

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

**ПСИХИАТРИЯ**  
**сборник учебно-методических материалов**  
для специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Благовещенск, 2017

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

*Составители: Казакул И.Г., Смирнова С.В.*

Психиатрия: сборник учебно-методических материалов для специальности 37.05.01 Клиническая психология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. – 48 с.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

© Казакул И.Г., Смирнова С.В., составление

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	41
3. Методические указания для самостоятельной работы студентов	46

## 1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

### Тема 1. Теоретические и организационные основы психиатрии.

Основные этапы развития и основные направления в психиатрии. Отношение к психически больным в различные исторические эпохи. Организация психиатрической помощи. Основные положения законодательства о психиатрии. Показания к госпитализации психически больных. Амбулаторная психиатрическая помощь. Диспансерное наблюдение, его задачи. Методы реадaptации и реабилитации психически больных.

Выделяются следующие этапы развития психиатрии (по Ю.Каннабиху).

1. Донаучный период – с древнейших времен до появления античной медицины. Происходит бессистемное накопление наблюдений, которые фиксируются в образной форме, в мифологии. Человек наделял окружающие предметы и явления душой – анимизм. Смерть и сон – первобытным человеком идентифицировались. Считалось, что во сне душа выходит из тела, бродит, видит разные события, участвует в них – это человек видит во сне. Если душа отлучалась и не возвращалась – человек умирал.

2. Древняя греко-римская медицина (от 7 века до нашей эры до 3 века нашей эры). Душевные болезни рассматриваются как естественные явления, требующие естественных мер. Магически-религиозное понимание болезней сменяется метафизическим и, частично, научно-реалистическим. Преобладающим становится соматоцентризм, исходя из которого Гиппократ понимал истерию как болезнь матки, а депрессию (меланхолию) – как застой желчи. Согласно представлениям Платона и Аристотеля от души идет как доброе, так и злое, что может оказывать влияние на человека, в целом.

3. Средние века – регресс человеческой мысли, мистика и схоластика. Происходит возвращение практической медицины к анимистическому, религиозно-мистическому подходам. Преобладали демонические представления о душевных болезнях.

4. Эпоха возрождения – расцвет научной мысли. В 17 веке, Ф.Платтер предлагает первую систематику психических болезней (23 вида болезней в 4 классах). Прароботом общей психопатологии становится классификация К.Линнея «Роды болезней» (3 вида психической патологии – 1.болезни рассудка, 2.воображения и 3.аффектов и влечений).

Французский врач Филипп Пинель (1745–1826) возглавил движение за ограничение мер стеснения психически больных - первым сняв с душевнобольных цепи, а в области терапии предложил «моральное лечение» душевнобольных. Также разработал классификацию психических болезней, выделив 4 типа безумия: 1)меланхолию, 2)манию, 3)деменцию, 4)идиотию,

5. Вторая половина 1X века – 1890 г. В этот период происходит интенсивное развитие клинического направления в психиатрии. Осуществляется систематизация клинических наблюдений, развивается симптоматологическая психиатрия, идет описание симптомокомплексов. Развивая гуманистическую традицию в психиатрии, английский врач Конолли – стремился к полному отказу от механического ограничения больных.

Французская школа. Жан Этьен Эскироль (1772-1840) дал классическое описание галлюцинаций и «мономании» (в современном контексте – паранойяльное бредообразование), отметил роль эмоций в развитии психических расстройств. Жан-Пьер Фальре (Falret J.P., 1854) – выделил «циркулярное помешательство» (foliecirculaire). Жак-Жозеф-Валантен Маньян (ValentinMagnan) (1835 – 1916), дает последовательное описание клиники хронического параноидного помешательства.

Немецкая школа. Вильгельм Гризингер (1817–1868), создатель первого фундаментального руководства по психиатрии «PathologyandTherapyofMentalDiseases» (1845). Основное значение в развитии психических расстройств Гризингер придавал патологическим изменениям в ЦНС. В 1880 г. Карл Людвиг Кальбаум (KarlLudwigKahlbaum) (1828 – 1899), немецкий врач-психиатр, выделяет кататонический симптомокомплекс. В 1881 г. его ученик, бельгийский психиатр, Эвальд Геккер описывает гебефрению.

6. Нозологический этап.

Первые попытки выделения отдельных психических расстройств принадлежат Жан-Пьеру Фальре – «циркулярное помешательство» (foliecirculaire), далее Антуан Бейль (1826) описал психиатрическую симптоматику «общего пареза» – сифилитического поражения ЦНС – прогрессивного паралича. В 1887 году С.С.Корсаков, выделил как отдельную форму, установил этиологический фактор и патогенез, дал подробное описание клинической картины «алкогольного полиневритического психоза», впоследствии названного - болезнью Корсакова.

В Древней Спарте нередко психически больных заковывали в специальные колодки, обрекая на жалкую жизнь за счет скупых подаваний. В Древнем Риме были сделаны попытки подойти к этим больным с медицинской точки зрения, но если на уровне теории это привело к первым попыткам изучения, наблюдения, систематизации расстройств, то на практике улучшения не произошло.

Возникновение христианства – религии смирения и любви, ничего не улучшило в судьбе психически больных. Ведущей концепцией генеза заболеваний стали идеи бесоудержимости и злонамеренного колдовства. Основные меры: стеснение, содержание взаперти, нередко изолированное от взаимодействия с людьми, а для спокойных больных – несколько более мягкая участь в виде нищенства, лишения имущественных и других гражданских прав, жизни при монастырях.

К XV веку постепенно возникают специализированные заведения для содержания больных, но это достижение было полностью зачеркнуто знаменитыми Буллой папы Иннокентия VIII и «Молотом ведьм», изданным в 1487 году. Тысячи больных, особенно женщин, с депрессиями (которым нередко сопутствовали идеи собственной виновности и греховности), параноидными расстройствами (и бредом преследования), психотическими состояниями (и необычным поведением, сразу интерпретируемым как одержимость дьяволом) были сожжены на кострах.

В XVIII веке в крупных городах Европы существовали учреждения, профиль которых достаточно трудно обозначить. Это было нечто среднее между тюрьмой, психиатрической лечебницей и интернатом для больных хроническими психическими расстройствами.

Отношение к помешанным, как к больным людям, начинает устанавливаться почти одновременно во Франции и Англии только в конце XVIII в. Первым совершил эту реформу революцию в психиатрии французский врач Филипп Пинель, который в 1793 г. снял цепи с больных в парижской государственной больнице Бисетр. Его реформа психиатрии оказалась воплощением врачебного патернализма. Пинель сравнивает своих пациентов с детьми, а созданный им тип психиатрической больницы с семьей. С утверждением патерналистских взаимоотношений врача и психически больного связано, во-первых, самоопределение психиатрии как самостоятельной медицинской дисциплины, а во-вторых, формирование отношения общества к «помешанным» как к больным людям.

Продолжением линии на гуманизацию психиатрии и развитие патернализма стали возникшие в странах Европы дома семейного призрения психически больных. Обычно туда помещались больные, которые не требовали постоянного контроля над своим поведением и усиленного лечения.

В XX веке произошли значительные организационные изменения психиатрической службы. Так, по мере становления национальных министерств здравоохранения, вопросы экономического плана, оценки эффективности медицинских учреждений из теоретических становятся практическими. Поэтому уже в 30-е годы можно увидеть попытки построения внебольничной системы помощи психически больным, и эти формы помощи стали наиболее активно развиваемыми.

Организация психиатрической помощи в Российской Федерации осуществляется в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». Данный закон вступил в действие с 1 января 1993г. Цель закона – правовое регулирование деятельности психиатрической службы и правовое положение граждан, страдающих психическими расстройствами.

Психиатрическая помощь гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности; она оказывается при добровольном обращении гражданина или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных законом. Регламентируется необходимость получения согласия лица, страдающего психическим расстройством, на лечение, за исключением случаев применения мер принудительного характера по постановлению суда и недобровольной госпитализации. Законом определены учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь, а также права и обязанности медицинских работников. Указывается, что установление диагноза психической болезни, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке являются исключительным правом врача-психиатра. Определяется независимость врача-психиатра при решении вопросов оказания психиатрической помощи. Определены виды психиатрической помощи и порядок её оказания. Предусматривается, что амбулаторная психиатрическая помощь оказывается в виде консультативно-лечебной при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, или в виде диспансерного наблюдения, устанавливаемого независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья больного путём регулярных осмотров.

Законом регламентированы недобровольные виды оказания психиатрической помощи, к которым относят психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя, а также госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Основными звеньями психиатрической помощи являются психоневрологический диспансер и психиатрическая больница, как правило, прикрепленная к диспансеру по территориальному признаку.

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

Структура психоневрологического диспансера включает: а) лечебно-профилактическое отделение; б) экспертное отделение; в) отделение социально-трудовой помощи; г) лечебно-трудовые мастерские; д) дневной стационар; е) учетно-статистический кабинет; ж) детское и подростковое отделения; з) логопедический кабинет.

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

В диспансере проводятся различные формы амбулаторной психиатрической экспертизы: а) трудовая экспертиза (КЭЖ и МСЭЖ); б) военно-психиатрическая экспертиза; в) судебно-психиатрическая экспертиза

Структура психиатрической больницы включает: 1) приёмное отделение; 2) общие психиатрические отделения для мужчин и женщин; 3) специализированные отделения (геронтопсихиатрические, детские, судебно-психиатрические, наркологические).

Показания для госпитализации: а) острое психическое заболевание или обострение хронического психического заболевания, требующие стационарного лечения; б) опасность психически больного для окружающих или для самого себя; в) проведение стационарной экспертизы (трудовой, военной, судебно-психиатрической).

Задачи диспансеризации: 1) оценка состояния здоровья человека при ежегодных осмотрах; 2) дифференцированное наблюдение за здоровыми лицами, имеющими факторы

риска, и больными; 3) выявление и устранение причин, вызывающих заболевание зубов, борьба с вредными привычками; 4) своевременное и активное проведение лечебно-оздоровительных мероприятий; 5) повышение качества и эффективности медицинской помощи населению путем взаимосвязи и преемственности в работе всех типов учреждений, широкое участие врачей различных специальностей, внедрение новых организационных форм, технического обеспечения, создание автоматизированных систем для осмотров населения с разработкой специальных программ.

Основой всех реабилитационных мероприятий, всех методов воздействия является апелляция к личности больного. Реабилитация представляет собой одновременно цель — восстановление или сохранение статуса личности, процесс и метод подхода к больному человеку.

Социореабилитационные мероприятия должны осуществляться поэтапно: 1) восстановительная терапия предотвращение формирования дефекта личности; 2) реадaptация различные психосоциальные воздействия на больного; 3) возможно более полное восстановление прав больного в обществе, создание оптимальных отношений его с окружающими, оказание помощи в бытовом и трудовом устройстве.

## **Тема 2. Вопросы диспансеризации, трудовой, судебной и военной экспертизы.**

Вопросы трудовой, судебной и военной экспертизы. Временная и стойкая нетрудоспособность при психических заболеваниях. Условия установления инвалидности, организация работы специализированной МСЭК, порядок направления и освидетельствования. Клинические критерии определения степени снижения трудоспособности (групп инвалидности). Ответственность душевнобольных за совершение противоправных действий. Критерии вменяемости и невменяемости. Организация судебной экспертизы. Проведение военной психиатрической экспертизы.

В диспансере проводятся различные формы амбулаторной психиатрической экспертизы:

а) Трудовая экспертиза (КЭК и МСЭК). Если больной по состоянию здоровья нуждается в некотором облегчении условий труда (освобождение от работы в ночную смену, дополнительных нагрузок, командировок и др.) или в переводе на другую работу с использованием прежней квалификации и сохранением зарплаты, такие заключения даются КЭК диспансера. При наличии стойкой утраты трудоспособности, когда психические нарушения, несмотря на активное лечение, приобретают длительный затяжной характер и препятствуют выполнению профессионального труда, больной направляется на МСЭК, которая определяет степень утраты трудоспособности и причину инвалидности (в зависимости от тяжести психического состояния, типа дефекта психики и уровня сохранившихся компенсаторных возможностей).

