псевдокультурная мотивация основывается на мировоззренческих установках и эстетических пристрастиях. Поведение индивида при этом

носит характер причастности к традиции, культуре, избранному кругу лиц. При псевдокультурной мотивации важным является не столько само употребление веществ, сколько демонстрация этого процесса окружающим.

2. В любом случае подозрение должно быть подтверждено и доказано, что в организме имеется наличие конкретного вещества!

Определение их в биологической жидкости организма (моча, кровь, слюна) производится в химико-токсикологических лабораториях методом тонкослойной хроматографии.

При этом учитывается, что отдельные вещества (опиаты) определяются лишь при значительной их концентрации в биологической жидкости, быстро разрушаются и выводятся из организма (за 8 часов большая часть морфина разрушается и выводится). Другие же (барбитураты, например) содержатся в биологической жидкости до 1–2-х недель.

Поэтому распознавание алкогольного, наркотического или токсикоманического опьянения должно быть обоснованным не только клинически, но и лабораторно подтверждено: что и сколько в организме данного человека.

Отсюда меры социального воздействия и индивидуальное лечение больного.

3. Опасности, которые грозят организму

Первое, что надо отметить – изменение в последние годы симптоматики клинических проявлений наркомании и токсикомании.

Это связано, прежде всего, с расширением арсенала токсикоманических одурманивающих средств. Наркомания – это бизнес для дельцов, которым нет дела до здоровья. Сотни подпольных лабораторий, талантливых одаренных ученых, устремленных к легкому, но криминальному обогащению, открывают и внедряют все новые, сильно действующие препараты, не «отпускающие» любопытных после 2–3-кратных приемов внутрь этих веществ.

Поэтому первоочередное поражение мозга и осложнения, которые

фиксируются, в первую очередь, у подростков (вспоминайте – молодежь стремится к новым сильнодействующим препаратам), трудно диагностировать и начать целенаправленную профилактику.

Бесспорно, что пристрастие к одурманивающим средствам развивается не вдруг и не на голом месте.

Это длительный период, когда у подростка формируются личностные сдвиги, внешне проявляющиеся в поведенческих отклонениях и расстройствах.

Причины, как мы отмечали выше, генетические, а также дефекты в воспитании, воздействие микросферы, «протест» против навязываемых подростку требований в семье и школе. Сюда можно отнести и личностную ущербность, желание быть «причастным к избранным», избравшим для этого свой жаргон, стиль жизни и манеры поведения.

При первом приеме под воздействием «опытных лидеров» одурманивающие вещества, как правило, неприятны и болезненны для организма.

Но в дальнейшем наступает синдром токсикомании – синдром патологического влечения (лекарственная зависимость).

На этом этапе происходят изменения психики в виде эйфории или абстиненции, вегетативных сдвигов, понижения настроения, раздражительности. Этот период родители должны заметить раньше, чем педагоги или уже милиция и врачи, и обратиться за помощью.

Когда начинается органическое поражение мозга (слабоумие, эпилептиформные расстройства, изменения личности), подростки теряют контроль за дозой и, оглушенные, одурманенные, доводят себя до смертельного отравления.

Изменения нервной системы возникают рано, в первые месяцы приема наркотиков.

На этом этапе наблюдаются головная боль, нарушение сна, лабильность пульса и артериального давления.

Синдром паркинсонизма чаще встречается при использовании самодельных или синтетических наркотических средств.

В отдельных научных сообщениях США и других стран описаны случаи паркинсонизма у молодых наркоманов, употребляющих героин.

Тяжелый период, особенно при абстинентном синдроме, длится 8–10 дней и характерен разнообразной симптоматикой – рвота, понос, ноющие боли, «ломка» выкручивающего характера суставов и мышц, чувство страха, тревога.

Соматическая патология при наркоманиях имеет также свои особенности.

Поражение сердца, сосудов, легких, желудочно-кишечного тракта, систем крови, синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) – весь «букет заболеваний» характерен для наркомана.

В 80% случаев причинами смерти больных наркоманией является передозировка препаратов. Коматозное состояние ослабленного организма ведет к анафилактическому шоку и мгновенной смерти наркомана.

ТЕМА 3 АЛКОГОЛИЗМ, АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

1. Понятие алкоголизма. Этиология.
2. Стадии алкоголизма
3. Алкогольный психоз
4. Профилактика алкоголизма

1. Девиантное поведение в виде употребления и злоупотребления веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности, психическую и физическую зависимость от них, является одной из самых распространенных форм отклоняющегося поведения. Формированию хронического алкоголизма как прогрессирующего заболевания у взрослых предшествует довольно продолжительный период пьянства. В подростковом возрасте сформировавшийся хронический алкоголизм встречается редко, а наиболее актуальной проблемой является ранняя алкоголизация. Личко разграничивает понятие ранней алкоголизации как одного из проявлений девиантного поведения у подростков и хронического алкоголизма как болезни. К ранней алкоголизации относится употребление опьяняющих доз алкоголя до 16 лет и более или менее регулярное его употребление в старшем подростковом возрасте. В этом случае речь идет не о раннем алкоголизме, а о том, что у взрослых называется «бытовое пьянство». Ранняя алкоголизация возникает чаще всего как следствие делинквентности. Первоначально мотивами употребления спиртного являются нежелание отстать от товарищей, любопытство, по своему понимаемый путь к взрослости. Если же при повторных выпивках появляется новый мотив — желание испытать веселое настроение, чувство расторможенности, комфорта — алкоголизация становится формой токсикоманического поведения.

Алкоголизм является экзогенным психическим заболеванием (токсикоманией), которое при постоянном или рецидивирующем течении приводит к формированию прогрессивного органического психосиндрома и к алкогольной деградации личности. Разделение органического психосиндрома и личностного снижения при алкоголизме условно: два этих психопатологических феномена тесно взаимосвязаны. Этиологическим фактором алкоголизма является употребление алкоголя. Одного лишь приема алкоголя при этом недостаточно для формирования болезни — требуются

дополнительные факторы, которые принято делить на физиологические, психологические и социальные. Большое значение в происхождении алкоголизма отводят нарушениям обмена веществ; определенную роль играют факторы естественного и искусственного иммунитета. Социальные факторы алкоголизма — целый комплекс, в котором учитывают образование, семейное положение, отношение государства к алкоголизму и т. д. Среди лиц, страдающих алкоголизмом, большинство составляют холостые, одинокие, разведенные. Роль семьи в развитии бытового пьянства и алкоголизма признается в данный момент практически всеми. Отмечается значение таких факторов, как: неблагоприятные взаимоотношения между родителями, раннее приобщение к спиртному, обычаи ближайшего социального окружения, ориентированные на потребление спиртного, общепринятые алкогольные традиции, установка на привычное потребление спиртного, хронические конфликты в собственной семье, низкий культурный уровень, нецеленаправленное использование свободного времени, воздействие профессионально-производственной группы (Бабаян).

Алкоголь вызывает чувство комфорта, удовольствия, эйфорию, а также состояние расслабления и снижения психической напряженности. Алкоголизм как средство легкого проведения времени, получение удовольствия, характеризует примитивных личностей с невысокими запросами и ограниченными интересами; как способ расслабления, снятия напряжения — людей, не умеющих справляться с жизненными трудностями, с невысоким уровнем социальной адаптации.

К группе лиц, у которых значимое место в развитии алкоголизма играют психологические факторы, относят психически больных. Пациенты с психическими нарушениями начинают употреблять алкоголь в силу особенностей своих измененных болезнью психологических установок (например, больные пограничными состояниями), нарушений психики (некоторые больные эпилепсией), наличия психопатологической продукции (такой как бред, галлюцинации), нарушений эмоциональной сферы (при

депрессиях, маниях), деградации личности. При каждой психической болезни алкоголизм имеет свои особенности возникновения, течения и исхода.

2. Различают три стадии алкоголизма.

1) Начальная стадия характеризуется психической зависимостью от алкоголя, нарастанием толерантности к спиртному, появлением палимпсестов, проявляющихся в частичном запоминании отдельных событий и своего поведения в состоянии опьянения. На этой стадии совершается переход от эпизодического пьянства к систематическому. В первой стадии у больных алкоголизмом обнаруживаются изменения в протекании познавательных психических процессов: отмечается снижение процессов памяти, вначале удержания, а затем и запоминания, нарушение внимания и снижение работоспособности. В начальной стадии появляется астенический симптомокомплекс.

2) Развернутая стадия характеризуется неудержимым, компульсивным влечением к алкоголю. Толерантность к алкоголю в этот период достигает своего максимума, формируется абстинентный синдром, появляется физическая зависимость от алкоголя. Отмечаются выраженные нарушения сна. В этот период возможно также формирование алкогольных психозов. У больных наблюдаются признаки снижения личности в двух вариантах: возникают неврозоподобные проявления психической деятельности либо психопатоподобное поведение по астеническому, истерическому, эксплозивному типу. Апатический синдром рассматривают как проявление стадии более глубокого поражения личности. Часто у больных алкоголизмом появляется чрезмерная экстравертированность, которая носит патологический характер в связи с присущими этим больным изменениями в системе потребностей и мотивов. Используемые механизмы психологической защиты заключаются в безоговорочной тенденции к самооправданию. С механизмами патологической психологической защиты связан своеобразный алкогольный юмор — плоский, грубый, циничный, с

элементами агрессивности. В течении заболевания нарушения самооценки выявляются раньше, чем расстройства критичности в познавательной деятельности, еще до формирования выраженного алкогольного слабоумия. Нарушения критичности — важный объективный критерий алкогольной деградации. При грубой алкогольной деградации типичными являются аспонтанность в сочетании с «пустой» интровертированностью, утрата социальных контактов, уход от реальности, отсутствие интереса к происходящему.

3) На третьей, заключительной, стадии алкоголизма тяга к алкоголю обусловлена необходимостью снятия физического дискомфорта; она носит неудержимый, необузданный компульсивный характер. Снижение интеллектуально-мнестических функций является выраженным, вплоть до корсаковского амнестического синдрома с глубокими нарушениями памяти, конфабуляциями, амнестическими дезориентировками. Алкогольное слабоумие нивелирует индивидуальные психологические свойства личности. Этические, моральные нормы поведения, чувство ответственности отсутствуют. Типичными являются колебания настроения — «сиюминутность» поведения, дисфории, тяжелые депрессии. Снижается критика к своему состоянию, положению в обществе. Характерны частые амнезии. Возможны острые или хронические алкогольные психозы. Наблюдаются поражения внутренних органов и систем, нередко с необратимыми изменениями (цирроз печени, инфаркт миокарда); соматовегетативная симптоматика сопровождается неврологическими симптомами — наблюдается тремор конечностей, периферические судороги, возможны эпилептиформные припадки, могут появиться системные нарушения, мозговые синдромы (геморрагический полиэнцефалит).

4. Профилактика – это целая система комплексных государственных, общественных, социально-экономических, медико-санитарных, психолого-педагогических и психогигиенических мероприятий. Перечислим их кратко:

- Ограничить доступ к алкоголю и уменьшить спрос на него, особенно

для подрастающего поколения.

- При выявлении ранних изменений личности человека, испытывающего тягу к алкоголизму, попытаться «установить» психологический заслон.

- Регулярно, ненавязчиво проводить антиалкогольную пропаганду всеми доступными средствами массовой информации (ЦТ, радио, пресса) с привлечением специалистов и «потерпевших», вышедших из данного состояния (болезни).

- Дифференцированный индивидуальный подход к комплексному лечению алкоголизма.

- Принять юридически обоснованные меры ограждения детей алкоголиков от пагубного влияния их родителей.

ТЕМА 4 НЕВРОЗЫ

1. Понятие невроза.
2. Этиология неврозов
3. Классификации неврозов

1. Неврозы - функциональные болезненные состояния, возникающие и развивающиеся в условиях незавершившейся психотравмирующей микросоциальной ситуации, вызвавшей резкое эмоциональное перенапряжение (с иррадиацией в соматические процессы) и непреодолимую личностную потребность ликвидировать создавшееся положение. Отмечаются болезненные эмоционально-аффективные реакции: раздражение, негативизм, испуг и др., а также эмоциональные состояния (страх, астения, пониженное настроение и т. п.).

Неврозы относятся к так называемой "малой психиатрии", которая изучает болезни вне психотического состояния. Эти болезни характеризуются не только малой интенсивностью, но и малой продолжительностью. Они подходят под определение "пограничные

состояния". Понятие "пограничные состояния" включает донозологические невротические расстройства, клинически оформившиеся невротоподобные реакции и состояния, психопатии, невротоподобные и психопатоподобные нарушения при соматических заболеваниях и другие, протекающие на невротическом уровне.

В отличие от психопатии, при неврозах страдает лишь часть личности, сохраняется критическое отношение к болезни, определяющее воздействие принадлежит прижизненным средовым влияниям.

Понятие "невроз" было введено в медицину в 1776 г. Cullen. В свое время это было прогрессивным, так как позволило выделить из ряда соматических заболеваний психосоматические расстройства и связать их с нарушением нервной деятельности.

В настоящее время в понятие "невроз" вкладывается разное содержание. Различаются и представления о причинах возникновения неврозов.

2. Некоторые исследователи считают, что невротические феномены вызваны определенными патологическими механизмами чисто биологической природы (А. И. Струнов, Л. В. Кактурский). Axenfeld и Nuchard (1983): "Неврозы – это незнание, возведенное в степень нозологической группы". То есть при соответствующих достижениях техники, биологии, медицины можно будет найти морфологические субстраты, адекватные любому нарушению функции.

С точки зрения бихевиористов, реально существуют лишь отдельные невротические симптомы как результат неправильного научения (Н. У. Eysenck, J. Wolpe, S. Rachman). Eysenck: "Нет невроза, скрывающегося за симптомом, это просто сам симптом".

Экзистенциалисты (R. May) вообще не считают неврозы болезнью: "Невроз – это форма отчужденного существования больного".

Приверженцы гуманистической психологии (C. Rogers) говорят, что невроз – это неудовлетворенная потребность в самоактуализации.

Представители течения "Антипсихиатрия" утверждают, что неврозы – "нормальное поведение в ненормальном обществе".

В. Н. Мясищев считает, что невроз имеет психогенную природу. Психогении характеризуются следующими чертами:

- 1.Связь с личностью больного, психотравмой; неспособность больного самостоятельно адекватно разрешить психотравмирующую ситуацию.
- 2.Возникновение и течение невроза более или менее связано с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдается определенное соответствие между изменениями психотравмирующей ситуации и динамикой состояния больного.
- 3.Клинические проявления по содержанию связаны с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности, с основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя собой аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных ее переживаний.
- 4.Отмечается высокая эффективность психотерапии в сравнении с медикаментозным лечением.

Таким образом, невроз – это "психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психопатологических явлений"¹.

Для невроза, по Мясищеву, характерны следующие особенности:

- 1)обратимость патологических нарушений независимо от длительности;
- 2)психогенная природа;
- 3)специфичность клинических проявлений, состоящих в доминировании эмоционально-аффективных и сомато-вегетативных расстройств.

Следует дифференцировать понятия "психогения" и "невроз". Понятие "психогении" шире понятия неврозов; кроме неврозов оно включает в себя реактивные состояния, психогенные и ситуативные реакции.

По данным Б. Д. Петракова и Л. Б. Петраковой, уровни распространения и темпы "накопления" больных неврозами (и другими психогениями) в большинстве стран мира высоки и продолжают расти. Некоторые авторы, в том числе и известный психиатр Н. Hagner (1985), полагают, что нынешнее поколение страдает психическими заболеваниями не чаще, чем предыдущее, но некоторые исследователи считают, что количество неврозов увеличивается в связи с техническим развитием общества.

3. Существует множество классификационных делений неврозов. Это результат отсутствия единого взгляда на этиологию и патогенез. В основе классификаций лежат разные признаки:

- ◆ этиологический: вина, фрустрация, агрессия и др.
- ◆ информационный: (недостаток или избыток информации);
- ◆ ситуационный и реактивный;
- ◆ конституционный и реактивный по генетическому фактору;
- ◆ по принципу убывания роли факторов среды и возрастания роли факторов личности;
- ◆ по признакам профессии – неврозы руководящих кадров, неврозы актеров и т.д.;
- ◆ по событиям в жизни общества – военный, окопный и т.д.

В настоящее время большинство отечественных авторов выделяют три классические формы неврозов: неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний (Г. К. Ушаков, А. А. Портнов, Д. Д. Федотов, Б. Д. Карвасарский, Ю. Я. Тупицын, Н. К. Липгарт, В. Ф. Матвеев, М. Г. Арапетянц, А. М. Вейн, Ф. И. Случевский).

Неврастения – буквально "слабость нервов" (греч. *asthenos* – "слабый").