б) Военно-психиатрическая экспертиза определяет годность к военной службе гражданских лиц, призываемых на действительную военную службу, и военнослужащих, если в процессе медицинского наблюдения за ними обнаружены такие нарушения в состоянии их психического здоровья, которые могут явиться препятствием для пребывания в Вооруженных Силах. Вопрос о годности к воинской службе решается в соответствии со специальным расписанием болезней и физических недостатков, утвержденным приказом МО СССР.

в) Судебно-психиатрическая экспертиза решает вопрос о вменяемости или невменяемости психически больных при совершении ими уголовно наказуемых деяний, а также определяет дееспособность. Критерии вменяемости: 1) Медицинский - наличие хронической психической болезни или временного расстройства психической деятельности; 2) Юридический - неспособность в силу болезненного состояния отдавать себе отчет в совершаемых действиях или руководить ими.

Экспертиза временной нетрудоспособности производится лечащими врачами, которые единолично выдают гражданам листки нетрудоспособности сроком на 30 дней, а на больший срок – врачебной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения. Медицинская КЭК (контрольно-экспертная комиссия) в психоневрологическом диспансере или

психиатрической больнице решает вопрос о длительности временной нетрудоспособности, которая отражается в предоставляемом больному листке нетрудоспособности. Если продолжительность лечения продолжается свыше четырех месяцев, встает вопрос о переводе больного на инвалидность. В случаях, когда есть основания рассчитывать на благоприятный исход психического расстройства с выходом в хорошую ремиссию больничный лист может быть продлен до 10 месяцев.

При экспертизе временной нетрудоспособности определяется необходимость и сроки временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принимается решение о направлении гражданина на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК), в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности. Медико-социальная экспертиза устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан, определяет виды, объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан.

Основным критерием для определения группы инвалидности является остаточная степень трудоспособности. В соответствии с этим 3-я и 2-я имеют три градации, а 1-я только одну, поскольку инвалид 1-й группы признается нетрудоспособным. МСЭК производится учреждениями медико-социальной экспертизы системы социальной защиты населения. Рекомендации МСЭК по трудоустройству граждан являются обязательными для администрации предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности.

Условиями признания гражданина инвалидом являются: а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами; б) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью); в) необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Наличие одного из этих признаков не является условием, достаточным при признании лица инвалидом.

Порядок направления больных на МРЭК. При появлении признаков инвалидности у больного в любом сроке от начала заболевания, а также при длительной ВН (120 календарных дней от начала временной нетрудоспособности при непрерывном течении заболевания или 150 дней при двух и более случаях обострений одного либо родственных заболеваний за последние 12 календарных месяцев) врачебно-консультационная комиссия (ВКК) лечебно-профилактической организации направляет больного на МРЭК. При этом оформляется «Направление на МРЭК» (ф. 088/у), которое заполняется леч врачом, утверждается ВКК, а при ее отсутствии — главным врачом ЛПО. В этот документ заносятся паспортные данные о больном, описывается история настоящего заболевания, указывается частота и длительность ВН за последние 12 месяцев, отражаются изменения в профессии или усл работы за посл год, а также вносятся данные осмотра больного врачами и результаты лаб и инструм исследований. На основании данных изучения мед док и осмотра больного на ВКК формулируется диагноз и указывается основание для его направл на МРЭК (наличие признаков инвалидности, переосвидет, досрочное переосвидет, необх-ть продления ЛН). Направление подписывается председателем ВКК и ее членами, заверяется печатью ВКК.

В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а лицу в возрасте до 18 лет - категория "ребенок - инвалид".

При проведении МСЭ проводится комплексная оценка по следующим направлениями: 1) клиническую форму основных и сопутствующих заболевания; 2) осложнения; 3) стадии патологического процесса; 4) течение заболевания; 5) характер нарушения функций; 6) степень нарушения функций; 7) клинический прогноз (благоприятный, неблагоприятный, сомнительный); 8) психологическую диагностику; 9) социальную диагностику.



Оценка социально-бытового статуса, профессионально-трудового и социально-бытового статусов: семейное положение, жилищно-бытовые условия, материальное положение, социально-бытовые взаимоотношения, возможность выполнения бытовой деятельности и её зависимость от технических и бытовых средств.

Оценка профессионально-трудового статуса; уровень образования (общего и профессионального), основная профессия и квалификация, профессиональный маршрут и стаж, соответствие психофизиологических требований, предъявляемых профессией к состоянию здоровья, профессия в которой работает сейчас, условия и характер труда, сохранность профессиональных навыков и знаний, способность к приобретению знаний, овладению навыками.

На основании уголовного права граждане, находившиеся в момент преступления в состоянии невменяемости на фоне имеющегося у них психического заболевания, не могут быть признаны преступниками. Такие лица освобождаются от наказания за свои противоправные действия, однако к ним на основании решения суда, как правило, применяются медицинские меры.

Меры медицинского характера подразделяются на непринудительные и принудительные. Меры медицинского характера имеют цель не наказать гражданина, а оградить окружающих от такого лица и само лицо от возможности совершения подобных противоправных поступков. Применение мер медицинского характера возможно только в отношении лиц, страдающих патологическими расстройствами психики и совершившими какое-либо уголовное преступление.

Принудительные меры назначаются судами лицам, совершившим: - в состоянии невменяемости опасные деяния, ответственность за которые предусмотрена уголовным законодательством; - преступления и нуждающимся в лечении психические заболевания, а также страдающим наркоманией и алкоголизмом; - опасные деяния и имеющим заболевание психического характера, не исключающее состояние вменяемости.

Не могут быть назначены принудительные меры медицинского характера лицам, вина которых не доказана. Таким гражданам лечебно-профилактические мероприятия проводятся в соответствии с нормативными актами о психиатрической помощи. Общая опасность может возникнуть вследствие патологических расстройств психики, маниакальных влечений и т.д. Гражданам, которые не представляют угрозы для окружающих, психиатрическая помощь оказывается на общих основаниях.

Медицинский критерий невменяемости в ст. 21 УК представляет собой обобщенный перечень психических расстройств, включающих четыре их вида: 1) хроническое психическое расстройство; 2) временное психическое расстройство; 3) слабоумие; 4) иное болезненное состояние психики.

Юридический (психологический) критерий невменяемости, содержится в ст. 21 УК РФ, в которой определяются состояния, препятствующие вменить в вину правонарушение. Он формулируется так: «лицо... не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими». Состоит из двух элементов: интеллектуального — нарушения возможности осознавать характер и общественную опасность своих действий, и волевого — нарушение возможности руководить ими.

Интеллектуальный признак свидетельствует о том, что лицо, совершившее то или иное действие (или бездействие), не понимало фактических обстоятельств содеянного или не могло осознавать его общественное значение.

Волевой признак психологического критерия невменяемости состоит в неспособности лица руководить своими действиями.

В Российской Федерации специализированные учреждения, где проводятся судебные экспертизы, сосредоточены в различных ведомствах – МВД России, Минюсте России, Минздраве России.

Если следователь поручает проведение экспертизы соответствующему экспертному учреждению, подбор конкретного эксперта осуществляется руководителем этого учреждения

(в зависимости от сложности предстоящего исследования, подготовки и опыта того или иного сотрудника, его загруженности в данный момент и т.д.). Руководитель также обязан предупредить эксперта об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения. Если экспертиза проводится вне экспертного учреждения, следователь сам подбирает эксперта и лично предупреждает его об ответственности по ст. 307 УК.

В системе МВД России организационное и научно-методическое руководство всеми экспертными подразделениями осуществляет один орган — государственное учреждение — Экспертно-криминалистический центр МВД России (ГУ ЭКЦ МВД России). В нем проводятся особо сложные и повторные экспертизы, а также экспертизы по наиболее сложным уголовным делам, в том числе находящимся в производстве следователей Следственного комитета МВД России. Сотрудники ГУ ЭКЦ, помимо криминалистических, проводят также материаловедческие, судебные инженерно-технические, судебно-почвоведческие, некоторые виды судебно-медицинских и другие экспертизы.

Основная цель военно-психиатрической экспертизы - определение состояния военнослужащего и установление возможности начала службы или смены его статуса в Вооруженных силах Украины.

Основные задания военно-психиатрической экспертизы: 1) подбор граждан, способных к военной службе, 2) медицинский осмотр призывников к военной службе, военнослужащих, военнообязанных с целью определения пригодности к военной службе, 3) анализ результатов медицинских осмотров и разработка предложений по улучшению работы, 4) определение причинной связи психических заболеваний среди военнослужащих, 5) разработка требований относительно состояния здоровья призывников к военной службе, военнослужащих.

Психоневрологический диспансер проводит обязательные периодические и предупредительные психиатрические осмотры. Предупредительные при принятии на работу, для получения сертификата водителя транспортного средства, для получения разрешения носить оружие.

Целью проведения обязательных предупредительных и периодических психиатрических осмотров является установление способности человека к выполнению определенных видов деятельности с особыми требованиями к состоянию его психического здоровья.

Обязательный предупредительный психиатрический осмотр проводится перед началом деятельности (устройство на работу), а обязательный периодический - в процессе деятельности.

Обязательные предупредительные и периодические психиатрические осмотры проводятся врачом-психиатром в государственных и коммунальных психиатрических учреждениях, в учреждениях здравоохранения, которые имеют в своем составе специализированные психоневрологические центры.

### **Тема 3. Общие положения семиотики психических расстройств и выбора терапевтических стратегий.**

Уровни психических расстройств. Методы исследования в психиатрии. Параклинические методы в психиатрии. Значение данных смежных специальностей. Эпидемиологические исследования в психиатрии. Методы терапии в психиатрии. Биологическая терапия. Шоковые методы: инсулино-коматозная и электросудорожная терапия (ЭСТ). Пиротерапия, депривация сна, физиотерапевтические методы, рефлексотерапия. Показания, основные представления о порядке проведения, терапевтическая эффективность при различных психических расстройствах, осложнения, противопоказания. Психотерапия. Сущность и правила проведения основных вариантов психотерапии: рациональной, суггестивной (в том числе гипноза), условно-рефлекторной (бихевиориальной), аутотренинга, психоанализа. Принципы выбора методики. Показания, границы терапевтической эффективности. Психофармакотерапия. Границы терапевтической эффективности при психофармакотерапии. Купирующая и поддерживающая терапия, проблема терапевтических ремиссий, ситуация «вращающихся дверей».

Все психические болезни (эндогенные, соматогенные, органические и психогенные) могут проявляться психотическими, невротическими и психопатическими расстройствами.

Под психотическим уровнем психических расстройств принято понимать такое состояние, при котором больной неадекватно оценивает себя окружающую обстановку, отношение внешних событий к нему и к его ситуации, все это сопровождается нарушением психических реакций поведения, дезорганизацией психики.

Невротический уровень расстройств психической деятельности характеризуется сохранением правильных отношений к происходящим событиям, правильной оценкой собственного состояния как болезненного, адекватным поведением и наличием расстройств в сфере вегетативных, сомоторных и аффективных проявлений.

Психопатический уровень психических расстройств характеризуется стойкой дисгармонией личности, нарушением адаптации к окружающей среде из-за чрезмерной эффективности и аффективной оценки окружающего.

Методы исследования в психиатрии (клинический и экспериментально-психологический).

Клиническое исследование состоит из ряда этапов: а) расспрос; б) наблюдение; в) изучение творчества больных; г) история болезни; д) общесоматическое и неврологическое обследования.

Экспериментально-психологические исследования: 1) для обнаружения симптомов утомляемости, ослабления внимания, снижения темпа психической деятельности; 2) для выявления расстройств памяти; 3) для выявления своеобразия мышления; 4) для определения интеллекта и уровня умственного развития.

Методы параклинического обследования в психиатрии: ликвородиагностика, электроэнцефалография, компьютерная томография головного мозга, ядерно-магнито-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, рентгенография костей черепа и др.

Параклинические исследования в психиатрии: лабораторные тесты (кровь, моча, реакция Вассермана), нейрофизиологические методы (доплерография, реоэнцефалография), исследования структуры мозга (МРТ, ПЭТ и т.д.).

Эпидемиологические исследования в психиатрии. Наиболее важными показателями эпидемиологии психических расстройств являются заболеваемость, болезненность населения и риск заболеваемости. Цель эпидемиологических исследований в психиатрии вытекает уже из самого определения эпидемиологии. Изучение распространенности психических расстройств (общих показателей и каждой болезни в отдельности) - важная, но не единственная задача эпидемиологических исследований. К задачам эпидемиологии психических расстройств относится также решение многих ключевых вопросов клинической, биологической, социальной психиатрии.

Течение любого психически больного включает комплекс непосредственно медицинских (обследование и постановка диагноза, оказание при необходимости экстренной помощи, проведение курсовой терапии с использованием различных медикаментозных средств, психотерапии, физиотерапии, других лечебных средств и методов) и социотерапевтических мероприятий, направленных на его социально-психологическую коррекцию и реабилитацию.

Лечение больного вообще и страдающего психическим заболеванием в том числе может быть направлено на: причины, вызвавшие заболевание (этиологическая терапия); патогенетические механизмы, обуславливающие возникновение и течение заболевания (патогенетическая терапия); компенсаторные механизмы, опосредованно способствующие формированию приспособления к продолжающемуся болезненному процессу (компенсаторная терапия).

Биологические методы лечения психических расстройств разнообразны. К ним относятся психофармакотерапия, шоковые методы (инсулинокоматозная и электросудорожная терапия), применение противосудорожных средств при эпилепсии, препаратов, подавляющих влечение к наркотикам, при наркоманиях, антибиотиков при прогрессивном параличе, фототерапия (светолечение) депрессий, терапия депрессий депривацией (лишением) сна.

В психиатрии используются различные биологические методы лечения, заимствованные из других областей медицины: лазерная терапия, иглорефлексотерапия, физиотерапия, лечение гормональными препаратами, иммунокорректорами, витаминами. Эти методы самостоятельного значения не имеют, используются как дополнительные в комплексной терапии психических расстройств.

Среди биологических методов лечения, применяемых в психиатрии, центральное положение занимает психофармакотерапия.

Шоковые методы:

1. Электросудорожная терапия (ЭСТ). Сущность методики ЭСТ заключается в кратковременном воздействии на центральные мозговые структуры постоянного или переменного электрического тока, в результате которого возникает эпилептиформный припадок.

2. Инсулинокоматозная терапия. Инсулинокоматозную терапию начинают с ежедневного введения малых доз инсулина, постепенно их наращивая для определения дозы, достаточной для развития гипогликемической комы или субкоматозного состояния.

Пиротерапия - повышение и снижение температуры оказывает неспецифический эффект для повышения реактивности организма, а также применяется при абстиненциях и некоторых неврозах.

Депривация сна - состоит в том, что больной должен не спать день, ночь и еще день, т. е. приблизительно 36 - 40 часов подряд. Основным показанием к применению депривации сна как лечебного метода является наличие депрессивного состояния в рамках маниакально-депрессивного психоза, инволюционной меланхолии и наиболее благоприятно текущих форм рекуррентной шизофрении.

Рефлексотерапия (иглотерапия) – лечебная система, основанная на рефлекторных соотношениях, сформировавшихся в процессе филогенеза, реализуемая через нервную систему посредством раздражения различными факторами рецепторного аппарата кожи, слизистых оболочек и подлежащих тканей.

Психотерапия — это вид лечения, при котором основным инструментом воздействия на психику больного является слово врача. Очень важен оптимальный психологический контакт, а также индивидуальный подход к больному, учитывающий его жизненный опыт, особенности личности и конкретные социальные условия. Психотерапия имеет целью устранить проявления болезни, изменить отношение больного к своему состоянию, самому себе и окружающему.

Выделяют следующие основные методы психотерапии: 1) рациональная психотерапия; 2) суггестивная психотерапия, включающая внушение наяву, в состоянии гипнотического сна и самовнушение (аутосуггестия); 3) коллективная (групповая) психотерапия (семейная, поведенческая, игровая, имаготерапия, психоэстетотерапия и т. д.); 4) наркопсихотерапия

Методы психотерапии могут сочетаться с другими видами лечения (медикаментозное лечение, физиотерапия, лечебная физкультура, трудотерапия и др.).

Рациональная психотерапия — это воздействие на больного с помощью логически аргументированных разъяснений; осуществляется путем объяснения, сообщения пациенту того, что он не знает и не понимает и что может поколебать его ложные убеждения. Рациональная психотерапия наряду с прямым словесным воздействием включает также косвенное внушение, эмоциональное воздействие, различные дидактические приемы. Чаще всего она проводится в форме диалога между врачом и пациентом. Такое собеседование имеет целью разъяснение причины заболевания, прогноза и характера намечаемого лечения.

Суггестивная психотерапия. Суггестия — психическое воздействие путем внушения определенных мыслей, желаний либо неприязни или отвращения, принимаемое больным без логической переработки и критического осмысления. В отличие от рациональной психотерапии суггестия предполагает не рациональное, а главным образом эмоциональное влияние. В период внушения пациент пассивно, без размышлений, воспринимает слова внушающего.

Суггестивная психотерапия включает внушение как в состоянии бодрствования, так и в состоянии гипнотического сна (гипносуггестивная терапия).

Гипносуггестивная психотерапия — лечебное внушение, проводимое в состоянии обусловленного суггестией гипнотического сна. Внушению в состоянии гипнотического сна предшествует доступное объяснение сущности гипносуггестивной терапии, имеющее целью преодолеть скептическое или боязливое отношение пациента к этому виду лечения. Каждый сеанс лечения состоит из 3 этапов: усыпления, собственно внушения и дегипнотизации и обычно длится не более 35—40 мин.

Условнорефлекторная (поведенческая) терапия — использование психотерапевтических приемов, направленных на торможение и перестройку с помощью тренировок патологических условных связей, а также на обучение новым желательным формам поведения. Пациент под руководством врача приучает себя адаптироваться к травмирующей его ситуации. Сначала функциональные тренировки осуществляются в искусственных условиях — в кабинете врача — с помощью диапозитивов или магнитофонных записей, имитирующих приближение к объекту страха. В дальнейшем соответствующие психотерапевтические приемы проводятся непосредственно в обстановке, которая и явилась в свое время психотравмирующим фактором, способствовавшим формированию фобий (в закрытых помещениях — при клаустрофобии, на транспорте — при страхе передвижения и т. д.). Этот вид лечения повышает активность пациента в преодолении болезненных явлений.

Аутогенная тренировка — психотерапевтическая методика, направленная на восстановление динамического равновесия гомеостатических механизмов человеческого организма, нарушенных в результате стресса. Методика аутогенной тренировки основана на применении мышечной релаксации, самовнушении и аутодидактике (самовоспитании).

Психоаналитическая психотерапия — это метод психологического лечения для облегчения эмоционального стресса, содействие в разрешении жизненных проблем и внутренних конфликтов, помощь в изменении тех личностных особенностей и способов поведения, которые препятствуют реализации внутреннего потенциала в плодотворной работе и удовлетворяющих межличностных отношениях. Психоаналитическая психотерапия или «лечение разговором».

Перечень психотерапевтических методик огромен и пополняется с каждым годом. В частности, выделяют методы директивной психотерапии, ориентированные на безоговорочный авторитет врача (гипноз и другие варианты суггестии), и недирективные методики, рассчитанные на активное участие самого больного в формировании лечебной тактики, опирающиеся на принцип партнерства (рациональная психотерапия, аутотренинг, групповые методы).

В настоящее время чаще используются различные варианты краткосрочной психоаналитической и психодинамической терапии, в которых выявление и раскрытие подавляемой информации происходит при обычной беседе и сознательном обсуждении. Деятельность врача в этом случае более директивна. Продолжительность сеансов и их частота бывают различными.

Исходя из приведенных данных об основных направлениях действия разных методов психотерапии, можно считать, что в схематическом плане значимость и соотношение биологических, психологических и социальных воздействий при пограничных психических расстройствах (в свою очередь определяемых соотношением биологических, психологических и социальных звеньев их патогенеза) могут быть представлены следующим образом: от устранения или смягчения их клинических проявлений на начальном этапе лечения с помощью оптимального сочетания биологических и психосоциальных воздействий, через осознание пациентом психосоциальных механизмов болезни и реконструкцию нарушенных отношений личности в процессе индивидуальной и особенно групповой психотерапии к восстановлению полноценности социального функционирования на заключительном этапе лечения при доминирующей роли собственно социально-педагогических воздействий.

Психофармакотерапия – это отрасль, сформировавшаяся на стыке психиатрии и фармакологии, изучающая проблемы разработки, механизмов воздействия психотропных препаратов, их клинических проявлений, побочных эффектов и осложнений.

Классификация психотропных препаратов

1. Нейролептики – большие транквилизаторы, антипсихотики. Устраняют болезненные расстройства восприятия (галлюцинации), мышления (бред), волевой и эмоциональной сферы (страх, возбуждение, агрессивность).

2. Транквилизаторы – анксиолитики, малые транквилизаторы, центральные релаксанты, психоседатики. Устраняют эмоциональную напряжённость и тревожность.

3. Тимостабилизаторы – нормотимики, психостабилизаторы. Устраняют болезненные фазовые колебания настроения.

4. Антидепрессанты – тимолептики, тимоаналептики. Устраняют болезненно пониженное настроение и заторможенность психической деятельности.

5. Психостимуляторы – психотоники, эйфоризаторы. Повышают активность мышления, моторики, устраняют чувство усталости.

6. Ноотропы – психоэнергизаторы. Повышают психический тонус, улучшают память и мышление.

7. Психодизлептики – галлюциногены, не используются в клинической практике.

Зависимость от лекарственных средств определяется главным образом их высокой терапевтической эффективностью при соответствующих заболеваниях и не является следствием немедицинского использования их для воздействия на психические процессы.

Терапевтическое окно – в психофармакотерапии – диапазон концентрации лекарственного препарата в плазме, представляющих наибольшую терапевтическую ценность. Нижней границей диапазона является доза, вызывающая только плацебо эффекты, верхняя – тот предел, выше которого побочные эффекты и осложнения терапии оказываются сильнее лечебного действия препарата.

Во внебольничных условиях обычно проводят поддерживающую терапию. Ее задачи – стабилизация состояния больного, дальнейшая редукция остаточной психопатологической симптоматики, углубление ремиссии и, что не менее важно, адаптация больного к изменившимся в связи с болезнью условиям жизни. Часто поддерживающая терапия на всем протяжении заболевания позволяет удерживать больного в привычных условиях и избежать психотравмы, связанной с помещением его в психиатрический стационар.

Купирующая терапия применяется при психических расстройствах, «чувствительных» к психотропным средствам. Лечение таких больных должно быть направлено на полное устранение болезненных явлений и формирование стойких ремиссий.

Корригирующая терапия применяется в основном при затяжных неврастенических состояниях, расстройствах личности астенического круга с тенденцией к частым декомпенсациям (зависимое расстройство личности, истерическое расстройство с преобладанием ипохондрических и конверсионных нарушений, тревожно-уклоняющееся расстройство личности — сенситивная психастения, сенситивный вариант шизоидной психопатии и др.).

Стабилизирующая терапия направлена не на полную редукцию психических расстройств, а лишь на стабилизацию состояния больного на ранее достигнутом уровне. Лечение в этом случае проводится средними и низкими дозами психотропных средств. Такая методика целесообразна при затяжных невротических и паранойяльных расстройствах пограничного уровня, малопрогрессирующей шизофрении, а также в периоды стабилизации неблагоприятно протекающего болезненного процесса.