И. П. Павлов и А. Г. Иванов-Смоленский выделяют три стадии заболевания:

1. В начальной стадии нарушено активное торможение, что проявляется преимущественно в виде раздражительности и возбудимости.
2. В промежуточной стадии имеет место лабильность возбудительных процессов с преобладанием раздражительной слабости.
3. В заключительной стадии развивается охранительное торможение, преобладает истощаемость, слабость, вялость, апатия, повышенная сонливость, пониженное настроение.

А. Кемпински говорит, что появившаяся слабость носит характер постоянного чувства усталости. Больной чувствует себя как после тяжелой физической работы или после тяжелого заболевания, жалуется на мышечные боли, особенно в поясничной области (повышенное напряжение этих мышц), на сердцебиения, боли в животе, расстройства половой сферы (преждевременная эякуляция, импотенция у мужчин, аноргазмия у женщин).

Головные боли проявляются в виде сжимающего обруча (неврастенический шлем), ощущается чувство давления внутри головы (“вата в голове”), сумбур в голове (“вода переливается, треск”).

Отмечаются трудности концентрации внимания и запоминания – эти нарушения являются проявлением психической усталости. С утра характерно чувство усталости, к вечеру – оживление. Больные плохо засыпают, видят кошмарные, поверхностные сны. Испытывают раздражительность, злобу, чувство истощенности, “вулканические” извержения гнева.

Неврастенией чаще страдают руководящие работники (так называемый директорский невроз). Они не могут справляться со своими обязанностями, находятся в постоянном напряжении, вспыльчивы, дают противоречивые указания. Их раздражает все и вся.

Для неврастения характерны спешка и скука. Больной хочет “оказаться в другом мире”, оставить в прошлом действительность, бежать от нее или

разрушить. Неврастеник борется с актуальным временем, с актуальной ситуацией.

Спешка и скука причисляются к чертам современной цивилизации, поэтому неврастению можно рассматривать как "неврастенизирование" общества технического прогресса. С. В. Цуладзе, опираясь на психологию отношений, описанную В. Н. Мясищевым, считает, что при неврастении нарушаются отношения "Я" к предметам и лицам.

Истерия – от греч. *hystera* – "матка". Во времена Платона считали, что эта болезнь связана с хождением матки по телу женщины. Затем были обнаружены те же симптомы и у мужчин, но значительно чаще истерия встречается у женщин.

Бабинский называл истерию "великой симулянткой", так как при истерии проявляются симптомы, характерные для разных заболеваний: головная боль сильнее, чем при опухолях мозга, сердцебиения, эмоциональная возбудимость, характерные для сердечной недостаточности, припадки (истерическая дуга), напоминающие эпилепсию.

В основе заболевания лежат психогении – факторы эмоционального характера (эмоциональное состояние больного, его травмы, конфликты).

Факторы эмоционального характера, действующие на физическое самочувствие, называются конверсией (*conversia* – "обращая", "направляя"). В симптомах истерической конверсии есть черты экстраверсии, направленные во внешнюю среду.

Симптомы истерии проявляются в двигательных, сенсорных и психических нарушениях:

- ♦ Двигательные симптомы – гиперкинезы (размашистые движения различного рода: писчий спазм, особенно у учителей, вздрагивания, истерическая дрожь, тики, навязчивые движения); функциональные параличи.
- ♦ Сенсорные симптомы – снижение данной функции перцепции (отсутствие болевой реакции, истерическая слепота и глухота) или ее

повышение (гиперстезии, непроходящая боль, зрительная или слуховая гиперчувствительность). Возможно отсутствие осязания, перчаточная или чулочная гипер-чувствительность, спастическое зажмуривание век, аноргазм, глухота, потеря вкуса, головная боль ("болевого гвоздь"), истерическая беременность, потеря голоса.

- ◆ Психические симптомы – состояние огромного возбуждения или апатии, отличная память (гипермнезия) или ее утрата (амнезия). Наблюдаются экстазы, иступленность, припадки, истерическое окаменение (ступор), сумеречное состояние (неудержимое стремление к бегству, перевоплощение в животное и т.д.).

Следует отличать истерический невроз от истерической психопатии. Для последней личностные отношения более выражены, приводят к значительному "снижению в социально-этическом плане". Истерические черты характера проявляются с детства и часто усугубляются вследствие неправильного воспитания, при этом проявляются в разных ситуациях, не имея четкой связи с психотравмой.

Невроз навязчивых состояний – ананкастический невроз (ananke – "необходимость", "фатум"). Особенностью невроза навязчивых состояний является принуждение. Чем большее оказывается сопротивление этому принуждению, тем сильнее проявляются симптомы. Волевое усилие или остается без ответа, или усиливает симптоматику (например, беспокойство, закрыл ли двери, "застревают" в голове). У больного наблюдается стремление к порядку. Нарушение порядка, ритуалов вызывает беспокойство, а ритуал защищает от страха, снижает тревогу. Отмечается тенденция к выполнению общественных норм – в противном случае возникает чувство вины. Для снижения страха больной использует талисманы, магические заклятия и т.д.

При неврозе навязчивых состояний отмечаются навязчивые мысли, действия, страхи (фобии).

- ◆ Навязчивые мысли могут не носить эмоциональной окраски (пересчитывание чисел, повторение услышанного). Например, у

матери – мысль убить ребенка, у верующего – богохульство, секс. Навязчивые мысли могут носить экзистенциальный характер: хорошо ли я сделал, правильно ли провел консультацию, кто я, зачем я живу? Возможны дереализация (чувство измененности, нереальности окружающего) и деперсонализация (нарушение самосознания, чувство изменения своего "Я").

◆ Навязчивые действия – стереотипные движения вопреки воле и разуму. Например, мытье рук, ритуалы одевания и раздевания, определенное количество повторений действий и т.д. Цель навязчивого действия – отстранение зла. Больные понимают, что действия выглядят нелепо, смешно, но отказаться от их выполнения не могут (стремление обойти уличный фонарь с определенной стороны, встряхивание головой, ногой).

◆ Навязчивые страхи (фобии):

- клаустрофобия – боязнь закрытых пространств;
- агорафобия – страх перед открытыми пространствами;
- эрептофобия – страх покраснеть в присутствии посторонних.

Возможен страх перед биологической или психологической смертью, перед загрязнением, страх острых предметов и др. В возникновении этих страхов могут быть разные психологические предпосылки: сексуальная неудовлетворенность в супружестве, скрытая агрессивность, аморальное поведение.

ТЕМА 5 РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

1. Острые транзиторные реактивные психозы (острые аффективно – шоковые реакции)
2. Реактивная депрессия
3. Реактивный параноид. Истерические психозы
4. Исход. Особенности этиологии и патогенеза. Особенности лечения

1. Реактивные психозы – временные, обратимые, разнообразные по клинической картине психические заболевания, протекающие в форме нарушения сознания (помрачение), бреда, аффективных и двигательных расстройств. У детей аффективно-шоковые реакции могут возникать как следствие любого сильного испуга. Подростки в этом отношении гораздо более устойчивы. Так же как у взрослых, причиной чаще служат внезапные тяжелые психические травмы обычно сопровождаемые реальной угрозой для жизни - своей или близких (катастрофы, стихийные бедствия, нападения бандитов).

Транзиторные реактивные психозы у подростков встречаются в виде трех типов аффективно-шоковых реакций. Две из них бывают также и у детей - они, видимо, являются генетически более древними. Их образно называют реакциями «двигательной бури» и «мнимой смерти». Первая по сути дела представляет собой остро возникшее сумеречное состояние с резким двигательным возбуждением, а вторая - реактивный ступор. Третий тип реакции (эмоциональный ступор) встречается только с подросткового возраста.

Острое транзиторное сумеречное состояние. Проявляется — паническим бегством с места, где постигло несчастье бегством без цели, неизвестно куда и зачем, порою навстречу опасности . В «других случаях, когда бежать некуда, больной начинает метаться с искаженным от страха лицом. При попытке удержать оказывает отчаянное бессмысленное сопротивление.

Возбуждение может длиться до нескольких часов, иногда же бывает мимолетным. В дальнейшем на этот период отмечается полная "амнезия или сохраняются отрывочные воспоминания, больше о случившемся вокруг и гораздо меньше о своих действиях.

Острый реактивный ступор. Характеризуется внезапным оцепенением, мутизмом, застывшим выражением ужаса на лице и при этом бурными вегетативными реакциями, вплоть до непроизвольного мочеиспускания и

дефекации. Продолжительность до нескольких часов, реже — до суток. Как правило, отмечается полная амнезия.

Особое состояние нарушенного сознания — «эмоциональный ступор». В это время совершается сложная цепь целенаправленных действий, например, чтобы спасти себя или своих близких от грозящей гибели. Но при этом имеется полная эмоциональная безучастность к происходящему вокруг, какие бы трагические сцены вокруг ни разыгрывались. Впоследствии амнезия бывает частичной. Лучше сохраняются воспоминания о собственных действиях, а происходившее рядом почти полностью амнезируется.

Дифференциальный диагноз. Острые транзиторные реактивные психозы (аффективно-шоковые реакции) обычно распознаются без затруднений — они, как правило, заканчиваются в первые сутки. Если же они затягиваются, то возникает опасение спровоцированного тяжелой психической травмой острого начала шизофрении с кататонического возбуждения или ступора. Последующее наблюдение позволяет уточнить диагноз. Следует четко разграничивать острые транзиторные психозы (аффективно-шоковые реакции) от острых аффективных реакций как формы непсихотических нарушений

Острые аффективно-шоковые реакции заканчиваются полным выздоровлением или переходят в подострые формы реактивных психозов, чаще всего в реактивную депрессию.

2. Реактивные депрессии (включая непсихотические) стоят на первом месте среди всех депрессий у подростков. Можно выделить следующие её картины, встречающиеся в этом возрасте.

Реактивная меланхолическая депрессия наблюдается в двух вариантах. Первый из них - «открытый» — проявляется крайней слезливостью, почти непрерывным плачем и причитаниями. Отвлечь подростка от грустных мыслей не удаётся, от всякой деятельности он уклоняется. Однако заметной двигательной заторможенности или замедления мышления обычно — не

бывает. Высказывания носят депрессивный характер, отражают содержание психической травмы, но иногда в них сквозят отдельные идеи самообвинения или преследования. Вегетативные симптомы депрессии выражены умеренно. Даже аппетит может заметно — не страдать. Этот вариант чаще встречается в младшем подростковом возрасте, у девочек и на фоне лабильной акцентуации.

Другой вариант — «диссимулируемая меланхолическая депрессия» — более присущ сенситивным подросткам. Всегда невесёлые и малообщительные, они становятся особенно грустными, задумчивыми, тихими, даже незаметными. Жалоб на тоску или отчаяние активно не высказывают. При расспросах о психотравмирующей ситуации стараются отмолчаться. Переживания таят в себе. Могут возникать суицидные мысли, которые постепенно и скрытно вынашиваются. Суицидная попытка тщательно готовится и бывает неожиданной для окружающих.

Тревожная депрессия чаще возникает, когда психическая травма падает на соматогенную астению или совпадает с острым инфекционным заболеванием — гриппом, ангиной и т.д. Психическая травма в этих случаях обычно состоит в определённой угрозе здоровью, жизни, благополучию, исполнению планов и надежд. Переживания сосредоточиваются на соответствующих опасениях, которые болезненно преувеличиваются. Среди вегетативных компонентов характерны колебания артериального давления.

Делинквентный эквивалент встречается довольно часто — 20 % реактивных депрессий, особенно в младшем и среднем подростковом возрасте и у мальчиков. Если проявления реактивной депрессии ограничиваются только этим эквивалентом, то подобные случаи не следует относить к депрессиям психотическим, а правильно рассматривать в рамках непсихотических расстройств – неврозов, патохарактерологических реакций.

Ипохондрический эквивалент реактивной депрессии, присущ астеноневротической, истероидной, лабильной неконформной акцентуациям характера. Реактивная ипохондрия у подростков редко достигает

психотического уровня -- обычно она относится к невротическим расстройствам.

Астенопатический эквивалент свидетельствует о довольно тяжелой депрессии и о тенденции к затяжному течению. Чаще встречается у подростков лабильного и сенситивного типов. У циклоидов им проявляются эндореактивные депрессии.

Депрессивный ступор с полной или частичной двигательной заторможенностью и обычно живыми вегетативными реакциями на происходящее вокруг описан у подростков, совершивших серьезные общественно опасные действия, в ситуации судебно – психиатрической экспертизы.

Течение реактивных депрессий непродолжительное, у подростков они обычно ограничиваются неделями. Однако делинквентный и астенопатический эквиваленты могут затягиваться на месяцы.

Дифференциальный диагноз. Реактивная природа депрессии у подростка бывает трудной для распознавания. Психическая травма может спровоцировать дебют шизофрении с депрессивного синдрома, первый депрессивный приступ шизоаффективного и маниакально-депрессивного психоза.

У взрослых для реактивных депрессий характерно сосредоточение болезненных переживаний на психической травме. Иногда такую сосредоточенность можно видеть у подростков, когда они только об одном и думают, и говорят и отвлечь их от этих, переживаний нелегко и удается не надолго. Идеи самообвинения, если и возникают, то бывают избирательно сконцентрированы на психической травме.

Однако такая сосредоточенность на психической травме у подростков бывает далеко не всегда. Наоборот, особенно при лабильной и сенситивной акцентуации, депрессивные переживания склонны к генерализации. Всё видится в мрачных красках и сам себе подросток представляется во всех отношениях в самом невыгодном свете. Характерна

также большая экспрессивность переживаний. Нет закономерных суточных колебаний настроения, депрессию в любой момент может углубить все, что напоминает о случившемся несчастье. Appetit обычно сильно не страдает, но сон бывает плохим, полным тягостных сновидений. Запоров не отмечается. В сложных случаях затянувшихся депрессий требуется продолжительное наблюдение для уточнения диагноза. При реактивных депрессиях лечение антидепрессантами оказывается неэффективным.

3. Реактивный параноид, так же как и у взрослых, в подростковом возрасте встречается довольно редко. Возникновению реактивного параноида способствует господствующая вокруг атмосфера всеобщей напряженности, подозрительности, недоверия и страха. В настоящее время с реактивными параноидами у подростков, совершивших общественно опасные действия, можно столкнуться в обстановке судебно-психиатрической экспертизы.

Важен также специфический характер психической травмы - реальная опасность для жизни и благополучия подростка или его близких. Наконец, решающее значение имеет, по-видимому,

также почва, на которую падают психические травмы. Ею чаще всего служит эпилептоидная или конформная акцентуация. В первом случае параноидной реакции способствуют присущие этой акцентуации подозрительность и недоверчивость, но втором вступает в силу не критичность, неспособность оценить нюансы меняющейся обстановки, легкая подверженность влиянию слухов, обывательских рассказов, принимаемых за истину.

В картине реактивного параноида преобладают бред преследования и бред отношения. К ним могут добавляться галлюцинаторные (чаще иллюзорные) переживания, тематически связанные с бредом. Все это разворачивается на фоне тревоги, напряжения, страха, недосыпания из опасения перед мнимыми преследователями. Отказы от пищи довольно редки и встречаются тогда, когда вероятность отравления вытекает из

содержания бреда, но эти отказы обычно неполные: кто-то может уговорить что-то съесть.

Индукцированное помешательство как разновидность реактивного параноида у подростков встречается крайне редко. Видимо, свойственная подросткам реакция эмансипации защищает их от чрезмерной слепой податливости влиянию психически больных членов семьи. В значимой для подростка группе сверстником он легко может воспринять разного рода нарушения поведения, но не бредовое отношение к окружающему.

Дифференциальный диагноз. Реактивные параноиды у подростков более соответствуют известным критериям в отношении диагностики реактивных психозов. В таких случаях действительно все «сразу после травмы», «в пределах травмы» и продолжается, покуда действует травма. Бредовые переживания, возникнув вслед за психической травмой, целиком на ней сосредоточены и продолжаются, пока эта травма не изжита.

Если бред начинает вовлекать новые темы и если па протяжении 1—2 нед. вообще не обнаруживается тенденции к затуханию переживаний, становится все более вероятным спровоцированный психической травмой параноидный дебют шизофрении.

Затяжные реактивные параноиды подростковому возрасту несвойственны. Вероятно, это можно связать с тем, что паранойяльная психопатия и акцентуация - частая почва для затяжных реактивных параноидов – формируются в зрелом возрасте.

Истерические психозы развиваются на фоне истероидной психопатии (чаще тяжёлой) и реже при истероидной акцентуации или её смешанных типах, обязательно включающий выраженный истероидный компонент.

Причиной бывают тяжёлые психические травмы, особенно значимые для истероидного типа характера. Одной из подобных ситуаций является привлечение к судебной ответственности. Истерический психоз представляет собой подсознательный способ бегства от тягостной ситуации.

Редкие случаи истерических психозов у подростков проявляются истерическими сумеречными состояниями, псевдодементным синдромом, иногда в сочетании с пуэрилизмом, бредоподобными фантазиями. Картина этих расстройств не отличается от тех, что описаны у взрослых.

4. Исход, прогноз, особенности эпидемиологии

Прогноз благоприятный, если исключено начало эндогенных психозов. Выздоровление наступает довольно скоро даже без лекарственного лечения и специальной целенаправленной психотерапии, которые, однако, его ускоряют. Оно осуществляется, даже когда ситуация не разрешена, за счет компенсации.

Эпидемиологических исследований реактивных психозов у подростков не проводилось. Встречаются они редко: ориентировочно, составляют около 1 % психозов у подростков. Для этого возраста более характерны непсихотические психогенные нарушения — они возникают в десятки раз чаще, чем реактивные психозы.

Особенности этиологии и патогенеза

В подростковом, возрасте особенно отчетливо выступает зависимость реактивных психозов от почвы, на которую падают психические травмы. Такой почвой могут быть психопатии и некоторые типы акцентуации характера, низкий уровень интеллекта (дебильность, пограничная умственная отсталость) или резидуальное органическое поражение головного мозга. Низкий уровень интеллекта уменьшает адаптивные возможности личности. Резидуальное органическое поражение мозга обуславливает как повышенную эффективность, так и астенические черты.

При описании реактивных психозов у подростков подчеркивается роль соматогенного фактора — недосыпания, недоедания, соматических заболеваний, без которых психоз не мог бы развиваться. Наблюдаемые в настоящее время случаи свидетельствуют, что подобная соматическая астенизация не обязательна. Реактивные психозы бывают следствием тяжелых и непереносимых для данного типа акцентуации психических

травм. Соматическая астенизация лишь иногда может быть отмечена как вспомогательный фактор.

Психотерапия должна быть направлена на поиск выхода из сложившейся ситуации. В этом отношении подростку должна быть оказана всесторонняя помощь. Обычно для этого необходимо активное участие близких. Поэтому вслед за индивидуальной присоединяется семейная психотерапия. Групповая психотерапия в виде дискуссионного обсуждения «больных проблем» при реактивной депрессии у подростка не показана — это может лишь ухудшить состояние. Подростки несклонны выносить на суд группы сверстников свои глубокие переживания. Ими делятся лишь с избранными друзьями, да и с ними не столько ищут рациональных решений, сколько хотят удовлетворить потребность в сопереживании. В случаях, когда ситуация неразрешима психотерапия должна быть направлена на пробуждение, укрепление других интересов, планов, увлечений. Для этого на определённом этапе возможно подключение к групповой психотерапии.

При реактивных параноидах показано применение нейролептиков — аминазина, тизерцина, хлорпроликсена, а также седуксена в инъекциях. Они предназначены для того, чтобы устранить лежащие в основе болезненных переживаний тревогу и страх. Психотерапия сначала направлена на то, чтобы отвлечь больного от его переживаний, успокоить, а после снятия тревоги и бредового напряжения — на то, чтобы помочь критически оценить все случившееся.

После выздоровления от реактивных психозов продолжительный отдых далеко не всегда показан и необходим. В нём возникает насущная потребность, если имеется выраженная астения или обстановка труда и учебы явилась компонентом психической травмы. В иных случаях активное включение в труд бывает полезнее безделья.

ТЕМА 6 ПСИХОПАТИЯ

1. Понятие психопатии. Критерии дифференциальной диагностики

психопатий

2. Классификация психопатий

3. Понятие акцентуации. Классификация акцентуаций по Личко

1. Психопатии — это такие аномалии характера, которые, по словам П. Б. Ганнушкина (1933), «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток», «в течение жизни... не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям» и «мешают... приспособляться к окружающей среде». Эти три критерия были обозначены О. В. Кербиковым (1962) как тотальность и относительная стабильность патологических черт характера и их: выраженность до степени, нарушающей социальную адаптацию.

В подростковом возрасте эти же критерии служат основными ориентирами в диагностике психопатий. Тотальность патологических черт характера выступает у подростков особенно ярко. Подросток, наделенный психопатией, обнаруживает свой тип характера в семье и школе, со сверстниками и со старшими, в учебе и на отдыхе, в труде и развлечениях, в условиях обыденных и привычных и в самых чрезвычайных ситуациях. Но он не должен причисляться к психопатам, даже если подростковый период проходит у него под знаком нарушенной адаптации.

Под «сколько-нибудь резкими изменениями» в подростковом возрасте следует понимать неожиданные трансформации характера, внезапные и коренные смены его типа. Если очень общительный, живой, шумливый, неугомонный ребенок превращается в угрюмого, замкнутого, ото всех отгороженного подростка или нежный, ласковый, очень чувствительный и эмоциональный в детстве становится изощренно-жестоким, холодно-расчетливым, бездушным к близким юношей, то как бы ни были выражены патологические черты характера, случаи эти нередко оказываются за рамками психопатии.

2. Говоря об относительной стабильности, следует учитывать, однако, три обстоятельства.

Первое — подростковый возраст представляет собой критический период для психопатий, черты большинства типов здесь заостряются.

Второе — каждый тип психопатий имеет свой возраст формирования.

Третье — существуют некоторые закономерные трансформации типов характера в подростковом возрасте.

Социальная дезадаптация в случаях психопатий обычно проходит через весь подростковый период. В силу только особенностей своего характера, а не из-за недостатка способностей подросток не удерживается ни в школе, ни в ПТУ, быстро бросает ту работу, куда еще только что поступил. Столь же напряженными, полными конфликтов или патологических зависимостей оказываются семейные отношения. Нарушается также адаптация к среде своих сверстников — страдающий психопатией подросток либо вообще не способен устанавливать с ними контакты, либо отношения бывают полными конфликтов, либо способность адаптироваться ограничивается жестко очерченными пределами — небольшой группой подростков, ведущей аналогичный, большей частью асоциальный образ жизни.

Таковы три критерия — тотальность, относительная стабильность и социальная дезадаптация, позволяющие диагностировать психопатии.

3. Существует несколько классификаций психопатий по различным признакам. Психопатии можно классифицировать по степени тяжести:

- ◆ тяжелая,
- ◆ выраженная,
- ◆ умеренная.

Можно разделять психопатии по причине возникновения:

1. Конституциональные (или истинные, гениальные, "ядерные"). В возникновении конституциональной психопатии решающий фактор принадлежит наследственности. К ним чаще относятся такие типы

психопатий: циклоидная, шизоидная, психастеническая, эпилептоидная.

2. Приобретенные (психопатическое, или патохарактеро-логическое развитие). При психопатическом развитии главное – неправильное воспитание, негативное влияние среды. В данном случае выявляются возбудимое, истероидное, неустойчивая психопатия.

3. Органические. Последние развиваются вследствие действия на мозг пренатальных, натальных и ранних постнатальных (первые 2-3 года) патологических факторов (интоксикации, инфекции, черепно-мозговые травмы и т.д.). После органического поражения головного мозга чаще отмечаются возбудимая и неустойчивая психопатия.

Разные авторы предлагают разную типологию психопатий и акцентуаций характера. Например, так выглядит классификация, предложенная А. Е. Личко:

- ◆ гипертимный,
- ◆ циклоидный,
- ◆ лабильный,
- ◆ астено-невротический,
- ◆ сензитивный,
- ◆ психастенический,
- ◆ шизоидный,
- ◆ эпилептоидный,
- ◆ истероидный,
- ◆ неустойчивый,
- ◆ конформный

Кроме отдельных типов психопатий Личко выделяет также смешанные, например: гипертимно-неустойчивый, сензитивно-психастенический и др.

Э. Г. Эйдемиллер предлагает свою классификацию, близкую к типологии Личко, в разработанном им методе аутоидентификации и идентификации по словесным характерологическим портретам.

Несколько отличная классификация акцентуаций черт характера (демонстративный, педантичный, застревающий) и акцентуаций черт темперамента (гипертимная личность, дистимическая, аффективно-лабильная, аффективно-экзальтированная, тревожная), а также сочетания акцентуированных черт характера и темперамента (экстравертированная и интровертированная личности) предложена К. Леонгардом.

Интересное описание разных типов характера предлагает Д. Дриль. Он исследует антисоциальное поведение "нервных истериков, алкоголиков, эпилептиков", а также анализирует некоторые болезни, уголовные дела, причины совершения преступлений и связь с особенностями характера. Кроме того, Дриль характеризует некоторые персонажи из художественной литературы (например, тип Рудина, Обломова). Дает общую характеристику "оскуделых натур".

Ф. Шольц описывает патологию детских характеров, формирование акцентуаций характера и психопатий в соответствии с разными типами воспитания, наследственности. Он использует простые названия для разных типов характера, как-то: капризный ребенок, боязливый, спесивый (ненормальности в области чувств и ощущений), ветреный ребенок, любопытный и скрытный (ненормальности в области чувств и впечатлений), беспокойный, жадный, склонный к разрушению (ненормальности в области воли и действий). Предлагает методы коррекции, воспитания для детей с разными типами характера.

В. В. Пушков и Г. А. Харитонов рассматривают зависимость психопатических расстройств подростков от их возраста, пола, условий воспитания, наличия органических нарушений.

Для диагностики акцентуаций характера и психопатий используются следующие методики: ПДО (патохарактерологический диагностический опросник), метод идентификации Эйдемиллера, методика Леонгарда-Шмишека, ММРІ.

3. При акцентуациях характера его особенности, в противовес психопатиям, могут проявляться не везде и не всегда. Они могут даже обнаруживаться только в определенных условиях. И главное—особенности характера либо вообще не препятствуют удовлетворительной социальной адаптации, либо ее нарушения бывают преходящими. Эти нарушения могут возникнуть либо в силу биологических пертурбаций во время пубертатного периода («пубертатные кризы»), либо чаще под влиянием особого рода психических травм или трудных ситуаций в жизни, а именно тех, которые предъявляют повышенные требования к *locus resistentiae minoris*, к «месту наименьшего сопротивления» в характере.

Каждому типу акцентуации характера присущи свои, отличные от других типов «слабые места», у каждого типа своя ахиллесова пята.

Акцентуации характера — это крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных: воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Следует еще раз подчеркнуть, что акцентуации характера представляют собой хотя и крайние, но варианты нормы. Поэтому «акцентуация характера» не может быть психиатрическим диагнозом. Констатация акцентуации и ее типа — это определение преморбидного фона, на котором могут возникать различные расстройства — острые аффективные реакции, неврозы и иные реактивные состояния, непсихотические нарушения поведения, даже реактивные психозы — только они могут служить диагнозом. Однако в подавляющем большинстве случаев акцентуаций характера дело до развития подобных расстройств не доходит. По мнению К. Leonhard (1976, 1981), в развитых странах более половины популяции относится к акцентуированным личностям.

Личко выделяет следующие типы акцентуаций:

ГИПЕРТИМНЫЙ ТИП – отличаются большой подвижностью, общительностью, болтливостью, чрезмерной самостоятельностью, склонностью к озорству, недостатком чувства дистанции в отношении к взрослым, почти всегда очень хорошее, даже приподнятое настроение. Самооценка гипертимных подростков отличается достаточной искренностью.

ЦИКЛОИДНЫЙ ТИП - поведенческие реакции выражены умеренно. Эмансипационные устремления и реакции группирования со сверстниками усиливаются в период подъема. Самооценка характера у циклоидов формируется постепенно, по мере того, как накапливается опыт "хороших" и "плохих" периодов. У подростков этого опыта еще нет, и поэтому самооценка может быть еще очень неточна.

ЛАБИЛЬНЫЙ ТИП. Главная черта лабильного типа - крайняя изменчивость настроения. Настроению присущи не только частые и резкие перемены, но и значительная их глубина. Самооценка отличается искренностью.

АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИЙ ТИП. Главными чертами астено-невротической акцентуации являются повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности. Самооценка астено-невротических подростков обычно отражает их ипохондрические установки.

СЕНСИТИВНЫЙ ТИП. С детства проявляется пугливость и боязливость. Самооценка чувствительных подростков отличается довольно высоким уровнем объективности. Подмечается свойственная с детства обидчивость и чувствительность, застенчивость, которая особенно мешает подружиться с кем хочется, неумение быть вожаком, заводилой, душой компании, неприязнь к авантюрам и приключениям, всякого рода риску и острым ощущениям, отвращение к алкоголю, нелюбовь к флирту и ухаживаниям.

ПСИХАСТЕНИЧЕСКИЙ ТИП. Главными чертами психастенического типа в подростковом возрасте являются нерешительность и склонность к

рассуждательству, тревожная мнительность и любовь к самоанализу и, наконец, легкость образования obsessions - навязчивых страхов, опасений, действий, ритуалов, мыслей, представлений. Самооценка, несмотря на склонность к самоанализу, далеко не всегда бывает правильной. Часто выступает тенденция находить у себя самые разнообразные черты характера, включая совершенно несвойственные.

ШИЗОИДНЫЙ ТИП. Наиболее существенной чертой данного типа считается замкнутость, отгороженность от окружающего, неспособность или нежелание устанавливать контакты, снижение потребности в общении. Самооценка шизоидов отличается констатацией того, что связано с замкнутостью, одиночеством, трудностью контактов, непониманием со стороны окружающих.

ЭПИЛЕПТОИДНЫЙ ТИП. Главными чертами epileptoidного типа являются склонность к дисфориям, и тесно связанная с ними аффективная взрывчатость, напряженное состояние инстинктивной сферы, иногда достигающее аномалии влечений, а также вязкость, тугоподвижность, тяжеловесность, инертность, откладывающие отпечаток на всей психике, - от моторики и эмоциональности до мышления и личностных ценностей.

ИСТЕРОИДНЫЙ ТИП. Его главная черта - беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия. Лживость и фантазирование целиком направлены на приукрашение своей персоны. Самооценка истероидных подростков далека от объективности. Подчеркиваются те черты характера, которые в данный момент могут произвести впечатление.

НЕУСТОЙЧИВЫЙ ТИП. Их безволие отчетливо выступает, когда дело касается учебы, труда, исполнения обязанностей и долга, достижения целей, которые ставят перед ними родные, старшие, общество. В детстве они отличаются непослушанием, непоседливостью, всюду и во все лезут, но при этом трусливы, боятся наказаний, легко подчиняются другим детям. За ними все время приходится следить. Слабоволие является, видимо, одной из

основных черт неустойчивых. Самооценка неустойчивых подростков нередко отличается тем, что они приписывают себе либо гипертимные, либо конформные черты.

КОНФОРМНЫЙ ТИП. Некоторые черты этого типа - постоянную готовность подчиниться голосу большинства, шаблонность, банальность, склонность к ходячей морали, благонаравию, консерватизму. Главная черта характера этого типа - постоянная и чрезмерная конформность к своему непосредственному привычному окружению. Самооценка характера конформных подростков может быть неплохой.

СМЕШАННЫЕ ТИПЫ. Существуют два рода сочетаний. *Промежуточные типы* обусловлены эндогенными закономерностями, прежде всего генетическими факторами, а также, возможно, особенностями развития в раннем детстве. К ним относятся уже описанные лабильно-циклоидный и конформно-гипертимный типы, а также сочетания лабильного типа с астено-невротическим и сенситивным, астено-невротического с сенситивным и психастеническим. Сюда же могут быть отнесены такие промежуточные типы, как шизоидо-сенситивный, шизоидо-психастенический, шизоидо-эпилептоидный, шизоидо-истероидный, истероидно-эпилептоидный. В силу же эндогенных закономерностей возможна трансформация гипертимного типа в циклоидный.

Амальгамные типы - это тоже смешанные типы, но иного рода. Они формируются как следствие напластования черт одного типа на эндогенное ядро другого в силу неправильного воспитания или иных хронически действующих психогенных факторов. Здесь также возможны далеко не все, а лишь некоторые наслоения одного типа на другой.

ТЕМА 7

ШИЗОФРЕНИЯ: КЛИНИКА, ТЕЧЕНИЕ

1. Понятие шизофрении. История развития учения о шизофрении

2. Симптомы. Отличительные признаки шизофренических расстройств – нарушения мышления, восприятия, аффекта и моторной функции.

3. Лечение шизофрении

4. Организация помощи больным шизофренией

1. Шизофрения, тяжелое психическое расстройство, влияющее на многие функции сознания и поведения, в том числе мыслительные процессы, восприятие, эмоции (аффекты), мотивацию и даже двигательную сферу. Лучше всего рассматривать шизофрению как синдром, т.е. совокупность симптомов и признаков, поскольку нет согласия в вопросе о причине заболевания. Практика тоже свидетельствует о том, что шизофрения включает несколько расстройств. Каждое из них отличается своеобразием течения и в какой-то мере семейного анамнеза (медицинской истории семьи). При определении типа расстройства учитываются сочетание признаков и симптомов.