Психиатрия «вращающихся дверей». Особенность лечения психически больных, характеризующаяся частыми повторными госпитализациями вследствие нестойкости достигнутого медикаментозными средствами терапевтического эффекта и отсутствия систематизированного поддерживающего лечения.

#### **Тема 4. Дифференциально-диагностическое значение расстройств психической деятельности.**

Расстройства ощущений и восприятия. Иллюзии и их психопатологическое значение, условия возникновения. Галлюцинации. Классификация галлюцинаций. Расстройства сенсорного синтеза. Диагностическое значение симптомов. Особенности нарушения восприятия при различных психических заболеваниях. Нарушения ассоциативного процесса. Расстройства суждений и умозаключений. Диагностическое значение, особенности при различных психических заболеваниях. Социально-опасное поведение лиц с нарушениями мышления. Нарушения памяти. Закон Рибо-Джексона. Корсаковский синдром. Аффективные и волевые расстройства. Тактика, правила ухода и надзора за больными. Социально-опасное поведение при двигательных расстройствах Кататонический синдром и его важнейшие проявления. Понятие люцидной и онейроидной кататонии. Отличие кататонического ступора от депрессивного и психогенного. Уход за больным в состоянии ступора, зондовое кормление, методика растормаживания. Тактика, правила ухода и надзора за больными. Психомоторное возбуждение и его виды. Диагностическое значение синдромов двигательных расстройств, особенности их проявления при различных заболеваниях и в различные возрастные периоды.

Ощущение - это наиболее простой вид познавательной деятельности заключающиеся в отражении отдельных свойств и признаков предмета, а также состояний организма следствием чего является ощущение (тепла, холода).

Восприятие - целостное отражение предметов или явлений возникающие в результате анализа и синтеза ощущений путем их сопоставления с предшествующим опытом.

Расстройства ощущений: а) анестезия и гипестезия — утрата и снижение чувствительности; б) аналгезия — отсутствие болевой чувствительности; в) гиперестезия — повышение чувствительности; г) гиперальгезия — повышение болевой чувствительности; д) сенестопатия — психосоматические ощущения или сенсации.

Расстройства восприятия:

Иллюзии - ложные восприятия реально существующего объекта, т.е. иллюзорное восприятие всегда подразумевает раздражитель во внешнем мире.

Появление ряда иллюзий связано с психологическими особенностями процесса восприятия. Развитию иллюзий способствуют факторы, нарушающие четкость восприятия: цвет и освещенность объектов, особенности звучания, дефекты зрения и слуха. Появление иллюзий зависит от ожиданий, аффективного состояния, установки. Патологические иллюзии имеют ряд важных особенностей. Это их психологическая непонятность, выпадение из смыслового контекста ситуации. Наглядные образы целиком поглощаются, перекрываются мнимыми, подвергаются грубому искажению. В содержании патологических иллюзий выражаются идеи преследования, другие болезненные переживания. Критическая оценка иллюзорных образов отсутствует. Иногда трудно разграничить иллюзии и галлюцинаторные образы, а также уловить момент перехода первых во вторые.

Галлюцинации — это мнимые, чувственные произвольно возникающие представления для которого в данный момент нет реального раздражителя. Это восприятия без объекта. Они разнообразны и обозначаются в зависимости от участвующего анализатора.

Классификация галлюцинаций:

1. По анализаторам: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, общего чувства, или телесные, — сенестопатии, моторные (кинестетические), вестибулярные, проприоцептивные и антероцептивные (висцеральные).

2. По полноте развития: функциональные, рефлексорные, галлюциноиды, истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации (в том числе истинные галлюцинозы и псевдогаллюцинозы).

3. По сложности: простые и сложные, ассоциированные, синестезические, сценopodobные, статические, «кинематографические».

4. По сенсорному компоненту: отчетливые, бледные (неясные), тихие, громкие, знакомые, незнакомые, полифонические, бесцветные, теневые, одно- и многоцветные.

5. По отношению к личности: нейтральные, угрожающие, осуждающие, комментирующие, императивные, пророческие (апокалипсические).

6. По направленности, одно- и двусторонние, сверху, снизу, вблизи, издалека, вне поля зрения (экстракампинные).

7. По времени возникновения: гипнагогические, гипнопомпические.

8. По причинам развития: «экзогенные» и «эндогенные», внушенные (гипнотические), психогенные, ситуационные, аффективные, идеогенные, неврологические (гемианопсические, педункулярные, типа Шарля Бонне).

Расстройства сенсорного синтеза - это расстройство сложных синтетических функций восприятия и представления (которые являются результатом совместной работы нескольких органов чувств).

1) Соматотопагнозия(нарушение схемы тела) – нарушается восприятие своего тела, его формы, отдельных частей (они могут отсутствовать или умножиться). Но это ощущается только с помощью телесного чувства (а в зеркале больной видит себя нормальным). Бывают парциальные (часть туловища) или тотальными.

2) Нарушение оптико-пространственных свойств предметов(метаморфопсии) – нарушение восприятия числа предметов, их формы и т.д.

3) Деперсонализация – переживание чуждости окружающего мира.

4) Дежа ви (уже виденное) - чувство, что видимое в данный момент уже виделось.

Нарушение восприятия при различных психических заболеваниях.

Восприятие – это активный процесс анализа и синтеза ощущений путем сопоставления их с прежним опытом. Восприятие в сравнении с ощущениями носит целостный характер и представляет собой наглядно-образное отражение действующих в данный момент на органы чувств предметов и явлений. Большое значение в нарушениях восприятия принадлежит личностному фактору (мотивационной сфере).

При локальных поражениях головного мозга можно различать: 1) Элементарные и сенсорные расстройства (нарушение ощущения высоты, цветоощущения и т.д.). Эти нарушения связаны с поражениями подкорковых уровней анализаторных систем. 2) Сложные гностические расстройства, отражающие нарушение разных видов восприятия (восприятие предметов, пространственных отношений). Эти нарушения связаны с поражением корковых зон мозга.

Агнозия – расстройство узнавания предметов, явлений, частей собственного тела, их дефектов при сохранности сознания внешнего мира и самосознания, а также при отсутствии нарушений периферической и проводящей частей анализаторов.

Гностические расстройства различаются в зависимости от поражения анализатора, при этом делятся на зрительные, слуховые и тактильные агнозии.

При различных психических расстройствах:

1. При деменции могут отмечаться псевдоагнозии. В данном случае агнозия распространяется не только на форму, но и на структуру, то есть в данном случае нарушается осмысленность и обобщенность воспринятого, что связано с диффузностью мышления.

2. У больных с неврозами и неврозоподобными состояниями отмечаются нарушения болевой чувствительности.

3. У больных шизофренией трудности узнавания объектов связаны большей частью с апато-абулическим синдромом и эмоциональной амбивалентностью.

4. При психопатиях возбудимого круга повышается чувствительность при повышении эмоционального тонуса.

5. При психопатиях тормозимого типа отмечается ригидность и снижение чувствительности также при повышении эмоционального тонуса.

6. При реактивных депрессиях восприятие нарушено по-разному в зависимости от клинической картины: при депрессивно-параноидном синдроме – аффективное искажение вос-



приятия; при астено-депрессивном – фрагментарность восприятия с трудностями концентрации внимания и его переключения; при истеро-депрессивном восприятие отличается внушаемостью, поэтому возможны псевдодиагнозы.

Патологические суждения и умозаключения представляют собой нарушенное содержание мышления. Это либо ложные ошибочные суждения, либо мысли, не ошибочные сами по себе, но занимающие в психике больного столь значимое, доминирующее положение, что это приводит к неадекватному поведению. К расстройствам содержания мышления относят бред, сверхценные идеи, навязчивости, бредаподобные фантазии и примитивные идеи у лиц с расстройствами интеллекта.

Бред - ложные суждения и умозаключения, возникающие в результате болезненного процесса, овладевающие сознанием больного и не поддающиеся разубеждению (коррекции).

Выделяются следующие виды бреда: персекуторный бред, бред преследования, депрессивный бред, ипохондрический бред, бред величия и др.

Различные варианты персекуторного бреда связаны с преобладанием у больных тревоги и страха, нередко определяют агрессивное поведение больных и в этом случае являются показанием к недобровольной госпитализации.

Диагностическая значимость одного и того же симптома (и синдрома) находится в большой зависимости и от стадии болезни. Каждый болезненный процесс имеет типичные для него этапы развития с характерной для каждой стадии симптоматикой.

Расстройства памяти условно можно разделить на количественные (дисмнезии) и качественные (парамнезии) нарушения, которые в особом сочетании составляют корсаковский амнестический синдром.

К дисмнезиям относятся гипермнезия, гипомнезия и различные варианты амнезий: 1) Гипермнезия — непроизвольная, несколько беспорядочная актуализация прошлого опыта. Наплыв воспоминаний о случайных, малозначительных событиях не улучшает продуктивности мышления, а лишь отвлекает больного, мешает ему усваивать новую информацию. 2) Гипомнезия — общее ослабление памяти. 3) Ретроградная амнезия — утрата воспоминаний о событиях, произошедших до возникновения заболевания (чаще всего острой мозговой катастрофы с выключением сознания). 4) Конградная амнезия — это амнезия периода выключения со знания. 5) Антероградная амнезия — выпадение из памяти событий, происходивших после завершения острейших проявлений заболевания (после восстановления сознания) и др.

Парамнезии — это искажение или извращение содержания воспоминаний. К ним относятся: 1) Псевдореминисценциями называют замещение утраченных промежутков памяти событиями, происходившими в действительности, но в другое время. 2) Конфабуляции — это замещение провалов памяти вымышленными, никогда не происходившими событиями. 3) Криптомнезии — это искажение памяти, выражающееся в том, что в качестве воспоминаний больные присваивают сведения, полученные от других лиц, из книг, события, произошедшие во сне. 4) Эхомнезия (редуплицирующая парамнезия Пика) выражается в ощущении, будто нечто подобное настоящему уже происходило в прошлом.

Закон Рибо — закономерность, сформулированная в конце XIX в. Т. Рибо, согласно коей разрушения памяти при прогрессирующей амнезии, — например, в случаях заболеваний или в пожилом возрасте, — имеют определенную последовательность. Сначала становятся недоступными воспоминания о недавних событиях, затем начинает нарушаться умственная деятельность субъекта; утрачиваются чувствования и привычки; наконец, распадается инстинктивная память. В случаях восстановления памяти те же этапы происходят в обратном порядке.

Корсаковский синдром характеризуется наличием нескольких симптомов. Основным является сочетание нарушения памяти и мышления с полиневропатией нижних конечностей. Полиневропатия - одновременное поражение многих периферических нервов. При поражении периферического нерва нарушаются все виды чувствительности, могут возникать парезы нижних конечностей. Эта болезнь носит имя русского психиатра Сергея Корсакова (1854-

1900 г.), впервые описавшего ее в XIX в. Корсаковский синдром - это сочетание невропатии и амнестического синдрома.

Симптомы корсаковского синдрома: расстройство памяти, нарушена временная и пространственная ориентация, полиневрит нижних конечностей, исхудание, слабость.

Наиболее яркими проявлениями расстройства аффективной сферы выступают депрессивный и маниакальный синдромы.

Депрессивный синдром. Клиническую картину типичного депрессивного синдрома принято описывать в виде триады симптомов: снижения настроения (гипотимия), замедления мышления (ассоциативная заторможенность) и двигательной заторможенности.

Маниакальный синдром состоит из характерной триады: повышенного настроения, ускорения мышления и двигательного возбуждения. Отмечается, что при этом синдроме могут встречаться бредовые идеи величия.

Нарушается сон. Вялость и разбитость по утрам. Неуверенность в себе, сомнения, вялость, апатия, склонность к слезам, обидчивость, раздражительность, снижение влечений. В более тяжелых случаях бредовые идеи самообвинения, самоуничтожения. Меланхолический раптус.

Варианты депрессивного синдрома: тревожный (ажитированная депрессия, апатический, ипохондрический, истерический).