Существует много гипотез о причинах шизофрении, начиная с теорий, рассматривающих в качестве такой причины нездоровые взаимоотношения в семье, до биохимических концепций, предполагающих, что в основе болезни лежит нарушение метаболизма головного мозга, приводящее, например, к выработке веществ, вызывающих галлюцинации. Исследования близнецов и приемных детей доказывают важность генетического фактора, однако механизм проявления его действия и способ наследственной передачи неизвестны.

В настоящее время выделяют следующие признаки шизофрении: продуктивную симптоматику (чаще всего бред и галлюцинации), негативную симптоматику (снижение энергетического потенциала, апатию, безволие) и когнитивные нарушения (расстройства мышления, восприятия, внимания и др.).

Исторический аспект. В 1896 немецкий психиатр Э.Крепелин впервые описал состояние, названное им ранним слабоумием (dementia

раесох), поскольку больные утрачивали многие интеллектуальные функции очень рано. Он отличал это состояние от множества других психических расстройств, в первую очередь от маниакально-депрессивного психоза, который характеризуется преимущественно перепадами настроения и периодическим восстановлением затронутых болезнью интеллектуальных функций. Крепелин описал также три типа раннего слабоумия: параноидный, гебефренический и кататонический (см. ниже Формы шизофрении). С годами клиническая практика подтвердила обоснованность и полезность классификации Крепелина; ею и сейчас продолжают пользоваться в психиатрии.

Термин «шизофрения» был введен швейцарским психиатром Э.Блейлером в 1911 в монографии Раннее слабоумие, или группа шизофрений (E.Bleuler. Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien). К трем первоначально описанным Крепелином типам шизофрении он добавил четвертую, простую форму. Блейлер пытался описать шизофрению, исходя из «базисных» симптомов – нарушения мышления и эмоциональных изменений. Однако вскоре стало очевидно, что не все лица, по критериям Крепелина и Блейлера отнесенные к больным шизофренией, имеют расстройства, приобретающие хроническое течение или ведущие к деградации. На протяжении многих лет предпринимались попытки уточнить критерии диагностики, чтобы добиться большего единообразия в прогнозе болезни. Например, в 1937 скандинавский психиатр Г.Лангфельдт подразделил шизофрению на две формы – с плохим и хорошим прогнозом – на основании факторов, предшествующих началу болезни, и клинических проявлений в остром периоде. Современные попытки пересмотреть формы шизофрении используют подход Лангфельдта.

2.Нарушения мышления, столь свойственные шизофрении, описывались многократно и в разных терминах. При шизофрении мыслительные процессы утрачивают нормальные ассоциативные связи, и больной часто неспособен сосредоточиться на какой-либо умственной

задаче. С одной стороны, ненужные, посторонние мысли препятствуют концентрации внимания, ведут к расплывчатости мышления и часто образуют поток сугубо личностного и эксцентричного мыслительного материала – источника множества необычных, даже странных мыслей. С другой стороны, у некоторых больных возникают трудности в порождении мыслей вообще, и они жалуются, что их разум пуст и непродуктивен. Существуют и другие варианты нарушений мышления, когда вторгаются мысли, препятствующие нормальному ходу мыслительной активности или полностью блокирующие его.

На содержание мышления влияет также характерный для шизофрении феномен, а именно бред. Бред – это ошибочные и обычно очень стойкие убеждения, которые с учетом культурной среды больного признаются аномальными. Например, страдающий бредом преследования может быть убежден в том, что за ним шпионят, что его дом начинен «жучками» (прослушивающими устройствами), что полиция, ЦРУ и ФБР следят за ним. Разумеется, для оценки таких убеждений важно знать реальную жизненную ситуацию больного, ибо есть люди, которые действительно находятся под таким наблюдением. Однако многие бредовые сюжеты настолько противоестественны, что повседневного опыта достаточно, чтобы развести их с реальностью. Примером служит бредовое убеждение человека в том, что он был перенесен через космос на другую планету, и там высшие существа наделили его чудесной силой и озарением. Помимо распространенного бреда преследования, существуют и другие виды шизофренического бреда. В их числе – бред утраты контроля за мыслями и движениями, когда больной убежден, что его мысли и движения контролируются внешними силами, например, по проводам, с помощью электроники, телепатии или гипноза.

При шизофрении часто возникают нарушения процессов восприятия. Наиболее распространены слуховые галлюцинации – восприятие несуществующих звуков. Некоторые пациенты слышат голоса почти постоянно, другие только эпизодически. Голоса могут быть доступны для

понимания или нет, но, как правило, они понятны пациенту и повторяют его мысли, комментируют их или же его действия, спорят, угрожают, ругают, проклинаят. Некоторые авторитетные специалисты рассматривают непрерывные слуховые галлюцинации как диагностический признак шизофрении, если нет доказанного заболевания мозга или хронической наркомании. Возможны также зрительные или тактильные галлюцинации, хотя они значительно менее распространены. Как правило, галлюцинации сочетаются с другими симптомами и часто включены в бредовые убеждения. Например, галлюцинаторные голоса могут восприниматься как часть электронной подслушивающей системы.

Значительно более характерно для шизофрении изменение аффектов (эмоций). Такие изменения включают отсутствие эмоциональной реакции на ситуацию, ранее ее пробуждавшую, либо выражение эмоции, которая не соответствует ни ситуации, ни собственным мыслям больного. В результате у одних больных постоянно «замороженное» или «одеревенелое» лицо, другие же могут смеяться или улыбаться, присутствуя при трагическом событии.

Возможны также двигательные нарушения, хотя они менее распространены, чем описанные выше симптомы. Могут быть затронуты двигательные проявления всех видов – поза, походка, жесты, мимика. Движения могут быть неловкими, жесткими, судорожными, неестественными; в течение длительного времени сохраняются позы, кажущиеся неудобными. Такие двигательные аномалии особенно характерны для кататонической формы шизофрении.

Современное лечение шизофрении.

Современная медицина достигла большого прогресса в диагностике шизофрении, изучении его причин и механизмов развития. Эффективное лечение шизофрении стало возможным.

Важно своевременно и точно распознать начало шизофрении, назначить комплексное и адекватное лечение, построить продуманную

систему реабилитации больного шизофренией, обучить его и членов семьи правильному поведению.

3. Чтобы лечение шизофрении было эффективным необходимо правильно подобрать соответствующие медикаменты, устраняющие симптомы шизофрении, обладающие минимальным количеством побочных эффектов и не влияющих на качество жизни человека. К сожалению, многие больные шизофренией первоначально получают неадекватное лечение старыми препаратами (галоперидол, трифтазин, этаперазин и др.), которые обладают большим количеством побочных эффектов не оказывают влияние на негативную симптоматику и когнитивные нарушения.

Современное лечение шизофрении обязательно включает в себя психотерапию. Чаще всего она проводится в индивидуальной форме и требует от психотерапевта большого опыта. С больным проводятся специальные тренинги. Важно проводить семейную терапию, предоставить в распоряжение пациента и членов его семьи всю необходимую для успешного лечения шизофрении информацию.

При шизофрении важно добиться полноценного сотрудничества с врачом, обучить больного шизофренией самостоятельно справляться с первыми симптомами заболевания, подчеркнув значение соблюдения режима. Больные шизофренией, ошибочно теряют веру в благополучный исход лечения и могут покончить жизнь самоубийством, особенно если есть симптомы депрессивного состояния.

Каковы основные симптомы шизофрении?

1. Снижение уровня активности.
2. Замкнутость.
3. Агрессивность.
4. Изменчивое (часто негативное) отношение к близким людям.
5. Бедность содержания мышления, его нелогичность, обрывы мыслей, необычные убеждения, ощущение воздействия на мысли.
6. Расстройства восприятия

7. Обеднение, притупление эмоций.

8. Нарушение внимания и понимания.

9. Неспособность разграничивать внутренний и внешний мир.

4. Правила поведения с больным шизофренией

1. Постарайтесь, как можно раньше обратиться за помощью к специалисту - врачу-психиатру. Сроки начала лечения играют важнейшую роль!

2. Строго следуйте предписаниям врача и контролируйте постоянный приём медикаментов.

3. Никаких наркотиков и алкогольных напитков больному шизофренией! Они усугубляют симптомы болезни.

4. Обращайте внимание на все изменения самочувствия. По возможности записывайте и сообщайте о них консультирующему врачу.

5. Не стремитесь быстро изменить социальное положение больного, место его учёбы, род занятий, ситуацию в семье.

6. Не проявляйте чрезмерной эмоциональности в отношениях с больным.

7. Не проявляйте по отношению к больному агрессию.

8. Попытайтесь облегчить чувство одиночества.

9. Старайтесь понять чувства и мысли больного, проявляйте сочувствие, не вызывая ощущение опасности и не навязывая свою помощь.

10. Не смейтесь над тем, что говорит больной, не унижайте и не оскорбляйте его.

11. Не спорьте с больным и не переубеждайте его.

12. Изъясняйтесь проще. Говорите то, что вы хотели сказать, ясно, спокойно и уверенно.

13. Будьте откровенны в беседе.

14. Подкрепляйте у больного чувство реальности.

15. Поддерживайте и развивайте социальные навыки больного в его повседневной деятельности.

ТЕМА 8. ОЛИГОФРЕНИЯ

1. Этиология и патогенез олигофрении.
2. Характеристика психической сферы умственно отсталых детей.
3. Личность умственно отсталого ребенка
4. Пограничные формы интеллектуальной недостаточности

1. Этиология и патогенез олигофрении.

Слабоумие (деменция) - вызванная патологическим процессом стойкая, трудно восполнимая утрата интеллектуальных способностей, т.е. обратное развитие, снижение, носящее приобретенный характер. Наблюдается снижение памяти, ослабление познавательных способностей, оскуднение эмоциональной сферы и изменение поведения.

Малоумие Олигофрения) - врожденное состояние умственной недостаточности различной степени. Малоумие является результатом того, что мозг поражается патологическим процессом внутриутробно, во время родов или после рождения ребенка на начальном этапе его развития, так и не успев сформироваться (условно, в первые 3 года). Если слабоумие - снижение интеллекта от нормального уровня, то при олигофрении интеллект так и не достигает уровня взрослого человека.

Синдром олигофрении является достаточно стабильным состоянием - выраженность олигофрении не нарастает и не уменьшается (имеется в виду состояние собственно интеллекта, в то время как предпосылки интеллекта, эмоционально-волевая сфера в определенной мере могут развиваться и/или корректироваться).

При олигофрении в наибольшей степени страдает абстрактное мышление (наблюдается различной степени выраженности конкретизация мышления - затруднения разграничения главного и второстепенного), другие психические функции - память, эмоциональная, волевая сфера и

соматическое развитие в меньшей степени; как правило есть параллели между выраженностью снижения интеллекта и нарушением других функций (при легких формах олигофрении подобных нарушений может и не быть).

Выделяют следующие степени олигофрении: идиотию, имбецильность и дебильность.

При идиотии отсутствует речь, не вырабатываются навыки, ребенок не в состоянии себя элементарно обслужить (даже отсутствует инстинкт самосохранения), эмоционально не выделяет близких людей их окружающих, обучение невозможно.

При имбецильности речь косноязычна, словарный запас около 200 простейших слов, фразы из 2-3-х слов, грамматически часто не связанных, обучение во вспомогательной школе практически невозможно, под присмотром и при постоянной стимуляции могут выполнять простейшие виды деятельности, имеются элементарны навыки самообслуживания.

При дебильности люди нередко получают начальное или неполное среднее образование, формально могут и полное среднее, но учатся с трудом, преимущественно путем зазубривания материала. Возможны простейшие обобщения (особенно при легких проявлениях дебильности), доступно понимание обыденных правил (при совершении правонарушений чаще признаются вменяемыми), могут работать и выполнять простейшие виды деятельности и хорошо адаптироваться в обществе, но действуют, преимущественно, по шаблону, однообразно. Отличаются повышенной внушаемостью в одних ситуациях, что сочетается с повышенной упрямостью в других. Раннее развитие (когда начали сидеть, ходить, произносит первые слова) может быть без особенностей и нередко вопрос об олигофрении (в степени легкой дебильности) встаёт в 4-6 лет, когда ребёнка начинает учиться считать, читать, писать и становится заметным его отставание от сверстников (в прошлом особенно часто олигофрения в

степени легкой дебильности обнаруживалась, когда ребенок начинал ходить в школу).

Выделяют 3 основные группы олигофрений:

Первая группа: олигофрении эндогенной природы, вызванные поражением генеративных клеток родителей. Сюда относятся (одни из наиболее частых):

- Болезнь Дауна - одна из самых распространенных форм (встречается у 0,1% новорожденных). Наблюдается наличие лишней хромосомы - 47-й хромосомы (трисомия по 21-й паре). Умственная отсталость в большинстве случаев достигает выраженной имбецильности, реже - идиотии и ещё реже - дебильности.

Характерен внешний вид: голова маленькая, затылок уплощен; косой разрез глаз, с кожной складкой во внутреннем углу (третье веко, эпикант); круглое широкое лицо с румянцем на щеках, маленький нос и маленькая верхняя челюсть; язык и верхняя губа увеличены; зубы редкие и мелкие; рот небольшой, открыт, слюнотечение; пальцы кисти толстые и короткие; имеются уродства развития внутренних органов.

- Истинная микроцефалия (малоголовость) - в основе недоразвитие головного мозга, в первую очередь его полушарий, особенно недоразвиты лобные доли (соответственно, внешне видно недоразвитие мозгового черепа). Чаще всего наблюдается идиотия. Рост и телосложение обычно не обнаруживают существенных отклонений, отмечается относительно удовлетворительное развитие эмоциональной сферы.
- Фенилпировиноградная олигофрения (фенилкетонурия; встречается у 1 на 10 тыс. новорожденных) относится к так называемым энзимопатическим олигофрениям. Основой заболевания является нарушение переработки фенилаланина в тирозин и образование избыточных количеств полупродуктов его распада. Назначение больным детям с первых месяцев жизни специальной диеты, не содержащей

фенилаланина, предупреждает развитие умственной отсталости (в противном случае она достигает идиотии, реже - имбецильности).

Вторая группа: олигофрении, обусловленные внутриутробными вредностями (эмбрио- и фетопатии). Сюда относят формы, в происхождении которых имеет значение поражение зародышевых тканей вирусами (при заболеваниях гриппом, гепатитом, эпидемическим паротитом, нейроинфекциями). Одна из распространенных форм - рубеолярная эмбриопатия, умственная отсталость при ней резко выражена (идиотия, иногда имбецильность; имеется глухота, врожденные пороки сердца). Наряду с вирусами, олигофрении могут вызывать бактериальные инфекции, в частности сифилис матери (умственная отсталость может быть различной - от легкой дебильности до глубокой идиотии). К этой группе также относятся формы, обусловленные токсоплазмозом и при гемолитической болезни новорожденных (резус-конфликте; умственная отсталость различна - от дебильности до идиотии).

Третья группа: олигофрении, обусловленные постнатальными вредностями, т.е. развившимися в результате действия вредностей во время родов и в раннем детстве - родовые травмы и асфиксия, перенесенные в возрасте до 3-х лет травмы головы и нейроинфекции. Наряду с биологически повреждающими факторами, к олигофрении (преимущественно, к дебильности) могут приводить и отрицательные микросоциальные факторы, в первую очередь такие виды депривации, как материнская, сенсорная и социальная депривация, особенно в их сочетании (депривация- лишение или ограничение возможностей удовлетворения каких-либо потребностей организма).

Раньше диагноз "Олигофрения" был как бы "официальным" диагнозом, но МКБ-10 ("Классификация психических и поведенческих расстройств") данный термин не предполагает, а использует "умственная отсталость" (термин "умственная отсталость", фактически, объединяет случаи олигофрении и рано возникшей деменции).

Рубрика МКБ-10	Умственная отсталость	IQ умственного развития	Диапазон (возраст)	Олигофрении
F 70	Легкая	50-69	9-12 лет (до 12) лет	дебильность
F 71	Умеренная	35-49	6-9 лет	нерезко выраженная имбецильность
F 72	Тяжелая	20-34	3-6 лет	резко выраженная имбецильность
F 73	Глубокая	до 20	до 3 лет	идиотия

2. Характеристика психической сферы умственно отсталых детей.

Ощущение и восприятие. Ощущения при умственной отсталости слабо дифференцированы.

Восприятие также характеризуется сниженным темпом и слабой дифференцированностью. Наряду с этим выделяют такие особенности восприятия детей с нарушениями интеллекта как неточность, бедность, узость, нарушение целенаправленности, избирательности, осмысленности, константности и обобщенности.

Как показывают исследования, дефекты перцептивной деятельности умственно отсталых детей поддаются коррекции в процессе целенаправленной работы, при этом отмечается важная роль речи и других видов деятельности.

Память учащихся с умственной отсталостью характеризуется нарушениями и запоминания (недостаточная осмысленность и последовательность, зависимость от содержания материала), и сохранения (повышенная забывчивость, слабая логическая переработка и недостаточное усвоение материала) и воспроизведения (неточность). Быстрее чем в норме утрачиваются и видоизменяются представления памяти.

Речь детей с умственной отсталостью.

От 40 % до 60 % умственно отсталых младших школьников имеют выраженные дефекты устной речи (косноязычие, заикание, гнусавость). Отмечается недоразвитие речи, которое проявляется в ее запоздалом

формировании, ограниченности и бедности словарного запаса (активного и пассивного), нарушениях фонематического слуха, недостаточной активности и низкой выразительности.

Среди недостатков речи, свойственных умственно отсталым учащимся выделяют недоразвитие всех ее функций (коммуникативной, сигнификативной, контрольной, обобщающей и регулирующей), стереотипность, шаблонность, неправильное понимание и употребление, слов. Данные особенности затрудняют овладение письменной речью в процессе обучения. Для коррекции недостатков устной и письменной речи. умственно отсталых учащихся необходима помощь логопеда.

Мышление - это процесс обобщенного и опосредованного отражения мозгом окружающего мира, высшая форма отражения. Оно осуществляется при помощи мыслительных операций (анализа, синтеза, классификации, абстрагирования, сравнения). Как свидетельствуют исследования, умственно отсталым детям свойственно нарушение всех операций мышления (слабость аналитико-синтетической деятельности, низкая способность к отвлечению и обобщению, сравнение, с опорой на несуществующие признаки и т.д.). При этом темп мышления умственно отсталого школьника замедлен, тугоподвижен. Наибольшие нарушения отмечают в словесно-логическом мышлении, наиболее сохранным является наглядно-действенное мышление. Такие недостатки мышления умственно отсталых учащихся как снижение критичности, нарушение регулирующей роли мышления, конкретность, непоследовательность, стереотипность и нарушение целенаправленности непосредственно связаны с недоразвитием личности и отклонениями в поведении..

Эмоционально-волевая сфера умственно отсталых учащихся.

Интеллектуальная недостаточность и незрелость личности проявляются в следующих особенностях эмоциональной сферы умственно отсталых детей и школьников; слабость интеллектуальной регуляции эмоций, их малая дифференцированность, полярность, несоответствие

внешним воздействиям по силе и содержанию, затруднения в развитии высших (интеллектуальных, моральных, эстетических) чувств, низкий уровень развития средств эмоциональной выразительности. Наряду с этим при умственной отсталости нередки болезненные расстройства чувств: раздражительность, эйфория, дисфория, апатия.

Говоря о расстройствах воли учащихся с нарушениями интеллекта, специалисты связывают их с нарушением 2-х волевых функций: активизирующей (абулия, гипобулия) и тормозящей (гипербулия).

При этом умственно отсталым школьникам свойственно нарушение структуры волевого действия, а также недостаточная интеллектуальная регуляция воли.

Как показывают исследования, недостатки эмоционально-волевой сферы умственно отсталых детей и школьников поддаются коррекции в условиях специального обучения и воспитания.

3. Личность умственно отсталого ребенка

Интересы умственно отсталых недостаточно дифференцированы, малоинтенсивны, неустойчивы. Формирование социально зрелых потребностей требует большего времени, чем в норме и особого внимания педагогов. Что касается убеждений при интеллектуальной недостаточности, то они неточны, поверхностны, школьники не всегда могут отстоять их в споре и не всегда ориентируются на них в повседневной жизни. Вместе с тем, исследования свидетельствуют о воспитуемости у детей данной категории социально значимых интересов и потребностей, а также о возможностях формирования у них убеждений мировоззрения в целом.

Большинство школьников с интеллектуальной недостаточностью проявляют склонность к завышенной самооценке. Кроме того, их самооценку большей степени, чем у нормальных сверстников, зависит от оценки учителя и окружающих, У девочек она формируется быстрее и находится на лучшем

уровне, чем у мальчиков. В условиях специального обучения самооценка умственно отсталых учащихся корректируется и к моменту окончания школы приближается к адекватной. Отличаются своеобразием мотивы позитивного и негативного отношения умственно отсталых учащихся друг к другу и к окружающим людям вообще.

Отмечая особую сложность работы по воспитанию личности учащихся с интеллектуальной недостаточностью, специалисты подчеркивают ее необходимость, так как это один из аспектов проблемы социальной адаптации умственно отсталых.

1. Условия, определяющие формирование личности умственно отсталых детей.

2. Своеобразие развития самооценки учащихся с интеллектуальной недостаточностью.

К общим недостаткам деятельности умственно отсталых относят нарушение ее целенаправленности и мотивации, слабость ориентировки в задаче, неумение планировать и предвидеть результат, некритичное отношение к результату деятельности, неумение замечать и исправлять ошибки.

4. Пограничные формы интеллектуальной недостаточности.

В отечественной литературе распространены термины "задержка психического развития" (ЗПР), "задержка темпа психического развития" (ЗПР встречается у 5-11% младших школьников). Состояния, относящиеся к ЗПР, являются составной частью более широкого понятия - "пограничной интеллектуальной недостаточности". По МКБ-10 при пограничной умственной отсталости IQ в пределах 70-80 (шифруется чаще всего как F89 "Неуточненное расстройство психологического развития" или в рубриках F00- F09 "Органические, включая симптоматические, психические расстройства).

Выделяют тотальную ЗПР, при которой задерживаются в развитии все психические функции и парциальную ЗПР, проявляющуюся задержками

отдельных сторон психического развития, включая а) недоразвитие отдельных сторон психических функций,

б) недоразвитие моторных функций,

в) инфантилизм (эмоциональную и социальную незрелость)

г) невропатию (вегетативную незрелость).

В отличие от олигофрении, при ЗПР отсутствует инертность психических процессов - дети способны не только принимать и использовать помощь, но и переносить усвоенные навыки умственной деятельности в другие ситуации.

Психологический аспект готовности к обучению подразумевает сформированность определенного уровня:

1. Знаний и представлений об окружающем мире.
2. Умственных операций, действий и навыков.
3. Речевого развития, предполагающего владение довольно обширным словарём, основами грамматического строя речи, связным высказыванием и элементами монологической речи
4. Познавательной активности, проявляющейся в соответствующих интересах и мотивации.
5. Регуляции поведения.

Дети с ЗПР оказываются не готовыми к обучению по всем этим параметрам, причем они не только сами негативны к обучению в школе, но и оказывают отрицательное влияние на своих одноклассников.

Характерные особенности детей с ЗПР:

1. Выраженное нарушение у большинства из них функций активного внимания.
2. В связи с недостаточностью интегративной деятельности мозга затрудняются в узнавании нестандартных изображений, им трудно соединить отдельные детали рисунка в единый образ.
3. Отставание в формировании пространственных представлений, недостаточная ориентировка в собственном теле.

4. Низкая познавательная активность.
5. Недостаточное развитие тонкой моторики рук.
6. Двигательная расторможенность.
7. Недостаточны или искажены навыки чтения, письма.
8. Эмоциональная неустойчивость, такие дети с трудом приспосабливаются к детскому коллективу, им свойственны колебания настроения и повышенная утомляемость.

Различают 4 этиологических (по происхождению) варианта ЗПР:

- конституциональный;
- соматогенный, обусловленный длительными хроническими заболеваниями, тормозящими психическую активность ребёнка и создающими систему особого режима и запретов;
- психогенный, связанный с неблагоприятными условиями воспитания, выражающимися в безнадзорности, гиперопеки или жестокости;
- церебрально-органический - в результате относительно негрубого повреждения головного мозга. Наиболее стойкими формами ЗПР являются различные её варианты, связанные с церебрально-органической недостаточностью, к числу которых относится так называемая минимальная мозговая дисфункция (ММД, этот термин особенно характерен для англо-американской литературы).

С точки зрения медико-психологических проявлений можно выделить следующие виды пограничных состояний интеллектуальной недостаточности:

1. Дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности.

1.1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма.

Об инфантилизме говорят в тех случаях, когда случаи отставания, задержки развития (т.е. ретардации) бывают достаточно заметны. Физический инфантилизм часто сочетается с психическим, т.е. с

незрелостью для календарного возраста поведения, интересов, с недостаточной самостоятельностью, недоразвитием чувства долга, ответственности при вполне удовлетворительном интеллекте. Выделяют:

1. Психофизический или гармоничный инфантилизм - начинает выделяться с первых классов школы, но особенно заметным становится в подростковом возрасте. Характерны тонкое телосложение, мелкие черты лица, его не по возрасту "детское выражение", а также эмоциональная и вегетативная лабильность. Поведение соответствует более младшему возрасту, даже в 15-16 лет доминирует интерес к играм. Такие подростки любят компании более младших товарищей и отличаются несамостоятельностью, детской требовательностью и капризностью ("хочу"), некоторой наивностью при достаточно развитом интеллекте; учатся вполне удовлетворительно, даже старательно, обладают неплохим запасом общих знаний.

2. Психический инфантилизм на фоне нормального или акселерированного физического развития - обнаруживается в 13-16 лет. Касается прежде всего интересов и поведения. Задерживается развитие чувства долга, ответственности, умения согласовывать свои желания с интересами других, гибко учитывать ситуацию. Медленно формируются морально-этические принципы. Бросается в глаза физическое созревание.

3. Дисгармоничный (эндокринопатический) инфантилизм связан в первую очередь с нарушением функций гипофиза и половых желез.

4. Соматогенный инфантилизм встречается у детей и подростков, которые в силу какого-то заболевания были надолго прикованы к постели или крайне ограничены в двигательной активности. Характерно преимущественное отставание в развитии костно-мышечной системы и моторики при удовлетворительном, а иногда и ускоренном половом созревании. Психические черты инфантилизма более всего касаются навыков и умений, а отсюда беспомощность, зависимость от старших, тяготение к обществу малышей.

5. Инфантилизм как следствие неправильного воспитания чаще всего встречается при сочетании в воспитании элементов "кумира семьи" с чрезмерной опекой. Стремление оградить ребенка от сверстников, избавление от всякого самообслуживания, ограничения в подвижных играх, потакание прихотям приводят к задержке развития навыков и умений моторной неловкости, недостаточной физической силе, неумению общаться со сверстниками, неспособность сдерживать желания. Отсюда тяготение к обществу младших, где легче маскировать свою несостоятельность, а также недостаточное развитие чувства долга и ответственности.

Психофизический и дисгармоничный инфантилизм обусловлены какими-то внутренними факторами, в том числе возможна их генетическая обусловленность. С возрастом проявления этих видов инфантилизма несколько сглаживаются, но никогда не проходят полностью. До пожилого возраста такие лица остаются моложавыми, но зато старение наступает рано и бурно. Соматогенный инфантилизм в благоприятных условиях нивелируется. Инфантилизирующее воспитание может оставить печать на всю жизнь в виде истероидных черт характера.

Психическая незрелость - это, собственно, легкое (невыраженное) проявление инфантилизма.

Осложненный психический инфантилизм - кроме незрелости психики имеется такая патология как церебрастенические проявления (результат, как правило, легких органических повреждений головного мозга), невротические расстройства, соматические и эндокринные заболевания, при отсутствии такой патологии - простой психический инфантилизм.

ТЕМА 9. ЭПИЛЕПСИЯ. СИМПТОМАТИКА, ТЕЧЕНИЕ

1. Эпилепсия: этиология, патогенез.
2. Характеристика судорожного синдрома при эпилепсии.
3. Характерные изменения личности при эпилепсии
4. **Оказание помощи при различных видах припадков.**

1. Эпилепсия - это периодически возникающее нарушение деятельности центральной нервной системы, обусловленное резким, чрезмерным и беспорядочным возбуждением нейронов.

Эпилепсия является симптомом, и ее этиология предполагает много различных причин. Эпилепсию могут вызывать болезни, поражающие серое вещество либо, в редких случаях, - белое вещество мозга. Также она возникает при некоторых органических заболеваниях и при нарушениях обмена веществ.

Судороги нельзя считать синонимом эпилепсии, поскольку существуют такие формы эпилепсии, при которых они отсутствуют, и, напротив, случается, что судороги происходят вследствие других причин немозгового происхождения, как например, при некоторых нарушениях обмена веществ: гипонатриемии, гипоглюцеимии и гипокальцеимии - или бывают вызваны обострениями соматиформных заболеваний.

Классификация, основанная на клинических признаках эпилепсии и предложенная в 1981 году в Киото, теперь широко используется во всем мире.

2. Генерализованные припадки - характеризуются тем, что являются симметричными. Это могут быть: клоническо-тонические припадки, тонические припадки, клонические припадки. Обычно припадок начинается внезапно. Иногда за 1-2 дня до припадка появляются предвестники: плохое самочувствие, раздражительность, головная боль и т.д. Во время так называемого большого припадка больной теряет сознание, падает, у него начинаются тонические судороги (резкое напряжение мышц туловища и конечностей). Затем начинаются клонические судороги (сильные толчкообразные сокращения мышц конечностей, шеи, туловища). Длительность припадка – 3-4 минуты. После припадка появляется чувство вялости и сонливости. Во время припадка зрачки не реагируют на свет.

Перед судорожным припадком может иметь место аура. Аура по своим проявлениям разнообразна у разных больных. Однако у одного и того же больного она как правило носит стереотипный характер. По анализу содержания ауры психиатр косвенно может определить область мозга, в которой начинается разряд. Выделяют несколько типов ауры – сенсорную, вегетативную, моторную, психическую, речевую и сензитивную.

Частота припадков может быть разная: от ежедневных до одного-двух раз в год.

Помимо типичных судорожных припадков бывают атипичные, которые проявляются полным отсутствием судорожных компонентов:

Малый судорожный припадок — кратковременное (секунды) выключение сознания (больной может сохранять предшествующую позу — сидеть, стоять, идти) с произвольными, часто стереотипными движениями мышц конечностей или лица и шеи. При этом он иногда не знает, что с ним произошло, но окружающие успевают заметить момент «отключения» по изменившемуся выражению лица, бледности, потере нити разговора, падению предмета из рук и пр.

- помрачение сознания с наплывом зрительных и слуховых галлюцинаций, бредовых представлений. Двигательная активность при этом сохраняется, и под влиянием болезненных переживаний возможны агрессивные действия. У многих больных возникают периодические расстройства настроения — состояние тоскливой злобности, придиричivosti, беспокойства, агрессивности или приподнятости, оживления, необычной веселости. Болезненная природа этой неадекватной веселости вызывает у окружающих беспокойство и недоумение.

- ◆ амбулаторный автоматизм – на фоне сумеречного состояния сознания больной может производить достаточно сложные упорядоченные действия. Сюда относится сомнамбулизм (лунатизм).
- ◆ эпилептические сумеречные состояния и дисфории как бы замещают судорожный припадок, разряжают скопившееся болезненное

напряжение, поэтому их называют психическими эквивалентами эпилепсии

3. Характерные изменения личности при эпилепсии

Изменения личности по эпилептическому типу – это тугоподвижность, замедленность всех психических процессов, склонность к застреванию на деталях, обстоятельность мышления, невозможность отличить главное от второстепенного, дисфории (приступы расстройств настроения, чаще склонность к злобно-тоскливому).

Результатами болезни являются трудности с использованием нового опыта, слабость комбинаторных способностей, ухудшение воспроизведения прошлого опыта. Следует отметить полярность аффекта – сочетание аффективной вязкости и эксплозивности (взрывчатости). Больные долго помнят обиду, мстят за нее. Отмечается подчеркнутый до карикатурности педантизм в отношении одежды, порядка в доме и т.п. Существенной чертой эпилептиков является инфантилизм, выражающийся в незрелости суждений, свойственная некоторым больным неадекватная религиозность. Часто встречается утрированная до слащавости, до подобострастия любезность; сочетание повышенной чувствительности, ранимости с брутальностью, злобностью. Лицо этих больных малоподвижно, маловыразительно, мимические реакции бедны, больные скупы и сдержанны в жестах.

Во время патопсихологического исследования больных эпилепсией изучается мышление (динамика, операции), память, внимание, вработываемость, переключения. Мышление у больных эпилепсией тугоподвижное, вязкое. Больные затрудняются выполнить любые пробы на переключение.

Отмечается фиксация внимания на конкретных малосущественных деталях. В результате испытуемые затрудняются устанавливать сходство на основе родовой принадлежности. При описании рисунков, пересказе текстов, установлении последовательности событий по серии сюжетных картин отмечается чрезмерная детализация ассоциаций, обстоятельность суждений.

4. Оказание помощи при различных видах припадков.

Лечение должно начинаться как можно раньше, основное его условие — непрерывность. Внезапное прекращение лечения вызывает обострение болезни. Важно также соблюдать режим: уменьшить прием соли и жидкости, полностью воздерживаться от алкоголя; избегать перегрева на солнце, ритмичных, зрительных, громких слуховых раздражителей, просмотра телевизионных передач. Быстрое мелькание кинокадров, пейзажа за окном в транспорте, джазовая и рок-музыка могут вызвать припадок.