Волевые расстройства. Потребности – являются побудителями деятельности. Низшие, инстинктивные потребности: пищевые, самосохранения, продолжения рода. Высшие, духовные: интеллектуальные, этические, эстетические.

Потребности человек переживает в виде влечений и желаний. То, что побуждает деятельность, называют мотивом. Мотив – это то, ради чего достигается цель. Цель - это то, что достигается действием.

Волевой акт: 1) побуждение, 2) осознание возможностей достижения цели, 3) борьба мотивов и выбор, 4) принятие решения, 5) действие.

Симптомы нарушений воли: 1) Абулия-отсутствие желаний и побуждений воли. 2) Гипобулия - снижение волевой активности. 3) Гипербулия –повышение активности. 4) Парабулия –извращение волевой активности.

Нарушения влечений(инстинктов). К пище: булимия, анорексия, полидипсия, парорексия–поедание несъедобных веществ.

Расстройства инстинкта самосохранения –усиление (агрессивность, страх, паника, сост «мнимой смерти»), ослабление (суицидальное поведение).

Расстройства половых влечение – усиление (сатириазис, нимфомания), ослабление (гипосексуальность, фригидность), извращение (перверзии): гомосексуализм, транссексуализм, фетишизм, эксгибиционизм, нарциссизм.

Импульсивные влечения: дромомания, дипсомания, пиромания, kleптомания и др.

Существуют определенные особенности ухода и надзора за психически больными в отделении: обеспечение максимальных удобств для проведения как общего, так и специального режима, специальные меры предосторожности, изъятие из обычного обихода опасных предметов, принятие мер для предупреждения суицидальных попыток, побегов, насилия и др., тщательное наблюдение за питанием больных, приемом лекарств, отправлением физиологических потребностей.

Кататонический синдром развивается у детей, молодежи и взрослых лиц до 50 лет. Чаще всего заболевание встречается у молодых людей в возрасте 17 – 30 лет. Основными компонентами кататонического синдрома являются возбуждение, импульсивное поведение и ступор. Нередко они сочетаются с бредово-аффективными расстройствами и галлюцинаторным синдромом, которые в дальнейшем приводят к социальной деградации личности. Диагностика патологии основывается на клинической картине, анамнестических данных, неврологическом статусе больного и результатах его полного обследования. Устранить кататонию поможет медикаментозная и электросудорожная терапия.

Одним из видов является люцидная кататония. При данной патологии у больного сохраняется ориентация в пространстве и времени, осознание собственного «я», а также сохраняется память на события, наблюдается повышенное мышечное напряжение. При люцидной кататонии у пациентов не наблюдаются признаки бредовых и навязчивых идей, галлюцинаций, припадков, помрачения сознания. Характерными симптомами являются непроизвольное возбуждение, негативистический ступор, ступор с оцепенением.

Онейроидная кататония. Данную форму кататонии относят к периодической шизофрении. Онейроидная кататония имеет внезапное начало. Болезнь начинается с активного увеличения психомоторного возбуждения, появлением растерянности. Быстро меняются поведенческие реакции больного, а также его моторика и мимика.

Депрессивный ступор – обездвиженность на высоте депрессии с вегетативными симптомами (мигриаз, тахикардия, запоры – триада Протопопова, сухость кожи), застывшим выражением горя на лице. С больными удается вступать в контакт, получить односложный ответ. Редко бывают неопрятны в постели. Такой ступор может резко меняться состоянием возбуждения – меланхолическим раптусом. Депрессивный ступор наблюдается при тяжелых эндогенных депрессиях.

Кататонический ступор – обездвиженность с отказом от пищи, недержанием мочи и кала, мутизмом, повышением тонуса мышц и восковой гибкостью, симптомом воздушной плдушки, негативизмом. Кататонический ступор может быть на фоне ясного сознания (люцидный) или помраченного (онейроидный).

Психогенный ступор развивается у эмоционально неустойчивых или истероидных личностей как проявление шоковой реакции на стресс. Застывший больной с широко открытыми глазами и выражением удивления на лице может быть выведен из ступора сверхсильным раздражителем (криком, ударом ладони по щеке).

Маниакальное возбуждение отличается от кататонического целенаправленностью поступков. Мимика выражает радость, больные стремятся к общению, много и активно говорят. При выраженном возбуждении ускорение мышления приводит к тому, что не все сказанное пациентом понятно, но речь его никогда не стереотипна.

Уход за больными: нужно постоянно наблюдать, не оставлять их в одиночестве, следить за деятельностью кишечника, кормить и поить при необходимости пациента, проводить профилактику пролежней, когда невозможно осуществить кормление, больным может быть назначено парентеральное питание. Кормление через зонд производится врачом или под его наблюдением.

При возникновении кататонического возбуждения до прихода врача следует принять меры по обездвиживанию больного. Наиболее рационально уложить его в постель и удерживать больного в горизонтальном положении, следить за пульсом и артериальным давлением.

Очень хорошие результаты при возбуждении дают длительные тепловые ванны (с температурой воды 35-36°). В такой ванне, если нет противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой системы и обеспечен систематический приток теплой воды, больной может находиться несколько часов.

При депрессивном ступоре проводят барбитал-кофеиновые растормаживания, применяют мелипрамин до 200-300 мг/сут внутрь или внутримышечно. При психогенном ступоре используют диазепам (седуксен, реланиум) до 30 мг/сут внутрь, лучше внутримышечно; элениум до 50 мг/сут внутрь, лучше внутримышечно; феназепам - 3-5 мг/сут внутрь.

Психомоторное возбуждение – это патологическое состояние, при котором наблюдается усиление и ускорение темпа проявлений различных сторон психической деятельности: речи, мышления, эмоций, движений, происходящих одновременно, изолированно или с преобладанием какой-либо из них.

Иными словами – возбуждение выражается двигательным беспокойством разной степени, от суетливости до разрушительных импульсивных действий; часто сопровождаясь речевым усилением с многоречивостью, нередко почти непрерывным говорением с выкриками

фраз, слов, отдельных звуков и т.п.; ярко выражены также тревога, злобность, напряженность, агрессивность или веселье и др.

Значение синдрома. Психомоторное возбуждение развивается при многих причинах: психических заболеваниях, в острых стадиях инфекционных заболеваний, при интоксикациях, гипоксии мозга, черепно-мозговой травме, после родов, при многих органических и токсических поражениях мозга, в прекоматозных и посткоматозных состояниях, а также может возникать у психически здоровых людей в экстремальных ситуациях. Психомоторное возбуждение развивается внезапно, протекает остро и связи с особой опасностью возбужденного больного для себя и для окружающих требует оказания неотложной медицинской помощи.

В одних случаях ступор сочетается с разнообразными психопатологическими симптомами – бредом, галлюцинациями, измененным аффектом, помрачением сознания; в других, более редких случаях ступор исчерпывается лишь двигательной и речевой заторможенностью – «пустой» ступор. Ступор, сопровождаемый помрачением сознания, прежде всего онейроидным, называют рецепторным; ступор, существующий на фоне ясного сознания, — люцидным или эффекторным.

Проявления кататонического ступора наблюдаются в 3-5 лет и выражаются в кратковременных застываниях, например, ребенок застывает с ложкой, поднесенной ко рту. Эти состояния рассматриваются как рудименты восковой гибкости.

В младшем школьном возрасте наблюдаются состояния с мышечным напряжением и внутриутробной позой. Весьма частым является мутизм. Временами ребенок начинает говорить, но речь не служит средством общения, он говорит сам с собой или монологом. В младшем школьном и пубертатном возрасте клиническая картина кататонического ступора становится похожей на ступорозные состояния у взрослых, с явлениями пассивного и активного негативизма. Наряду с этим иногда наблюдаются короткие периоды с двигательной заторможенностью и застыванием в различных позах.

К двигательным расстройствам относится синдром гиперактивности (гипердинамический, гиперкинетический, общей двигательной расторможенности), который наблюдается в возрасте от 1,5 до 15 лет, но наиболее отчетливо проявляется в дошкольном и младшем школьном возрасте. Он характеризуется сочетанием общего двигательного беспокойства, неусидчивости, большого числа лишних движений, нецеленаправленности и импульсивности поступков с повышенной аффективной возбудимостью, эмоциональной лабильностью и нарушением внимания. Для этого синдрома характерны нарушения школьной адаптации из-за нарушенного поведения.

Кататоническое возбуждение у детей раннего и дошкольного возраста проявляется в стереотипных движениях, подпрыгиваниях, беге по кругу («манежный бег»), выкрикивании отдельных слов, появлении в речи неологизмов, эхосимптомов, в вычурности движений, гримасничании.

В младшем школьном и пубертатном возрасте кататоническое возбуждение напоминает такое состояние у взрослых, обычно выражено речевое возбуждение, больные говорят не умолкая, характерна речь типа монолога, импульсивные поступки, эхосимптомы, вербигерация и др. У подростков кататоническое возбуждение сопровождается дурашливостью и другими гебефреническими проявлениями.

## **Тема 5. Классификация психических расстройств.**

Нозологический и синдромальный принцип в проведении классификации. Органические, экзогенные и соматогенные расстройства. Общие проявления заболеваний данной группы. Значение методов специального обследования для установления диагноза. Психические нарушения при черепно-мозговых травмах. Распространённость, классификация, клинические проявления. Лечение, Реабилитация, экспертиза. Профилактика возникновения психических расстройств при травмах головы. Психические нарушения инфекционного генеза. Диагностика, профилактика. Психические расстройства сосудистого генеза. Общая ха-

рактеристика. Распространенность. Нозологические формы, клиническая картина. Дифференциальная диагностика.

Нозология – это учение о болезнях. Нозология «интегрирует... заболевания отдельных индивидуумов,... знает лишь общие формы, стереотипы этих заболеваний» (И.В.Давыдовский). Но эти знания она получает исключительно путем изучения «индивидуальных», конкретных болезней, т.е. нозологических форм. Нозология – это синтез наших знаний о болезнях, тогда как нозологическая форма – результат их анализа. Нозология как «некоторая абстракция, обезличенная клиника» – понятие общепатологическое, нозологическая единица – клинико-морфологическое, «питающее» учение о болезни.

Если исходить в выделении нозологической формы из особенностей клинико-морфологической картины (чем руководствуются наиболее часто), то следует иметь в виду, что этот критерий предусматривает не только своеобразие клинических симптомов и синдромов, присущих данному заболеванию, преимущественную локализацию процесса, но и характер патологического процесса (последнее нужно подчеркнуть особо).

Учение о болезни объемлет широкий круг вопросов, среди которых наиболее важными являются этиология, патогенез, органопатология и синдромология, классификация и номенклатура болезней, принципы лечения и профилактики, изменчивость болезней (патоморфоз), статистика. Синдромология – учение о синдромах, тесно связано с патогенезом и органопатологией.

Синдром–совокупность симптомов, объединенная единым патогенезом, может иногда подменять самостоятельную нозологическую единицу. Нозологизация синдрома является попыткой утвердить синдромологический подход в оценке болезни.

Синдром должен быть отграничен от нозологической единицы, потому что синдром – это совокупность признаков, связанных единым патогенезом, характерная для различных заболеваний. Поэтому-то синдромов насчитывается около 1,5 тыс., а нозологических единиц, патогенез которых «обеспечивается» этими синдромами, более 20 тыс. Важно помнить, что с общепатологических позиций, синдром — понятие патогенетическое, а не нозологическое.

Все психические расстройства принято разделять на два больших класса: 1) экзогенные (внешние); 2) эндогенные (внутренние).

1. Эндогенные психические заболевания. Эти заболевания преимущественно обусловлены внутренними патогенными факторами, в том числе наследственным предрасположением, при определенном участии в их возникновении различных внешних вредностей. Включаются: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, циклотимия, функциональные психические расстройства позднего возраста.

2. Эндогенно-органические психические заболевания.