Близким обычно не приходится контролировать лечение: как правило, больные принимают лекарства очень аккуратно. Помощь им необходима при организации режима питания, отдыха, а также в случае большого судорожного припадка. При припадке до прихода врача нужно ввести между зубами ручку ложки, держать голову больного, охраняя от ударов; чтобы избежать попадания слюны в дыхательные пути и западения языка, голову нужно повернуть набок; по окончании припадка больного переносят в спокойное место, дают ему прийти в себя.

ТЕМА 10. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО_МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

1. Классификация ЧМТ.
2. Степени тяжести травматических расстройств (сотрясение, ушиб, сдавление).
3. Первая помощь при ч.м.т.

1. Черепно-мозговая травма (Ч.- м. т.)— механическое повреждение черепа и (или) внутричерепных образований (головного мозга, мозговых оболочек, сосудов, черепных нервов).

По характеру поражения мозга выделяют очаговые (возникающие главным образом при ударно-противоударной биомеханике травмы головы), диффузные (возникающие главным образом при травме ускорения — замедления) и сочетанные его повреждения.

Различают *закрытую и открытую* Ч.-м.т. К закрытой относят повреждения, при которых не нарушается целостность покровов головы, либо имеются раны мягких тканей без повреждения апоневроза. Переломы костей свода черепа, не сопровождающиеся ранением прилежащих мягких тканей и апоневроза, также включают в закрытую Ч.-м. т.

К открытой Ч.-м. т. относят переломы костей свода черепа, сопровождающиеся ранением прилежащих мягких тканей, переломы основания черепа, сопровождающиеся кровотечением или ликвореей (из носа или уха), а также раны мягких тканей головы с повреждением апоневроза. При целостности твердой мозговой оболочки открытую Ч.-м. т. относят к непроникающей, а при нарушении ее целостности — к проникающей.

Черепно-мозговая травма может быть *изолированной* (внечерепные повреждения отсутствуют); *сочетанной* (одновременно имеются повреждения костей скелета и/или внутренних органов), *комбинированной* (одновременно воздействуют различные виды энергии — механическая, термическая, лучевая, химическая и др.).

По особенностям возникновения Ч.-м. т. может быть *первичной* (когда воздействие механической энергии не обусловлено какими-либо непосредственно предшествующими ей церебральными нарушениями) и *вторичной* (когда воздействие механической энергии обусловлено непосредственно предшествующей церебральной катастрофой, вызывающей падение больного, например при эпилептическом припадке или инсульте).

3. Степени тяжести.

Черепно-мозговую травму по тяжести делят на 3 стадии: легкую, среднюю и тяжелую. К легкой Ч.-м. т. относят сотрясение мозга и ушибы мозга легкой степени; к средней тяжести — ушибы мозга средней степени; к тяжелой — ушибы мозга тяжелой степени, диффузное аксональное повреждение и сдавление мозга.

Сотрясение головного мозга отмечается у 60—70% пострадавших. Характеризуется потерей сознания на несколько секунд или минут, тошнотой, головной болью.

Ушиб (контузия) мозга. Различают ушибы головного мозга легкой, средней и тяжелой степени. *Ушиб головного мозга легкой степени* - характеризуется выключением сознания после травмы длительностью от нескольких до десятков минут. *Ушиб мозга средней степени* - характеризуется выключением сознания после травмы продолжительностью от нескольких десятков минут до нескольких часов. *Ушиб головного мозга тяжелой степени* - характеризуется выключением сознания после травмы продолжительностью от нескольких часов до нескольких недель.

Сдавление (компрессия) головного мозга - характеризуется нарастанием через тот или иной промежуток времени после травмы либо непосредственно после нее общемозговых симптомов (появление или углубление нарушений сознания, усиление головной боли, повторная рвота, психомоторное возбуждение и т.д.), очаговых (появление или углубление гемипареза, одностороннего мидриаза, фокальных эпилептических припадков и др.) и стволовых симптомов (появление или углубление брадикардии, повышение АД, ограничение взора вверх, тоничный спонтанный нистагм, двусторонние патологические знаки и др.).

4. Первая помощь при ЧМТ.

Характер лечебных мероприятий определяется тяжестью и видом Ч.-м. т., выраженностью *отека головного мозга* и *гипертензии внутричерепной*, нарушений мозгового кровообращения, ликвороциркуляции, метаболизма мозга и его функциональной активности, а также сопутствующими осложнениями и вегетовисцеральными реакциями, возрастом пострадавшего, преморбидными и другими факторами.

При сотрясении мозга проводят консервативное лечение: назначают анальгетики, седативные и снотворные средства, в течение 3—7 сут. рекомендуется постельный режим.

Реанимационные мероприятия при тяжелой Ч.-м. т. начинают на догоспитальном этапе и продолжают в условиях стационара. С целью нормализации дыхания обеспечивают свободную проходимость верхних дыхательных путей, используют ингаляцию кислородно-воздушной смеси, а при необходимости проводят *искусственную вентиляцию легких*.

ТЕМА 11. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.

1. Психические расстройства при онкологической патологии.
2. Психическое реагирование на соматические заболевания.
3. Психическое реагирование после операций на сердце.

1. Психические расстройства различной степени выраженности при онкологической патологии — частое явление, наблюдаемое как онкологами, хирургами, гинекологами, так и психиатрами и психологами.. Онкологический процесс выступает для психической деятельности в двух важных аспектах. С одной стороны (психогенной), диагноз заболевания, традиционно причисляемого к группе неизлечимых и, как следствие, повышено значимых, превращает один лишь факт заболеваемости в серьезную психическую травму, способную сформировать психические нарушения психогенно-реактивного характера. С другой стороны (соматогенной), онкологическая патология может рассматриваться как крайний, один из наиболее тяжелых в соматическом плане фактор, с комплексом психической и физической астении, истощением, существенно влияющим на психическую деятельность и формирующим соматогенные психические расстройства. К тому же, если онкологический процесс локализуется в гормонозависимых и гормонопродуцирующих органах, то велик риск развития так называемого психоэндокринного симптомокомплекса со специфическими клиническими проявлениями.

Выделяется пять фаз реагирования на злокачественные новообразования и рак (Kubler-Ross):

1 фаза (анозогнозическая) появляется вслед за первым предположением о наличии у пациента злокачественного новообразования. Она характеризуется отрицанием наличия у себя онкологической патологии, преуменьшением тяжести своего состояния, анозогнозией, убежденностью, что диагноз является ошибочным.

2 фаза (дисфорическая) наступает после подтверждения диагноза и проявляется бурным протестом, дисфорией, склонностью совершать какие-либо агрессивные действия в отношении окружающих или себя (например, суицидальные).

3 фаза (аутосуггестивная) характеризуется принятием фактов о наличии у пациента злокачественного процесса и необходимости длительного и интенсивного лечения в сочетании с “ведением торга” — “главное чтобы не было болей”.

4 фаза (депрессивная) наступает после длительного периода терапии и проявляется постепенной утратой надежды на выздоровление, появлением пессимизма, подавленности и пассивности.

5 фаза (апатическая) появляется на последних этапах заболевания и выражается “примирением” больного с судьбой, принятием любого исхода и сопровождающееся безразличием по отношению к внешним и внутренним процессам.

Частота и выраженность психических реакций на онкологическую патологию зависит во многом от локализации и характера болезненного процесса, наличия метастазов и некоторых других факторов (А.В.Гнездилов). Однако, не только локализация и характер онкологического заболевания влияют на частоту появления психических нарушений. Немаловажную роль играют такие факторы, как особенности характера человека, заболевшего онкологическим заболеванием, наличие в преморбиде акцентуированных черт характера (Е.Ф.Бажин, А.В.Гнездилов).

Клинико-психологические и психопатологические особенности при онкологической патологии зависят от этапа основного заболевания. Выделяют, как правило, следующие этапы: поликлинический (диагностический), этап “поступления в клинику”, предоперационный (предлечебный), послеоперационный, этап выписки и катамнестический (Е.Ф.Бажин, А.В.Гнездилов).

Феноменологически клинические параметры представлены в следующем виде. Для поликлинического (диагностического) этапа, начинающегося с первых контактов больного с онкологической службой, а часто с направления пациента врачами к онкологам для осмотра и решения вопроса о необходимости госпитализации и оперативного лечения, характерным считается тревожно-депрессивный синдром. Поданным Е.Ф.Бажина и А.В.Гнездилова, его частота составляет 56%. При этом типичным является общее беспокойство, выраженная тревога, иногда достигающая степени страха, ощущение полнейшей безнадежности, бесперспективности существования, мысли о неизбежной скорой и мучительной смерти. У тех пациентов, преморбид которых отличается чертами стеничности и активности в клинической картине обычно преобладают тревога и страх, в то время как у пассивных, астеничных субъектов на первый план выступает депрессивная симптоматика. Второе место по частоте возникновения на “диагностическом” этапе принадлежит психогении, выражающейся в развитии дисюрического синдрома, проявляющегося в тоскливо-злобном настроении. Больные становятся мрачными, раздражительными, иногда без малейшего повода наблюдаются вспышки ярости, гнева, злобы, которые могут сопровождаться агрессией, направленной на ближайшее окружение (семью, сотрудников по работе, а также медицинский персонал). Зачастую за таким фасадом злобы и агрессии скрываются тревога и страх. Дис-форические расстройства обычно развиваются у лиц, преморбид которых характеризовался чертами возбудимости, взрывчатости, безудержности. Третье место по частоте

возникновения принадлежит тревожно-ипохондрической и астеноипохондрической симптоматике. Первые из этих реакций характеризуются тревожным напряжением с постоянной фиксацией внимания на самочувствии, в особенности на ощущениях. Больные все время ищут и “находят” особые “неполадки” в организме, обычно ссылаясь при этом на какие-то неотчетливые, неопределенные ощущения, которые ими интерпретируются как катастрофически быстрое распространение опухоли по всему телу, безнадежная запоздалость диагностики и т.п.

На следующем этапе — “поступления в клинику” происходит некоторое снижение тяжести (интенсивности) переживаний. Это в существенной мере связано с построением компенсаторной системы психологической защиты типа: “Я болен, возможно у меня даже рак, но теперь я нахожусь в специальной больнице под наблюдением квалифицированных врачей, которые сделают все, чтобы мне помочь”. На этом этапе преобладающей является такая симптоматика как: тревожно-депрессивная, дисфорическая, тревожно-ипохондрическая, обсессивно-фобическая. Резкий подъем интенсивности психогенных переживаний отмечается на следующем этапе — предоперационном (предлечебном). В рамках тревожно-депрессивного синдрома преобладающим становится страх возможной гибели в процессе операции. Кроме того, некоторые авторы (Е.Ф.Бажин, А.В.Гнездилов) на этом этапе выявляли параноидные расстройства в виде “бредоподобных идей преследования и отношения”.

На четвертом этапе — “послеоперационном” — резко снижается степень выраженности всех отрицательных переживаний больных и происходит своеобразное “психологическое облегчение”, а преобладающим психопатологическим синдромом становится астеноипохондрический.

Этап выписки из стационара не имеет специфических психопатологических феноменов, а на катамнестическом этапе около двух третей пациентов имеют особые нарушения психического состояния. Внешне они проявляются как стремление к самоизоляции. Отношение к привычным

и любимым прежде развлечениям становится резко негативным. Попытки со стороны близких людей как-то “расшевелить” больного, как правило, не имеют никакого успеха. Особенно отрицательное отношение вызывают те ситуации, которые связаны с сильными эмоциональными переживаниями. Утрачивается интерес и к внутрисемейным делам. В переживаниях больного постоянно звучат депрессивные ноты, связанные не только с наличием онкологического заболевания, но и его последствиями — инвалидизацией, утратой привлекательности и т.п. Особенно болезненны переживания, относящиеся к интимной сфере.

Резюмируя, следует сказать, что онкологические заболевания и психическое состояние пациентов имеют двухканальную связь. С одной стороны, онкологическая патология провоцирует появление разнообразных психических переживаний (от донозологических до выраженных клинических психопатологических), с другой стороны, в появлении онкологических заболеваний, а также вероятности излечения от них существенна роль психологического преморбида и типов психического реагирования на заболевание.

2. Психическое реагирование на соматические заболевания.

Наиболее известными соматическими заболеваниями, связанными с психологическим воздействием и проявляющимися помимо соматического, психическими симптомами, являются гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12 кишки, ишемическая болезнь сердца и некоторые другие. В данной главе приведены описания психологических особенностей больных с хронической терапевтической патологией, которая не отнесена к психосоматическим заболеваниям. Последним посвящен отдельный раздел.

Ситуация хронического соматического заболевания описывается В.В.Николаевой, как провоцирующая кризис психического развития в целом и развития личности в частности. Изменения личности при тяжелых соматических заболеваниях рассматриваются как новообразования, возникающие в период кризиса развития. Объективная ситуация тяжелого,

опасного соматического заболевания, отрыв от привычного социального окружения, возможность калечащей операции, инвалидность приводят к изменению объективного положения человека в социальной среде (Л.И.Божович). Суть патогенного воздействия болезни на личность заключается в том, что массивная и длительная интоксикация, нарушение обменных процессов, истощение приводят к изменению протекания психических процессов, к снижению операционально-технических возможностей пациентов (В.В.Николаева). Центральным психологическим механизмом личностных изменений в условиях хронической соматической болезни выступает перестройка иерархии мотивов по типу их переподчинения новому главному смыслообразующему мотиву — сохранения жизни и восстановления здоровья, названному А.Ш.Тхостовым “сдвигом цели на мотив”.

Описан ряд критериев, по которым личность больного при хроническом и длительном течении заболевания, считается измененной (В.В.Николаева):

1. Изменение содержания ведущего мотива деятельности (формирование нового мотива ведущей деятельности — к примеру, патологическая деятельность голодания при анорексии).
2. Замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого порядка (например, мотив “самообслуживания” при ипохондрии).
3. Снижение уровня опосредованности деятельности (деятельность упрощается, целевая ее структура обедняется).
4. Сужение основного круга отношений человека с миром, т.е. сужение интересов, обеднение мотивационной сферы.
5. Нарушение степени критичности и самоконтроля.

При прогрессировании хронической болезни меняется вся система отношений больных. Значимыми становятся только те события, которые не противоречат вновь выделившемуся смыслообразующему мотиву сохранения жизни. Вследствие этого, появляется замкнутость,

отчужденность, обеднение контактов с людьми, пассивность. Выделение мотива сохранения жизни ведет к формированию ограничительного поведения: инертности, снижению активности.

Различные нозологические формы заболеваний способствуют проявлению некоторых специфических особенностей клинических проявлений психологических изменений. Они, как правило, обуславливаются локализацией патологического процесса (сердце или прямая кишка, желудок или мочевого пузыря), длительностью заболевания, выраженностью болевого раздражения и другими факторами. Вследствие этого, можно лишь условно говорить о разнице психических изменений при той или иной соматической патологии. Исключение составляют психосоматические заболевания.

Одной из наиболее тяжелых эндокринных патологий является сахарный диабет. Роль психического параметра (стресса) в возникновении сахарного диабета является в настоящее время доказанной. Еще в 1674 году T.Willi одним из первых указал на связь диабета с душевными переживаниями, подчеркнув тот факт, что появлению сахарного диабета нередко предшествует “длительное огорчение”. Был описан “диабет биржевиков”, “диабет банкиров”, как заболевания в генезе которых роль профессиональных психических перенапряжений выделялась особо.

Вопрос о роли эмоциональных воздействий в этиологии и патогенезе сахарного диабета приобрел большое значение с началом эры психосоматической медицины. Большинство медиков разделялась точка зрения о том, что острая эмоциональная травма или длительный психологический стресс могут лишь выявить латентный диабет, переводя его в клиническое состояние. Имеется довольно обширная литература, посвященная анализу личностных особенностей больных диабетом, выявляющихся еще до манифестации заболевания. Крайним выражением взглядов о характерологическом своеобразии этих больных является концепция “специфической личности” в психосоматической школе W.C.Menninger

3. Психофизиологическая и психологическая адаптация человека после пересадки сердца является одной из наиболее сложных для пациента. В отличие от терапевтической патологии, при которой патогенным для психической деятельности становится состояние длительного хронического заболевания, и изменение системы отношений личности происходит постепенно, в рамках хирургической патологии отмечается значимость психологического операционного стресса (предоперационного и постоперационного). Основными проявлениями операционного стресса выступают эмоциональные феномены, чаще других — тревога.

Необходимость проведения хирургического оперативного вмешательства, как правило, застигает пациента врасплох в отличие от ситуации хронической соматической патологии, к которой он постепенно адаптируется. И если обязательность тех или иных терапевтических мероприятий человек может спрогнозировать, то предположить возможность и необходимость операции пациент способен в значительно меньшей степени. Иными словами, для клинического психолога важным становится тот факт, что психологическая готовность к терапевтическим и хирургическим мероприятиям со стороны больного кардинально различается. У пациента с хроническим соматическим заболеванием адаптация происходит условно говоря к настоящему статусу, а у хирургического — к будущему.

“Я демон Франкенштейна, живу с сердцем, которое мне не принадлежит”, — были одни из первых слов, произнесенных первым пациентом с пересаженным донорским сердцем. Как показали исследования психологов, после подобных операций нередко отмечаются серьезные психологические изменения вплоть до “изменения нравственных и моральных установок” (M.Vuxton). Это связано с тем, что пересадка донорского сердца осознанно или бессознательно расценивается пациентом как вторжение не только в сому, но в душу человека. Больной становится склонным анализировать связь сердца с душевной жизнью человека-донора,

оценкой возможности жизни после смерти и других философских вопросов. Под нашим наблюдением (В.Д.Менделевич, Д.А.Авдеев) находился пациент Б., 48 лет с диагнозом: Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, прогрессирующая с частыми приступами острой коронарной недостаточности, постинфарктным кардиосклерозом, которому была произведена аллотрансплантация сердца.

Из психологического анамнеза: до операции характеризовался спокойным, уравновешенным человеком, ответственным исполнительным работником (служащий одного из промышленных предприятий), не отличавшимся религиозностью. Динамика психического состояния до и после пересадки сердца выглядела так. В течение 5 месяцев от момента согласия на операцию был адекватен. В психическом статусе отмечалась астеническая симптоматика. Пациент в силу особенностей своего характера (настойчивость, ответственность и др.) активно добивался направления на операцию по трансплан-тологии в лучшую клинику страны к известному хирургу. По его словам, “ни минуты не колебался, что это единственно правильное решение для сохранения жизни в условиях болезни сердца”. После того, как консультантами-хирургами было дано согласие на оперативное вмешательство и предполагалось лишь ожидание подходящего донорского сердца, психологическое состояние больного несколько изменилось. У него появились опасения возможных послеоперационных осложнений, результативности операции, которые однако не носили стойкого характера и рационализировались пациентом без использования транквилизирующих средств. В постоперационном периоде соматическое состояние больного соответствовало тяжести проведенной операции. Через несколько часов после выхода из наркоза в сознании больного возникла мысль: “Я наверное изменился, я стал другим”. Появление таких “назойливых” мыслей было для самого больного неожиданным и неприятным. Первое время он не мог точно сформулировать свои негативные представления о появившихся изменениях: “Думалось, что по-другому стал

чувствовать, прислушивался к работе нового сердца. Ожидал, что вдруг оно остановится, и все усилия пойдут насмарку, зряшными станут попытки возродить себя”. Периодически в момент ухудшения соматического состояния появлялись мысли о том, что напрасно он добивался операции, прикладывал к тому столько усилий. В те моменты был печален, настроение ухудшалось до степени депрессии. Не интересовался практически ничем, кроме собственного самочувствия, не проявлял радости при встрече с родственниками. Через два месяца после выписки из стационара, пристально следя за изменениями сердечного ритма, стал высказывать следующие предположения:

“Наверное, мне пересадили какое-то ненормальное сердце или, может быть, в этом сердце клубок неразрешенных проблем?.. скорее всего там неразделенная любовь” (больной располагал сведениями о том, что донорское сердце принадлежало 21-летнему суициденту). Он характеризовал переживаемые ощущения как “состояния психологического дискомфорта” и далее пояснял схематично: “сердце — это основной орган человека, в моей груди сердце молодого парня — кто же я такой?” В определенной степени больного стало смущать, что донор был человеком другой национальности. “Теперь я — гибрид”, — с грустью заявлял он. Через пять месяцев после операции пациент продолжал беспокоиться по поводу пересаженного чужого сердца. У него отмечались эпизоды депрессивно-деперсонализационного синдрома в рамках невротических расстройств, который был назван “синдромом чужого сердца”.

Х.Дейч выдвинул три постулата, описывающих эффективную адаптацию к хирургическому стрессу:

- эффективная адаптация предполагает восприятие сигналов тревоги, определенную степень ее ассимиляции, что дает, в конечном счете, возможность облегчения душевного состояния больного.

- для того, чтобы адаптация была эффективной, ее механизмы должны быть достаточно гибкими, что позволяло бы вносить необходимые

изменения в процесс интеграции тревоги во время антиципации хирургического стресса, а также в адаптацию к психологическим и физиологическим последствиям операции.

- для поддержания душевного равновесия в хирургической ситуации необходимой является не стабильность, а реактивность.

ТЕМА 12. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ (МДП).

1. Этиология и патогенез МДП.

2. Характеристика проявлений МДП

3. Специфика проявлений в разном возрасте.

1. Маниакально-депрессивный психоз – это заболевание, протекающее в форме депрессивных и маниакальных фаз, разделенных интермиссиями, то есть состояниями с полным исчезновением психических расстройств. Заболевание не приводит к изменениям личности и дефектам в интеллектуальной и эмоционально-волевой сфере, несмотря на многократные рецидивы.

Больные МДП составляют 3-5% всех госпитализируемых в психиатрические клиники. Женщины заболевают примерно в 2 раза чаще, чем мужчины. В стационар попадают больные только с выраженными формами (циклофрения). Возможны мягкие, ослабленные формы МДП (циклотимия).

За последние десять лет отмечается значительный рост стертых, латентных, лабирированных депрессий, где на первое место выступают соматические жалобы, утомляемость, болевые синдромы, бессонница ночью, сонливость днем (соматизированная депрессия). У подростков значительно чаще классических вариантов наблюдаются депрессии в форме психопатических эквивалентов с асоциальным поведением. В подобных случаях психологическое исследование может оказаться единственным методом, выявляющим депрессию.

2. Заболевание протекает в форме отдельно возникающих или сдвоенных фаз – маниакальной и депрессивной. Депрессивные фазы встречаются в несколько раз чаще. Выраженность расстройств колеблется от гипомании и циклотимической депрессии до тяжелых и сложных маниакальных и депрессивных синдромов. Продолжительность отдельных фаз колеблется от нескольких дней и недель до нескольких лет. В среднем фазы длятся от 2-3 до 5-6 месяцев, нередко в течение жизни возникает от 1 до 3 манифестных фазы. Болезнь может начинаться как независимо, так и в связи с экзогенной, психогенной, родами, чаще начинается в одно и то же время года (весной, осенью).

Депрессивная фаза характеризуется следующими симптомами:

- 1) подавленным настроением (депрессивный аффект);
- 2) заторможенностью мыслительных процессов (интеллектуальное торможение);
- 3) психомоторным и речевым торможением.

Для маниакальной фазы, в свою очередь, характерны следующие симптомы:

- 1) повышенное настроение (маниакальный аффект);
- 2) ускоренное протекание мыслительных процессов (интеллектуальное возбуждение);
- 3) психомоторное и речевое возбуждение.

Специфика течения болезни у детей, подростков и юношей

Проявления МДП возможны как в детском, так в подростковом и юношеском возрасте. Для каждого возраста характерны свои особенности.

3. До 10 лет при депрессивных состояниях наблюдаются вялость, медлительность, малоразговорчивость. Дети не радуются игрушкам, книгам. Они пассивны, растерянны, выглядят усталыми и нездоровыми. Жалуются на слабость, боли в животе, голове, ногах. У них снижается успеваемость, затрудняется общение, нарушается аппетит и сон.

При маниакальных состояниях наблюдается легкость в появлении веселости и смеха, дерзость в общении, повышенная инициативность,

отсутствие признаков усталости. Оживление детей доходит до неистовства, подвижность трудноуправляема.

Подростковый и юношеский возраст. Депрессивное состояние проявляется в заторможенности моторики и речи, снижении инициативы, в пассивности, утрате живости реакций, чувстве тоски, скуки, апатии, тревоги. Имеет место умственное притупление, забывчивость, склонность к самокопанию, заостренная чувствительность к отношению со стороны ровесников, угрюмо-дисфорические реакции; возможны суицидные мысли, попытки.

Симптомы маниакального состояния: расторможенность, развязанность, дурашливость, нереалистичность стремлений и действий. В поисках развлечений подростки допускают разные выходки, доходящие до дебоша. Ночами часто не спят, пишут стихи, тексты пьес и романов, которые не заканчивают, переходят к новому увлечению. При этом не отмечается связи их деятельности с реальными событиями в их жизни.

Патопсихологическое исследование для больных с МДП большей частью проводится для выявления глубины депрессии. Для этого используются личностные опросники, например ММРІ, тест Кетелла, шкалы Спилбергера, Тейлора, цветовой тест Люшера и др. Исследуют при МДП и динамику мышления. Для этого используют описанные выше тесты. В депрессивной фазе можно выявить выраженную замедленность темпа психической деятельности. В маниакальной фазе отмечается нецеленаправленность мышления, соскальзывание на путь случайных ассоциаций, “скачка идей”.

Возможно использование проективных методик: пиктограммы, несуществующее животное и др. Интерпретация этих тестов не входит в программу данного пособия. В случае затруднения в диагностике МДП и шизофрении необходимы исследования мышления. Отсутствие нарушения мышления по шизофреническому типу при наличии глубокой депрессии, замедленного темпа будет свидетельствовать о МДП.

ТЕМА 13. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ИНВОЛЮЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

1. Характеристика заболеваний.

2. Характеристика познавательных процессов при инволюционных заболеваниях ЦНС.

3. Дифференциальная диагностика.

В соответствии с международной классификацией болезней десятого пересмотра к органическим психическим расстройствам инволюционного периода причисляют деменции при атрофических процессах коры головного мозга — болезнях Альцгеймера, Пика, сосудистые деменции, а также психические расстройства различной степени выраженности. Наибольший интерес для клинической психологии представляют деменции, при которых обнаруживается достаточно большой набор нейропсихологических и патопсихологических симптомов.

БОЛЕЗНЬ ПИКА

Относительно редкая первичная дегенеративная деменция, возникает в ходе поражения лобных долей, в связи с чем симптомы расторможенного поведения могут проявляться на раннем этапе заболевания. Диагноз подтверждают с помощью аутопсии; КТ и МРТ могут выявить доминирующее поражение лобной доли.

БОЛЕЗНЬ КРЕЙТЦФЕЛЬДТА-ЯКОБА

Причиной этого стремительно прогрессирующего заболевания с проявлениями деменции считают медленный трансмиссивный вирус, хотя последние исследования указывают на возможное генетическое происхождение болезни. Первые проявления обычно возникают в возрасте 40-60 лет. Наиболее ранними симптомами заболевания могут быть неопределённые жалобы на соматическое состояние и необъяснимое чувство тревоги. Другие симптомы включают атаксию, экстрапирамидные симптомы,

хореоатетоз и дизартрию. Кроме того, наблюдаются пирамидные и экстрапирамидные параличи и парезы, миоклонии, эпилепти-формные припадки в сочетании с быстро прогрессирующей (от 9 мес до 2 лет) деменци-ей. Возможны эпизоды помрачения сознания с делирием, слуховыми галлюцинациями, кон-фабуляциями. Прогноз неблагоприятный. Смерть обычно наступает в течение 2 лет после установления диагноза. КТ позволяет выявить корковую и мозжечковую атрофию. На поздних стадиях наблюдают характерные изменения на ЭЭГ. Методы лечения болезни Крейтц-фельдта-Якоба не найдены.

БОЛЕЗНЬ ГЕНТИНГТОНА (ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ НАСЛЕДСТВЕННАЯ ХОРЕЯ, ХОРЕЯ ГЕНТИНГТОНА)

А. Определение. Заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования с высокой пенетрантностью (хромосома 4), проявляющаяся хореоатетодными движениями и деменцией. Если один из родителей страдает болезнью Гентингтона, риск развития этого заболевания у его детей составляет 50%.

Б. Диагностика. Заболевание обычно начинается в возрасте 30-50 лет (у пациентов, как правило, уже есть дети). Однако существует и так называемая ювенильная форма с началом заболевания до 20 лет (5% всех случаев). Хореиформные движения часто появляются в самом начале заболевания и, прогрессируя, со временем усугубляются. Деменция возникает на более поздних стадиях, как правило, с психотической симптоматикой. Обычно начальные проявления деменции члены семьи больного воспринимают как изменение его личности. Следует изучить семейный анамнез. В. Симптомы психических нарушений и осложнения.

1. Симптомы изменения личности — 25% случаев. Характеризуются психопатоподобными нарушениями: чрезмерной возбудимостью, взрывчатостью, ипохондричностью, истероподобной капризностью.

2. Шизофрениформные симптомы — 25% случаев. Эмоциональное притупление, возможны различные психотические синдромы, обычно

рудиментарные; малосисте-матизированные паранойяльные расстройства (в частности, бред ревности, экспансивные бредовые синдромы с навязчивыми идеями величия и всемогущества); галлюцинозы с преобладанием тактильных и висцеральных галлюцинаций, а также острые психотические эпизоды с беспорядочным психомоторным возбуждением.

3. Расстройства настроения — 50% случаев. Начинаются с аффективных изменений, возможны реактивные состояния с истерической или псевдодементной окраской, депрессивные синдромы с мрачно-угрюмым, дисфорическим оттенком аффекта или апатией.

4. В 25% случаев болезнь начинается с внезапной деменции.

5. У 90% пациентов развивается деменция.

Эпидемиология. Заболеваемость составляет 2-6 случаев на 100 000 населения. Более 1000 случаев хореи Гентингтона было отмечено у потомков двух братьев, эмигрировавших в Лонг-Айленд (штат Нью-Йорк) из Англии. У мужчин и женщин заболевание встречается с одинаковой частотой.

Патофизиологические нарушения. Атрофия тканей головного мозга с обширным поражением базальных ганглиев, в частности хвостатого ядра.

Дифференциальная диагностика. Хореиформные движения, как правило, сначала принимают за незначительные спазмы или тики. У 75% пациентов с болезнью Гентингтона ошибочно диагностируют другие психические заболевания. Болезнь Гентингтона отличают от ДБА высокая частота развития депрессии и психозов и классические хорео-атетоидные двигательные расстройства.

Течение и прогноз. Течение медленно прогрессирующее; смерть наступает через 15-25 лет. Часты самоубийства.

БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА (ДРОЖАТЕЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ)

Идиопатическое нарушение моторики, обычно возникающее в позднем возрасте, сопровождается брадикинезией, тремором в состоянии покоя или при принятии определённой позы, тремором в виде катания шарика, маскообразным выражением лица, мышечной ригидностью по типу

зубчатого колеса и шаркающей походкой. В отечественной психиатрии болезнь Паркинсона определяют как атрофическое заболевание головного мозга, манифестирующее в позднем возрасте, проявляющееся в основном экстрапирамидными расстройствами и психическими нарушениями.

Часто нарушена интеллектуальная деятельность, у 40-80% пациентов развивается деменция. Начинается с характерологических сдвигов: повышенной раздражительности, периодической возбудимости или апатичности, эгоцентризма, назойливости, подозрительности, кверулянтских (постоянные жалобы и недовольство окружающим) тенденций. На поздних стадиях развивается мнестико-интеллектуальный дефект (снижение памяти и интеллекта, замедление мышления на фоне лёгкой эйфории). Очень часто развивается депрессия.

. Эпидемиология. В Западной полушарии частота заболеваемости паркинсонизмом составляет 200 случаев на 100 000 жителей.

Этиология. Неизвестна в большинстве случаев. У больных обнаруживают атрофию клеток чёрной субстанции, снижение содержания дофамина в ней и дегенерацию дофа-минергических нейронов. Паркинсонизм может быть вызван повторной черепно-мозговой травмой и воздействием примеси нелегально производимого неочищенного синтетического героина, N-метил-4-фенил-1,2,3,6 тетрагидропиридина.

Внимание. В первую очередь при деменциях, возникающих как до так и после 65 лет, страдает активное внимание. Больные не могут сосредоточиваться на какой-либо деятельности, они рассеянны, быстро отвлекаются. Таким образом, страдает концентрация внимания, объем и распределение внимания.

Память. Наиболее типичными для деменций считаются мнестические нарушения. Поданным В.М.Блейхера кривая запоминания носит характер плато — пациент называет после каждого повторения не более 2-3 слов из прочитанных 10. Ярким клиническим феноменом выступает фиксационная амнезия. При этом нарушения (снижение) памяти следует закону Рибо.

Мышление. Типичным является снижение уровня обобщения. Наиболее частыми проявлениями являются расстройства речи. В зависимости от вида деменций речь нарушается по-разному. При болезни Пика типичными считаются так называемые стоячие обороты— стереотипно повторяемые больным слова, обрывки фраз (симптом граммафонной пластинки).

3. Дифференциальная диагностика.

При болезни Альцгеймера отмечается семантическая афазия.