Развитие этих заболеваний определяется или внутренними факторами, приводящими к органическому поражению головного мозга, или взаимодействием эндогенных факторов и церебрально-органической патологии, возникающей в результате неблагоприятных внешних влияний биологического характера (черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций). Включаются: эпилепсия, атрофические заболевания головного мозга, болезнь Альцгеймера, сенильная деменция, болезнь Пика, психические расстройства, обусловленные сосудистыми заболеваниями головного мозга

3. Соматогенные, экзогенные и экзогенно-органические психические расстройства.

В эту обширную группу входят: во-первых, психические расстройства, обусловленные соматическими заболеваниями и разнообразными внешними биологическими вредностями внемозговой локализации и, во-вторых, психические расстройства, основой которых становятся неблагоприятные экзогенные воздействия, приводящие к церебрально-органическому поражению. В развитии психических расстройств этой группы определенную, но не ведущую роль играют эндогенные факторы. Включаются: психические расстройства при соматических заболеваниях, экзогенные психические расстройства, психические расстройства при инфекционных заболеваниях внемозговой локализации, алкоголизм, наркомании и токсико-

мании, психические расстройства при лекарственных, промышленных и других интоксикациях.

Главными отличительными признаками органических заболеваний являются отчетливое ухудшение памяти, нарушение интеллекта, эмоциональная несдержанность и изменения личности. Для обозначения всего комплекса органических психических расстройств используется понятие психоорганического синдрома,

Методы психологического исследования традиционно подразделяются на методы исследования психических процессов (восприятия, ощущения, внимания, памяти, мышления и т. д.) и методы исследования личности. Несмотря на то, что это деление условно, так как результаты, полученные при использовании какой-то одной методики, не позволяют судить о состоянии психической деятельности в целом, применение их в отдельности дает возможность получить информацию о состоянии нескольких функций или самой личности.

Экспериментальное исследование восприятия и ощущения в психиатрической клинике проводится в тех случаях, когда для дифференциальной диагностики поражений головного мозга, сопровождающихся психическими нарушениями, при отграничении их от эндогенных психозов и старческого слабоумия необходимы нейропсихологические пробы. Для этого используют различные тесты при исследовании зрительного гипноза (узнавание наложенных друг на друга контуров предметов, выделение принципа построения фигур – тест Равена и т. д.); слухового гнозиса, тактильных ощущений и пр.

Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) являются одними из наиболее частых причин смертности и стойкой потери трудоспособности. Количество больных с травматическими повреждениями головного мозга ежегодно возрастает на 2 %. В структуре травм мирного времени преобладают бытовые, транспортные, производственные, спортивные травмы. Важное медицинское значение имеют осложнения черепно-мозговых травм, такие как развитие травматической церебрастении, энцефалопатии, эпилептиформного синдрома, патохарактерологических расстройств, деменции, а также их влияние на социальную адаптацию больных. Травмы черепа более чем в 20 % случаев являются причиной инвалидности из-за нервно-психических заболеваний.

Выделяют 5 клинических форм ЧМТ: 1) сотрясение мозга – характеризуется выключением сознания продолжительностью от нескольких секунд до нескольких минут; 2) ушиб головного мозга легкой степени – характеризуется выключением сознания после травмы продолжительностью от нескольких минут до 1 часа; 3) ушиб головного мозга средней степени – характеризуется выключением сознания после травмы продолжительностью от нескольких десятков минут до 4-6 часов; 4) ушиб головного мозга тяжелой степени – характеризуется выключением сознания после травмы продолжительностью от нескольких часов до нескольких недель; 5) сдавление головного мозга – характеризуется опасными для жизни общемозговыми, очаговыми и стволовыми симптомами, которые возникают спустя некоторое время после травмы и носят нарастающий характер.

Выделяют 5 градаций состояния сознания при ЧМТ: 1) ясное сознание – полная сохранность сознания с адекватными реакциями на окружающие события; 2) оглушение – нарушение восприятия при сохранении ограниченного словесного контакта на фоне повышения порога восприятия внешних раздражителей и снижения собственной активности; 3) сопор – выключение сознания с сохранением координаторных защитных реакций и закрыванием глаз в ответ на болевые, звуковые и другие раздражители; 4) кома – выключение сознания с полной потерей восприятия окружающего мира и самого себя.

Проявления: брадикардия и тахикардия, тахипноэ и брадипноэ, артериальная гипертензия и гипотония.

Острейший начальный период. Оглушение, сопор, кома, нарушение сердечно-сосудистой деятельности и дыхания.

Острый период. Непсихотические синдромы: астенический, апатикоабулический, эпилептиформные припадки, антероградная и ретроградная амнезия, сурдомутизм. Психотиче-

ские синдромы: сумеречное состояние сознания, травматический делирий, дисфории, корсаковский синдром.

Поздний период. Непсихотические нарушения: астенический, астеноневротический, эпилептиформный, психопатоподобный (аффективной неустойчивости) синдромы. Поздние травматические психозы: галлюцинаторно-параноидный, маниакально-параноидный, депрессивно-параноидный синдромы.

Отдаленные последствия ЧМТ. Церебрастения, энцефалопатия, слабоумие, травматическая эпилепсия, посттравматическое развитие личности.

Психические нарушения острейшего периода представлены в основном состояниями выключения сознания разной степени: кома, сопор, оглушение. Глубина нарушения сознания зависит от механизма, локализации и тяжести травмы.

В остром периоде травмы черепа развиваются астенические, астеноневротические состояния, реже – сурдомутизм, антеро- и ретроградная амнезии, у некоторых больных возникают психозы, протекающие в виде состояний измененного сознания: делирия, эпилептиформного нарушения, сумеречного расстройства сознания, возникающих непосредственно после выхода из бессознательного состояния. В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы могут наблюдаться так называемые эндоформные психозы: аффективные и галлюцинаторно-бредовые, паранойяльные.

Выбирая тот или иной метод лечения, врач может ставить перед собой различные цели: воздействовать на этиологию и патогенез болезни, оказывать влияние на ведущий синдром и сопутствующие симптомы, проводить общеукрепляющее лечение. На различных этапах течения заболевания лечение нацелено на выполнение определенной задачи. В соответствии с этим выделяют купирующую, поддерживающую и корригирующую терапию.

Задачей купирующей терапии является быстрое устранение острых проявлений заболевания. Обычно такое лечение проводится в условиях стационара. В первую очередь приходится бороться с такими проявлениями психоза, как психомоторное возбуждение, помрачение сознания. Для этой цели применяют парентеральные методы введения лекарственных средств.

В большинстве случаев лечение уменьшенными дозами лекарственных средств продолжают длительно в амбулаторных условиях (иногда при непрерывном течении заболевания всю жизнь). Такой вид терапии называют поддерживающей.

В некоторых случаях врач не может рассчитывать на исчезновение болезненной симптоматики, однако путем назначения лекарственных средств и психотерапии он пытается несколько смягчить патологические явления, способствовать большей адаптации пациента. Такая терапия называется корригирующей. Например, стойкий характер симптоматики при психопатиях не позволяет рассчитывать на выздоровление, однако применение лекарственных средств («корректоров поведения») вызывает уменьшение проявления агрессии, расторможенности влечений и подозрительности.

Реабилитация – это сложный комплекс мероприятий, включающий, помимо собственно медицинских мер, профессиональное обучение и ресоциализацию больных. Следует учитывать, что психическое заболевание всегда приводит к нарушению социальных связей пациента (с семьей, друзьями, сотрудниками). Длительное лечение в стационаре нередко поддерживает в больном чувство собственной неполноценности. Этому может способствовать недопустимо покровительственный, поучающий тон врачей и персонала. Неравноправное, зависимое положение пациента в стационаре нередко становится стойким стереотипом поведения, развивает в нем иждивенческие установки, поддерживает явление госпитализма.

Содержанием психопрофилактики является широкий круг медицинских и социальных мероприятий, предупреждающих возникновение психических заболеваний и значительно уменьшающих вред, наносимый болезнями, повышающих качество жизни душевнобольных и их родственников. Принято выделять первичную, вторичную и третичную психопрофилактику.

Первичная психопрофилактика – это меры, предупреждающие возникновение психических заболеваний. Ее основой является понимание этиопатогенетических механизмов возникновения болезни.

Вторичная психопрофилактика – это меры, нацеленные на своевременное выявление и эффективное лечение психических заболеваний. Основными задачами вторичной психопрофилактики являются формирование качественных ремиссий, профилактика рецидивов, поддержание трудоспособности больных в межприступном периоде.

Основными и наиболее частыми видами экспертизы лиц, страдающих психическими расстройствами, являются судебно-психиатрическая, трудовая и военная.

Психические нарушения инфекционного генеза (сифилис, энцефалиты, СПИД). Клинические особенности острых мозговых инфекций зависят не только от этиологического фактора, но и от преимущественной локализации воспалительного процесса (в оболочках или самом веществе мозга), первичного или вторичного характера поражения мозга, особенностей патологических процессов в нем (например, гнойное или серозное воспаление оболочек).

В случаях первичных энцефалитов (эпидемический, клещевой, японский), острый период, нередко, сопровождается помрачением сознания в виде делириозного, аментивного, онейроидного синдромов, сумеречного состояния, различными степенями выключения сознания от оглушенности до комы.

В стадии затяжного и хронического течения описываются психосенсорные, галлюциаторно-бредовые, аффективные, психопатоподобные расстройства с импульсивностью, жестокостью, расторможенностью сексуальных и пищевых влечений. В отдаленном периоде клещевого энцефалита нередко развивается миоклонус эпилепсия (эпилепсия Кожевникова).

Хроническая стадия эпидемического энцефалита характеризуется явлениями паркинсонизма, аспонтанностью, брадифренией, замедленностью, затрудненностью движений и психических процессов, а также в некоторых случаях пароксизмами двигательного возбуждения, насильственными действиями (смех, плач).

Среди параинфекционных энцефалитов, возникающих при общих инфекционных заболеваниях в качестве осложнения, наиболее часты энцефалиты при кори, эпидемическом паротите, ветряной оспе. При них обычно не возникает очерченных психотических состояний. Как правило, на высоте температуры развивается состояние оглушения, на фоне которого возможны кратковременные эпизоды делириозных, онейроидных и аментивных расстройств.

Нередко возникают фебрильные судорожные припадки. Сифилис мозга — специфическое воспалительное заболевание с преимущественным поражением сосудов и оболочек мозга. Начинается болезнь обычно несколько раньше, чем прогрессивный паралич, — через 4-6 лет после инфицирования. Диффузному характеру поражения мозга соответствует крайне полиморфная симптоматика, напоминающая неспецифические сосудистые заболевания. Начало заболевания постепенное, с нарастанием неврозоподобной симптоматики: утомляемость, снижение памяти, раздражительность.

Психические расстройства при СПИДе в основном соответствуют реакциям экзогенного типа. В инициальном периоде нередко наблюдаются явления стойкой астении с постоянным чувством усталости, повышенной потливости, нарушениями сна, снижением аппетита. Подавленность, тоска, депрессия могут возникнуть до того, как установлен диагноз. Изменения личности проявляются нарастанием раздражительности, вспыльчивости, капризности или расторможенности влечений. Уже на раннем этапе течения болезни нередко развиваются острые психозы в виде делирия, сумеречного помрачения сознания, галлюциноза, реже острые параноидные психозы, состояние возбуждения с маниакальным аффектом. Довольно часто возникают эпилептиформные припадки.

Психотические синдромы могут возникать на высоте инфекционного заболевания (интраинфекционные психозы). В этих случаях психические расстройства наблюдаются на фоне высокой температуры и других проявлений инфекционного процесса. С падением температуры и окончанием инфекционного процесса одновременно проходят и острые психотиче-



ские симптомы. В других случаях психические расстройства могут служить первым проявлением заболевания (инициальные психозы) или возникать по миновании инфекционного заболевания (постинфекционные психозы).

Диагноз выставляется на основании данных об инфекционной болезни. Для различения этих заболеваний необходимо отслеживание клинической картины в динамике и проведение патопсихологического тестирования, способного выявить признаки эндогенности. Специфической профилактики не существует, чтобы избежать развития психоза рекомендуется соблюдать меры по предупреждению заражения инфекциями.