Дифференциально-диагностические критерии деменции при болезнях Альцгеймера и Пика, разработанные В.М.Блейхером, представлены в таблице

Деменция, обусловленная цереброваскулярным заболеванием. Наиболее частые сосудистые заболевания головного мозга, приводящие к сосудистой деменции, — церебральный атеросклероз и гипертоническая болезнь, реже — облитерирующий тромбангиит. Деменция обычно прогрессирует постепенно, с каждым последующим инфарктом тканей головного мозга. Пациенты могут указать конкретный момент, когда их состояние ухудшается, после чего на несколько дней до возникновения следующего инфаркта наступает некоторое улучшение. Обычно возникают неврологические симптомы. Когнитивные нарушения могут быть фрагментарными с частичной сохранностью познавательных способностей. Прогрессирующие множественные когнитивные нарушения со следующими проявлениями:

1. Нарушение памяти (способности усваивать новую информацию и воспроизводить ранее приобретённую)
2. Одно или более из следующих когнитивных нарушений:
 - а. Афазия
 - б. Апраксия
 - в. Агнозия
 - г. Нарушение интегративной и исполнительной функций

ТЕМА 14. ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДОЛОГИИ.

1.Определение проблемы аутоагрессивного поведения.

2.Виды суицидального поведения.

3. Типология суицидентов.

1.Аутоагрессивное поведение в отличие от агрессивного направлено на причинения вреда самому человеку, а не его окружению (хотя существует инфантильная разновидность аутоагрессии, сочетающейся с желанием подобным нетрадиционным образом оказать вредоносного воздействие на близкое окружение). Доминирующим видом аутоагрессии является физическая агрессия, хотя можно условно говорить и об аутоагрессии, к примеру, в виде вербального самоуничижающего и самообвиняющего поведения, проявляющегося в преподнесении себя окружающим в невыгодном свете, самооскорблении и обзывании себя бранными словами, сравнении себя с “низменным, ничтожным, никчемным” существом.

Аутоагрессивное поведение проявляется в двух формах: **самоубийстве (суицидальном поведении) и самовреждении (парасуицидальном поведении).**

2.Под суицидальным поведением понимается намеренное стремление человека к смерти. Оно может быть обусловлено формированием внутрилично-стного конфликта под воздействием внешних ситуационных факторов или в связи с появлением психопатологических расстройств, вызывающих стремление к лишению себя жизни без реального воздействия внешних ситуационных факторов. Если при первом варианте побуждение к суициду чаще всего осознано, осмыслено и произвольно, то при втором возможно нарушение осознания и понимания смысла собственных намерений и действий, а также утрата произвольности. Так, при синдроме психического автоматизма в рамках шизофрении суицидальное поведение может быть обусловлено ощущением воздействия неконтролируемой силы, толкающей человека на то или иное насильственное действие в отношении себя.

Различают (Durkheim) три типа *суицидального поведения*: 1) “анемическое”, связанное с кризисными ситуациями в жизни, личными трагедиями; 2) “альтруистическое”, совершаемое ради блага других людей и 3) “эгоистическое”, обусловленное конфликтом, формирующимся в связи с неприемлемостью для конкретного индивида социальных требований, норм поведения, навязываемых обществом человеку.

Анемическое суицидальное поведение наиболее часто встречается у психически здоровых людей как реакция личности на непреодолимые жизненные трудности и фрустрирующие события. Следует иметь в виду, что сам по себе суицидальный акт не может указывать на наличие или отсутствие у человека психических расстройств. Данный вид поведения следует рассматривать как способ психологического реагирования, избранный человеком в зависимости от ценности и значимости происшедшего события. Возможно *адекватное реагирование* в условиях тяжелого и сверхзначимого раздражителя — события, преодоление которого затруднено или невозможно для личности в силу нравственных установок, некоторых физических проявлений и *неадекватное реагирование*, при котором выбранная суицидальная реакция явно не соответствует стимулу.

Анемический тип суицидального поведения возможен и в случаях, когда жизнь ставит перед человеком мировоззренческую или нравственную проблему выбора того или иного поступка, которую он не в силах разрешить, выбирая уход из жизни. Человек может быть поставлен в условия выбора совершения аморального поступка или действия, которое ему претит в силу эстетических приоритетов, и лишения себя жизни. Решение данной проблемы зависит от личностных качеств индивида, ситуации, а также его психического состояния в конкретный период времени.

Альтруистический тип суицидального поведения также вытекает из личностной структуры индивида, когда благо людей, общества и государства ставится им выше собственного блага и даже жизни. Данный тип встречается у людей, ориентированных на высокие идеи, живущих общественными

интересами и не рассматривающих собственную жизнь в отрыве от окружающих людей и общества. Альтруистические суициды совершаются как психически здоровыми, осознающими реальный смысл происходящего, так и психически больными лицами, находящимися, к примеру, в состоянии религиозного иступления или уходящими из жизни по бредовым мотивам “всеобщего блага”.

Эгоистический тип суицидального поведения возникает как ответ на завышенные требования со стороны окружающих, предъявляемые к поведению индивида. Таким человеком, реалистичные нормативы и принуждение выбора соответствующего типа поведения начинает восприниматься как угроза самостоятельности и экзистенциальности. Он принимает решение о расставании с жизнью по причине неуместности его существования в условиях давления и контроля со стороны как близких, так и общества в целом. Суицидальное поведение является в данном случае не реакцией на критическое положение, а позицией по отношению к окружающему миру. Нередко оно встречается у лиц с патологией характера (акцентуациями и расстройствами личности), чувствующих одиночество, отчужденность, непонимание и свою невостребованность.

Выделяется достаточно большое количество способов самоубийств:

- самоповешение
- самоудавление
- самоутопление
- самоотравление
- самосожжение
- самоубийство с помощью колющих и режущих предметов
- самоубийство с помощью огнестрельного оружия
- самоубийство с помощью электрического тока
- самоубийство с помощью использования движущегося транспорта или движущихся частей механизмов
- самоубийство при падении с высоты

- самоубийство с помощью прекращения приема пищи
- самоубийство переохлаждением или перегревом

3. Выбор способа самоубийства зависит от социальных, культурно-исторических, религиозных, эстетических, ситуационных моментов и индивидуально-психологических особенностей человека. Нередко традиции могут подвигать индивида к тем или иным приоритетам при выборе способа ухода из жизни, например, японский самурай мужественно делал себе харакири, влюбленные романтично бросались с моста, офицер с честью стрелял в себя, ревнивец вешался. Культурологический и этнопсихологический аспект находит отражение в факте не одинаковой распространенности аутоагрессивного суицидального поведения в различных регионах мира. Считается, что выбор способа суицида обуславливается в большей степени эстетическими понятиями человека. По мнению Л.З.Трегубова и Ю.Р.Вагина, имеется три основных эстетических параметра выбора способа суицидальных действий:

1. При прочих равных условиях человек стремится выбрать тот способ самоубийства, который наиболее соответствует его понятиям о чести и красоте; приемлемости и допустимости того или иного способа самоубийства в данной социальной среде.

2. При прочих равных условиях человек стремится выбрать тот способ, который, по его мнению, ведет к наименьшему обезображиванию тела.

3. При прочих равных условиях человек всегда считается с тем, какие эстетические переживания вызовет вид его тела у окружающих.

Наряду с эстетическими критериями при выборе способа аутоагрессии, нередко значимым является болезненность или безболезненность предполагаемого действия. Человек с парасуицидальными намерениями может стремиться избежать интенсивного болевого раздражителя, тогда как для индивида с истинным намерением покончить жизнь самоубийством характер боли может не быть существенным.

Парасуицидальные попытки совершаются, как правило, с целью вывода себя из состояния бесчувствия, безрадостности, безэмоциональности путем испытания острых аффективно-шоковых переживаний. Для этого используются какие-либо рискованные и опасные для жизни действия: удушение до степени появления первых признаков измененного состояния сознания; хождение над обрывом или по краю пропасти, балкона, подоконника, перилам моста; игра с заряженным боевыми и холостыми патронами пистолетом на “испытание судьбы”; прижигание или надрезание кожи и иные болевые воздействия; демонстрация окружающим решимости совершить суицидальный поступок с садомазохистическими стремлениями и получением удовлетворения при доведении окружающих до состояния иступления.

Особую группу аутоагрессивного поведения составляют психически больные, выбор поведения которых обусловлен психопатологическими особенностями имеющихся нарушений. Наиболее опасными с точки зрения суицидального и парасуицидального поведения считаются следующие психопатологические синдромы: *депрессивный, ипохондрический, дисморфоманический, вербального галлюци-ноза, паранойяльный и параноидный*. Суицидальные мысли, намерения и действия являются типичными для депрессивного синдрома как психотического, так и непсихотического уровня. Снижение настроения сопровождается занижением самооценки, появлением идей о нежелании жить, невозможности справиться с “душевной болью” и проблемами. Пациент склонен к интрапунитивному реагированию, обвинению себя во всех бедах, самоуничтожению и оскорблению себя. При тоскливом варианте депрессивного синдрома решение лишиться себя жизни хорошо спланировано и выстрадано пациентом. При тревожно-депрессивном больной принимает решение на высоте тревоги, беспокойства и агитации. Наиболее тяжелым вариантом депрессии считается депрессивно-ипохондрический (нигилистический) синдром Котара, при котором подавленное настроение

сочетается с бредовыми идеями отрицания собственного тела или отдельных его органов и частей, с убеждением, что окружающий мир по вине больного погиб и исчез. Ипохондрический синдром с доминированием бредовых или сверхценных идей о наличии у человека неизлечимого заболевания часто приводит к формированию стремления уйти самостоятельно из жизни. При дисморфоманическом синдроме источником подобного решения становится ложная убежденность в наличии у человека уродств, заметных окружающим и осуждаемых ими. Пациент пытается покончить жизнь самоубийством вследствие того, что испытывает глубокие переживания из-за того, что окружающие люди якобы обращают на него внимание, подсмеиваются, “не дают проходу”, распускают сплетни, и он не может показываться в обществе. Галлюцинаторные (чаще вербальные) образы могут провоцировать аутоагрессивное поведение в силу двух причин: во-первых, вследствие того, что становятся “невыносимыми” поскольку не прекращаются ни на минуты в течение суток, недель, месяцев; во-вторых, из-за того, что “голоса” могут открыто и прямо приказать пациенту совершить самоубийство, обвинив его в каких-либо проступках.

Специфичную группу составляют лица, совершающие аутоагрессивные групповые и массовые акты по религиозным соображениям. Их мотив растворяется в общегрупповом мотиве — принести себя в жертву, совершить самоубийство ради какой-то общей цели и высокой идеи. Подобное поведение наблюдается, как правило, при аддиктивном поведении в виде религиозного фанатизма и совершается под влиянием повышенной внушаемости людей, включенных в эмоционально значимые групповые и коллективные взаимодействия.

2.4. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Принципы организации психиатрической помощи. В России..
2. Особенности формирования психики в филогенезе и онтогенезе.
3. Закономерности формирования психомоторики, влечений.
4. Различия восприятий и представлений.
5. Онтогенез памяти и мышления
 - а/ структурные элементы мышления
 - б/ воображение
6. Приёмы исследования памяти и мышления у детей.
7. Эмоция. Развитие эмоций.
8. Развитие сознания (период бодрствования сознания, предметное сознание, самосознание).
9. Воля. Особенности волевых процессов у детей (упрямство, капризы, негативизм).
10. Основные формы инфекционных заболеваний (нейроинфекция, нейроревматизм, малая хорея, нейросифилис, эпидемический энцефалит).
11. Виды профилактики (первичная, вторичная, третичная).
12. Санитарно – просветительская работа среди студентов Вузов.
13. Общественные организации самопомощи для граждан имеющих наркотическую зависимость.
14. Фрустрация.
15. Депривация.
16. Тики у детей.
17. Логоневроз.
18. Нервная анорексия.
19. Энурез.

2.5 ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

1. Реферат по данному курсу является одним из методов организации самостоятельной работы студентов.
2. Темы рефератов являются дополнительным материалом для изучения данной дисциплины.
3. Реферат является допуском к экзамену.
4. Реферат должен быть подготовлен согласно теме, предложенной преподавателем. Допускается самостоятельный выбор темы реферата, но по согласованию с преподавателем.
5. Объем реферата – не менее 10 страниц формата А4.
6. Реферат должен иметь:
 - титульный лист, оформленный согласно «Стандарта предприятия»;
 - содержание;
 - текст должен быть разбит на разделы согласно содержания;
 - заключение;
 - список литературы не менее 5 источников.
7. Обсуждение тем рефератов проводится на тех семинарских занятиях, по которым они распределены. Это является обязательным требованием. В случае не представления реферата согласно установленного графика (без уважительной причины), студент обязан подготовить новый реферат.
8. Информация по реферату должна не превышать 10 минут. Выступающий должен подготовить краткие выводы по теме реферата для конспектирования студентов.
9. Сдача реферата преподавателю обязательна

2.6. Вопросы для подготовки к зачету по курсу «Психопатология».

1. Эпилепсия. Симптоматика, течение. Виды припадков.
2. Изменение личности при эпилепсии
3. Черепно-мозговые травмы. Формы и степени тяжести. Симптоматика, течение.
4. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга.
5. Формы неврозов. Причины их возникновения. Течение. Прогноз.
6. Реактивные психозы. Причины возникновения. Течение. Исход.
7. Острые реактивные психозы (аффективно-шоковые). Симптоматика, течение, исход. Мероприятия при оказании помощи.
8. Маниакально-депрессивный психоз. Причины возникновения. Течение. Исход.
9. Шизофрения. Причины возникновения. Течение. Исход.
10. Олигофрения. Причины возникновения. Симптоматика, течение, прогноз. Реабилитационные мероприятия.
11. Наркомания. Виды наркомании: гашишная, опийная, эфедроновая, барбитуратовая. Симптоматика, течение, исход. Диагностика опьянение при употреблении конопли, опия, эфедрона.
12. Токсикомания, ее распространенность. Симптоматика, течение, исход.
13. Алкоголизм, алкогольные психозы. Острое алкогольное опьянение. Симптомы опьянения. Патологическое опьянение.
14. Алкоголизм, симптомы заболевания. Особенности течения алкоголизма у людей, перенесших черепно-мозговую травму. Алкогольные психозы как осложнение алкоголизма. Течение психозов, прогноз. Профилактика алкоголизма

2.7. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ

Оценка степени усвоения обучаемыми знаний в соответствии с требованиями программы осуществляется в пятом семестре в виде зачета-незачета.

Зачет по курсу ставится, если студент знает основной материал по данному курсу, демонстрирует понимание изученного, умеет применять знания с целью решения практических задач.

Незачет по курсу ставится, если студент демонстрирует отсутствие понимания изученного, отсутствие самостоятельности суждений, отсутствие убежденности в излагаемом материале, отсутствие систематизации и глубины знаний.

3. Учебно-методические материалы по дисциплине

Рекомендуемая литература

Основная литература

1. Зейгарник В.М. Патопсихология. М., 2001.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М.: "МЕДпресс", 2001.
3. Гройсман М.Ю. Клиническая психология, психосоматика, психопрофилактика. М.2003
4. Яньшин С.В. Практикум по клинической психологии. Спб.2004
5. П.И. Сидоров, А.В. Парняков. Введение в клиническую психологию. Екатеринбург, 2004.
6. Бухановский, А.О. Общая психопатология . - Ростов н/Д : Феникс, 1998. - 416с. с.
7. Марилов, В.В. Общая психопатология М., 2002.
8. Психопатология детского возраста: Хрестоматия: Учеб. пособие / Сост. А.Ю. Егоров, Сост. Е.С. Иванов, Сост. Д.Н. Исаев. - СПб., 2002.
9. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология. Спб.2002
10. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. Ростов – на- Дону ,2000

Дополнительная литература

1. Лазовскис И.Р. Справочник клинических симптомов и синдромов, 1981
2. Рыбальский М.И. Иллюзии и галлюцинации, 1983
3. Волков П.П. Системный подход и психиатрия, 1976

4. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.,1986
5. Семке В.Я. Истерические состояния, 1988
6. Лакосина Н. Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология, 1984
7. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния. Киев,1986.
8. Зейгарник Б.В. Патопсихология. 1976.
9. Александровский Глазами психиатра. 1976.
- 10.Бехтерева Н.П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. 1971.
- 11.Кабанов М.М., Личко А.Е.,Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике 1983.
- 12.Снежневский А.В. Руководство по психиатрии, том.1,2, 1983.
- 13.Конечный Р., Боухан М. Психология в медицине. 2000.
- 14.Петровский Б.В. Деонтология в медицине 1987.
15. Ковалев, В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков - М. : Медицина, 1987.
16. Ясперс, Карл. Общая психопатология. - М., 1997.
- 17.Захарова А.И.Неврозы у детей психотерапия. СПб.2000
18. Пуховский, Н.Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций - М. , 2000.
- 19.Личко А.Е.Психопатии и акцентуации характера у детей и подростков.М.1987