Сосудистые заболевания головного мозга, гипертоническая болезнь, гипотония, церебральный атеросклероз являются системными заболеваниями сосудов головного мозга с нарушением эндокринных, нейрогуморальных, биохимических процессов обмена веществ, идет пропитывание стенок сосудов липидами, сужение кровеносного русла и снижение эластичности стенок, за счет чего нарушается трофика ткани, возможен тромбоз и некроз участков ткани при развивающемся склерозе.

По данным зарубежных авторов сосудистые психозы примерно составляют 22-23% от всех психических заболеваний у больных старше 60 лет, 57% из них острые психозы, острые неврозоподобные и психопатоподобные расстройства, деменция составляет около 10%. Мужчины и женщины страдают одинаково.

Выделяются: 1) Астенический синдром. 2) Церебрастенический синдром. 3) Астенодепрессивный синдром. 4) Астеноипохондрический синдром. 5) Фобический синдром. 6) Психопатоподобные расстройства.

Основные психопатологические синдромы сосудистых психозов: 1) Маниакальный синдром. 2) Тревожно-депрессивный синдром. 3) Депрессивно-дисфорический синдром. 4) Депрессивно-ипохондрический синдром. 5) Тревожно-бредовые синдромы. 6) Депрессивно-параноидные синдромы. 7) Галлюцинаторно-параноидный синдром. 8) Паранойяльный синдром. 9) Оглушение. 10) Делирий.

Клиническая картина: жалобы на головные боли, головокружение, шум в ушах, быструю утомляемость, эмоциональную лабильность. Характерны нарушения сна: больные подолгу не могут заснуть, часто просыпаются среди ночи, не чувствуют достаточного отдыха утром и днем испытывают сонливость. Поскольку атеросклеротические изменения нередко затрагивают сердце, жалобы на нарушения в его работе (одышка, тахикардия, нарушения сердечного ритма) нередко предшествуют или сопутствуют мозговым симптомам. Признаком отчетливых органических изменений в мозге являются упорные жалобы на снижение памяти. В начале заболевания расстройства памяти проявляются гипомнезией и анэфорией (неспособность к произвольному вспоминанию тех или иных фактов, событий, слов, которые извлекаются из памяти только после подсказки.).

Типичными для церебрального склероза являются слабодушие с утрированной сентиментальностью, слезливостью и выраженная эмоциональная лабильность. Признаком глубокого органического дефекта при церебральном атеросклерозе является формирование деменции. Быстрому развитию слабоумия способствуют преходящие нарушения мозгового кровообращения и гипертонические кризы. При возникновении микроинсультов и мультиинфарктном поражении мозга возможны возникновение очаговой неврологической симптоматики и выпадение функции разрушенной части мозга.

Другим относительно стойким психозом может быть слуховой, зрительный или тактильный галлюциноз. Галлюцинации обычно являются истинными, усиливаются в вечернее время или на фоне ухудшения гемодинамики. В этот же период заболевания могут возникнуть эпилептические припадки. Диагностика основывается на характерной клинической картине расстройств и анамнестических данных, подтверждающих наличие сосудистого заболевания. Нарушение мозгового кровообращения может быть подтверждено данными осмотра окулиста (склерозирование, сужение и извитость сосудов глазного дна), а также с помощью реоэнцефалографии и доплерографии сосудов головы.

Диагностика опирается на выявление описанных синдромов, характера их возникновения и динамики. О сосудистом генезе следует говорить лишь тогда, когда возникновение и дальнейшее развитие психических нарушений связаны с патогенетическими механизмами, свойственными сосудистому патологическому процессу, в первую очередь с гипоксией головного мозга и с органическим его поражением, учитывая также реакции личности на сосудистое заболевание и нарушение церебральных функций. Большое диагностическое значение имеет установление связи во времени между их возникновением и нарушением стабильности течения сосудистого процесса, а также появлением дополнительных соматических нарушений, обязанных сердечно-сосудистой патологии. Подтверждением сосудистого генеза психических расстройств уже на этапе развития функциональных нарушений является выявление начальной психоорганической симптоматики (заострение личностных особенностей, мнестических и аффективных нарушений).

К числу важных диагностических признаков сосудистого генеза относится возникновение эпизодов повторных расстройств сознания, его выключения в острейшем периоде нарушений мозгового кровообращения, помрачения в остром периоде этих нарушений, и возникновение спутанности сознания после сосудистых кризов или присоединения самых незначительных экзогенных вредностей.

### **Тема 6. Экзогенные психические расстройства.**

Психические расстройства при эпилепсии. Эпилептиформный синдром и признаки внутричерепной гипертензии как частые инициальные проявления опухолей. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления психоактивных веществ. Алкогольные (металкогольные) психозы. Клинические проявления. Тактика в случае социально-опасного поведения, методы купирования возбуждения. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Этиология, клиника, профилактика этих расстройств.

Эпилепсия - хроническое заболевание, при котором наблюдается повторяющиеся разнообразие пароксизмальные расстройства и нарастающие изменения личности. Различают пароксизмальные и перманентные расстройства.

Пароксизмальные психические расстройства при эпилепсии. Помимо психических припадков с длительностью до 10 минут, т. е. простых парциальных сенсорных припадков, простых парциальных припадков с нарушениями психических функций, а также комплексных парциальных припадков с психическими расстройствами в виде ауры припадков различают также транзиторные (преходящие) психические расстройства: дисфории, сумеречное помрачение сознания, эпилептические психозы. Длительность их составляет от нескольких часов до суток.

Эпилептические психозы. В зависимости от времени возникновения по отношению к припадкам различают иктальные, постиктальные и интериктальные психозы, по характеру начала – скрытые и острые психозы, по состоянию сознания – от психозов с ясным сознанием до психозов с выраженной спутанностью сознания, по длительности – кратковременные и хронические, по реакции на лечение – курабельные и резистентные к терапии.

Эпилептиформный синдром (*syndromum epileptiforme*) – общее название пароксизмальных расстройств (припадков), являющихся одним из проявлений органического процесса в головном мозге. Развивается при опухолях, абсцессе, туберкуломе, гумме головного мозга, нарушении мозгового кровообращения, паразитарных болезнях, менингоэнцефалитах, арахноидите, а также при последствиях перинатальных поражений головного мозга, ранних нейроинфекциях и травмах.

Синдром внутричерепной гипертензии обусловлен наличием объемного образования в полости черепа, элементами окклюзионной гидроцефалии, отеком головного мозга. Клинически синдром проявляется комплексом клинических признаков, к числу которых относятся головная боль (88%), тошнота и рвота (70%), психические расстройства (42%), эпилептические припадки (28%), менингеальные симптомы (47%), застойные изменения на глазном дне (48%), рентгенологические изменения на краниограммах (усиление сосудистого рисунка и пальцевых

вдавлений, остеопороз спинки турецкого седла) - 32%. В 10% наблюдений синдром внутричерепной гипертензии развивается остро.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ – расстройства, возникающие в результате употребления алкоголя, опиоидов, каннабиноидов, седативных или снотворных веществ, кокаина, других стимуляторов, включая кофеин, употребления галлюциногенов, табака, летучих растворителей, а также в результате сочетанного употребления наркотиков и других психоактивных веществ.

Все многообразие психических и поведенческих расстройств, возникающих вследствие употребления ПАВ, можно разделить на: синдром зависимости; состояние отмены (абстиненция); употребление с вредными последствиями; острую интоксикацию; психотическое расстройство; амнестический синдром; резидуальное психотическое расстройство

Металкогольные психозы – это острые, затяжные и хронические расстройства психической деятельности, возникающие у больных алкоголизмом преимущественно во II и III стадиях болезни. Существующий ранее термин «алкогольные психозы» заменен на «металкогольные» в связи с тем, что их причиной является не только непосредственное действие алкоголя на мозг, а большое значение имеет поражение внутренних органов и нарушение обмена веществ, вызванные хронической интоксикацией, а также провоцирующие вредности (соматические и психические). Металкогольные психозы (поданным ВОЗ) возникают у 10% больных алкоголизмом, у мужчин чаще, чем у женщин. В МКБ-10 металкогольные психозы классифицируются следующим образом: P-10.4 – состояние отмены с делирием в результате употребления алкоголя; P-10.5 – психотические расстройства в результате употребления алкоголя (галлюциноз, алкогольный бред ревности); P-10.6 – алкогольный амнестический синдром.

Наиболее часто встречается алкогольный делирий, или белая горячка. Чаще всего делирий возникает на фоне резкого прекращения приема спиртного после длительного периода запоя. Нередко появлению психоза способствуют инфекционные и соматические заболевания. Делирий обычно начинается с продромальных проявлений: больные становятся тревожными, беспокойными. Отмечаются лабильность настроения: тревога и беспокойство могут сменяться восторженностью и эйфорией. У больных появляются наплывы образных представлений. Возникают яркие зрительные иллюзии. Так, рисунок обоев превращается в фантастические картины, сцены (парэйдолы). Сон становится беспокойным, с кошмарными сновидениями, при закрытых глазах появляются устрашающие галлюцинации (гипнагогические галлюцинации). Больные утрачивают чувство реальности, путают вымысел и действительность. Продолжительность продромального периода от нескольких часов до 2 суток. Все это время грубо расстроен сон; обычные дозы снотворных средств не приносят облегчения.

Проявления развернутой стадии психоза характеризуются наплывом истинных сценородных галлюцинаций. В начале нередко возникают видения в виде полос (лент, серпантина, стружки, паутины), позже — мелких животных, насекомых. Часто бывают устрашающие галлюцинации в виде фантастических животных, угрожающих жизни. Больные возбуждены, пытаются спастись бегством. Во избежание мнимой опасности предпринимают различные меры защиты, иногда весьма опасные для окружающих. Алкогольный делирий сопровождается выраженными соматоневрологическими расстройствами — тахикардией, одышкой, повышением температуры тела, гипергидрозом или обезвоживанием, тремором и др. Признаками помрачения сознания являются нарушение ориентировки в месте и времени (аутопсихическая ориентировка сохранена). Результаты анализов крови и мочи указывают на наличие у больных с алкогольным делирием выраженного токсикоза. Продолжительность алкогольного делирия обычно 3-5 дней.

Алкогольный галлюциноз проявляется в первую очередь слуховыми галлюцинациями, как правило, неприятного содержания. Голоса носят комментирующий и осуждающий его поведение характер: обвиняют больного в пьянстве, в том, что он причиняет беды и несчастья семье, близким. Несмотря на проводимое лечение, галлюцинации сохраняются от нескольких дней до нескольких недель (острый галлюциноз). У части больных наблюдается

более длительное, иногда пожизненное существование симптомов (хронический галлюциноз). В этом случае приходится проводить дифференциальную диагностику с спровоцированной алкоголем шизофренией.

При алкогольном галлюцинозе ориентировка в окружающей обстановке и во времени не нарушена. При хроническом галлюцинозе с течением времени нередко формируется критическое отношение к слуховым обманам, больные могут отличить реальные звуки и болезненные проявления. Однако при временном усилении галлюцинаторных переживаний (наплыве галлюцинаций) критика утрачивается.

Алкогольный параноид проявляется бредовыми идеями различного содержания, нередко в сочетании с галлюцинациями. Алкогольный параноид чаще протекает остро, однако иногда наблюдается его затяжное (хроническое) течение. При остром параноиде больные возбуждены, испытывают чувство страха, по-бредовому оценивают окружающую их обстановку. Наблюдаются иллюзии и фрагментарные галлюцинаторные переживания. Продолжительность такого психотического состояния обычно от нескольких дней до 2-3 недель. Если острый алкогольный параноид переходит в затяжной, внешне поведение больного упорядочивается, он становится как бы спокойнее, однако настойчиво высказывает идеи преследования или ревности. Бред преимущественно паранойяльный (бред толкования), развивается медленно, исподволь. В качестве аргументов, якобы подтверждающих справедливость высказываний больного, им приводятся односторонне отобранные житейские ситуации. Их описание выглядит иногда правдоподобным.

Необходимо как можно быстрее купировать возбуждение и госпитализировать больного. Для купирования возбуждения используют в/м или в/в введение нейролептиков. Предпочтение отдается средствам с выраженным седативным эффектом (хлорпромазин, дроперидол). При назначении нейролептика желательнее измерять АД, т.к. они вызывают гипотонию. Для купирования возбуждения у больных, прежде не принимавших средства, доза должна быть небольшой (50 мг хлорпромазина, 5 мг дроперидола). При купировании возбуждения у больного, в прошлом принимавшего нейролептики, требуется большая доза (100-200 мг хлорпромазина, 10 мг дроперидола).

Для предотвращения коллапсов одновременно вводят п/к 2 мл кордиамина. Дополнительное введение 1 мл димедрола усиливает седативный эффект и уменьшает вероятность побочных нейролептических расстройств. При наличии противопоказаний к нейролептикам (гипотония, сердечная недостаточность, преклонный возраст, тяжелые соматические заболевания) применяют транквилизаторы (диазепам до 30 мг, мидозолам до 10 мг).

Невротические расстройства проявляются в различных формах: это отклонения в поведении в виде навязчивых действий и привычек, это повышенная тревога и связанные с ними фобии, это соматические по форме расстройства, на самом деле вызванные нарушениями в работе нервной системы и не имеющие органических симптомов нарушений органов и систем. Данная группа расстройств обозначает, что человек выражает свои психологические проблемы на языке симптомов поведения и языке симптомов тела, что адаптация к стрессовым ситуациям осуществляется на уровне включения нервной системы, но еще не на уровне соматических заболеваний.

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства объединены в одну большую группу в силу их исторической связи с концепцией неврозов, а также ввиду связи с психогенными этиологическими факторами.

В МКБ-10 в данном разделе выделены следующие диагностические категории: F40 – тревожно-фобические расстройства. F41 – другие тревожные расстройства, в том числе тревожно-депрессивные расстройства. F42 – обсессивно-компульсивное расстройство. F43 – реакция на тяжелый стресс и адаптационные расстройства. F44 – диссоциативные (конверсионные) расстройства. F45 – соматоформные расстройства. F48 – другие невротические расстройства.

Тревожно-фобические расстройства. Эта группа объединяет расстройства, при которых тревога вызывается определенными внешними ситуациями или объектами, в настоящий мо-

мент времени не представляющими опасности. В результате человек характерным образом избегает подобных ситуаций либо переносит их, переживая страх.

**Обсессивно-компульсивное расстройство.** Основной чертой при этом расстройстве являются повторяющиеся обсессивные мысли и компульсии (навязчивые мысли и действия). Обсессивные мысли представляют собой идеи, образы или побуждения, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному. Они почти всегда неприятны, поскольку по содержанию являются агрессивными или непристойными, но и воспринимаются как бессмысленные, и человек пытается безуспешно сопротивляться им.

**Соматоформные расстройства.** Это группа состояний, которые подразумевают соматические жалобы или жалобы на недееспособность, которые не сопровождаются какой-либо видимой соматической патологией, способной объяснить эти жалобы. Главной чертой соматоформных расстройств является повторяющееся предъявление соматических симптомов наряду с постоянными требованиями провести медицинское обследование вопреки многократному получению отрицательных результатов и заверениям врачей об отсутствии физической, органической основы для симптоматики.

**Диссоциативные (конверсионные) расстройства.** Общие признаки, которые характеризуют диссоциативные и конверсионные расстройства, заключаются в частичной или полной потере нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознании идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контролировании движений тела, с другой.

**Этиология.** Ведущая роль принадлежит сочетанию психотравмирующих факторов и предрасполагающих особенностей пациента. В самом общем виде психотравмирующие факторы - это события, мешающие осуществлению тех или иных потребностей человека (инстинктивные влечения, безопасность, уважение, познавательные-эстетические потребности, потребность в самореализации). К предрасполагающим особенностям можно отнести заострение тех или иных черт характера (избирательная уязвимость) и истощение (астенизацию) психической деятельности, снижающую общий порог адаптации. Чем сильнее и длительнее воздействие психотравмирующих факторов, чем более элементарным потребностям они угрожают - тем меньшую роль играют особенности личности.

Терапия невротических расстройств должна включать в себя следующие основные задачи:

1. Устранение эмоциональных нарушений, типичных для невротического уровня поражения (эмоциональная лабильность, «раздражительная слабость», страхи, тревога, напряженность и др.).
2. Лечение астенических расстройств, преодоление физической и умственной истощаемости.
3. Регуляция вегетативных расстройств.
4. Лечение навязчивостей и фобий при их наличии.
5. Коррекция личностных особенностей
6. Устранение отрицательных внешних факторов.
7. Выявление и устранение соматических нарушений.

Основой терапевтической тактики является комплексное биологическое и социореабилитационное воздействие, в котором ведущая роль принадлежит транквилизаторам и психотерапии.

### **Тема 7. Расстройства личности.**

**Расстройства личности.** История учения о психопатиях и акцентуациях. Варианты расстройств личности. Динамика расстройств личности.

Расстройства личности представляют собой комплекс глубоко укоренившихся ригидных и дезадаптивных личностных черт, обуславливающих специфическое восприятие и отношение к себе и к окружающим, снижение социального приспособления и, как правило, эмоциональный дискомфорт и субъективный дистресс.

Расстройства личности очень близки к понятию «акцентуаций». Это сходные явления, отличающиеся прежде всего степенью выраженности. Принципиальная разница между ними состоит в том, что акцентуации никогда не обладают одновременно всеми тремя основными свойствами расстройств личности (влияние на все сферы жизни, стабильность во времени, социальная дезадаптация).

Они возникают чаще всего в подростковом или даже в детском возрасте, причем каждый тип расстройства имеет свой характерный возраст формирования. С начала своего возникновения эти дезадаптивные личностные черты уже не имеют очерченности во времени и пронизывают весь период взрослой жизни. Их проявления не ограничиваются каким-либо аспектом функционирования, а затрагивают все сферы личности – эмоционально-волевою, мышление, стиль межличностного поведения.

Понятие, введенное К. Леонгардом и означающее чрезмерную выраженность отдельных черт характера и их сочетаний, представляющую крайние варианты нормы, граничащие с психопатиями Психологический словарь, [www.psychology.net.ru](http://www.psychology.net.ru). Именно на описаниях этих акцентуаций строятся современные классификации характеров. Большой вклад в изучение акцентуаций характера внес известный отечественный психиатр А. Е. Личко. Его классификация построена на основе наблюдения за подростками.

Основными диагностическими критериями расстройства личности служат:

1. Тотальность патологических черт характера, которые проявляются в любой обстановке (дома, на работе);
2. Стабильность патологических черт, которые выявляются в детском возрасте и сохраняются до периода зрелости;
3. Социальная дезадаптация, являющаяся следствием именно патологических черт характера, не обусловленная неблагоприятными условиями среды.

Происхождение расстройств личности. Расстройства личности встречаются у 6-9% населения. Их происхождение в большинстве случаев неоднозначно. В их развитии играет роль патологическая наследственность (прежде всего алкоголизм, психические заболевания, расстройства личности у родителей), разного рода экзогенно-органические воздействия (черепно-мозговые травмы и другие не грубые повреждения мозга в возрасте до 3-4 лет, а также пре- и перинатальные нарушения), социальные факторы (неблагоприятные условия воспитания в детстве, в результате потери родителей или воспитание в неполной семье, с родителями, не уделяющими внимание детям, больными алкоголизмом, асоциальными личностями, имеющими неверные педагогические установки).

Классификация по П.Б. Ганнушкину: астенический тип, психастенический тип, шизоидный, параноидный, возбудимый, истерический, аффективный, неустойчивый.

Параноидное расстройство личности. Для страдающего данным расстройством человека характерна тенденция приписывать окружающим злые намерения; склонность к образованию сверхценных идей, самой важной из которых является мысль об особом значении собственной личности. Сам больной редко обращается за помощью, а если его направляют родственники, то при беседе с врачом он отрицает проявление расстройств личности.

Такие люди чрезмерно чувствительны к критике, постоянно кем-то недовольны. Подозрительность и общая тенденция к искажению фактов, путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий окружающих в качестве враждебных, нередко приводят к необоснованным мыслям о заговорах, субъективно объясняющих события в социальном окружении.

Шизоидное расстройство личности. Характеризуется замкнутостью, необщительностью, неспособностью к теплым эмоциональным отношениям с окружающими, сниженным интересом к сексуальному общению, склонностью к аутистическому фантазированию, интровертированностью установок, затруднением в понимании и усвоении общепринятых норм поведения, что проявляется в эксцентричных поступках. Страдающие шизоидными расстройствами личности обычно живут своими необычными интересами и увлечениями, в которых могут достигать больших успехов.

Для них часто характерна увлеченность различными философиями, идеями усовершенствования жизни, схемами построения здорового образа жизни за счет необычных диет или спортивных занятий, особенно если для этого не надо непосредственно иметь дело с другими людьми. У шизоидов может оказаться достаточно высоким риск пристрастия к наркотикам или алкоголю с целью получения удовольствия или улучшения контактов с окружающими людьми.

Диссоциальное расстройство личности. Характеризуется обращающим на себя внимание грубым несоответствием между поведением и господствующими социальными нормами. Больные могут обладать специфическим поверхностным шармом и производить впечатление (чаще на врачей противоположного пола).

Основная черта – стремление непрерывно получать удовольствие, максимально избегая труда. Начиная с детского возраста их жизнь представляет собой богатую историю асоциальных поступков: лживость, прогулы, побеги из дома, вовлеченность в криминальные группы, драки, алкоголизация, наркотизация, воровство, манипулирование окружающими в собственных интересах. Пик антисоциального поведения приходится на поздний подростковый возраст (16-18 лет).

Истерическое расстройство личности. Характеризуется чрезмерной эмоциональностью и стремлением к привлечению внимания, которые проявляются в различных жизненных ситуациях. Распространенность истерического расстройства личности в популяции составляет 2-3%, с преобладанием у женщин. Часто оно сочетается с соматизированным расстройством и алкоголизмом. Перечислим основные черты, характерные для данного расстройства: поиск внимания окружающих к себе, непостоянство в привязанностях, капризность, непреодолимое стремление всегда быть в центре внимания, вызывать к себе сочувствие или удивление (не важно по какому поводу). Последнее может достигаться не только экстравагантным внешним видом, хвастовством, лживостью, фантазерством, но и наличием у них «таинственных болезней», которые могут сопровождаться выраженными вегетативными пароксизмами (спазмы, ощущение удушья при волнении, тошнота, афония, онемение конечностей и другие расстройства чувствительности). Самое непереносимое для больных – равнодушие со стороны окружающих, в этом случае предпочитается даже роль «отрицательного героя».

Обсессивно-компульсивное расстройство личности. Таким людям свойственны озабоченность порядком, стремление к совершенству, контролю над психической активностью и межличностными отношениями в ущерб собственной гибкости и продуктивности. Все это значительно сужает их приспособительные возможности к окружающему миру. Больные лишены одного из важнейших механизмов приспособления к окружающему миру – чувства юмора. Всегда серьезные, они нетерпимы ко всему, что угрожает порядку и совершенству.

Постоянные сомнения в принятии решений, вызванные страхом совершить ошибку, отравляют им радость от работы, но тот же страх мешает им сменить место деятельности. В зрелом возрасте, когда становится очевидным, что достигнутый ими профессиональный успех не соответствует первоначальным ожиданиям и приложенным усилиям, повышен риск развития депрессивных эпизодов и соматоформных расстройств.

Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности. Им свойственно ограничение социальных контактов, ощущение собственной неполноценности и повышенная чувствительность к негативным оценкам. Уже в раннем детстве эти пациенты характеризуются как чрезмерно робкие и застенчивые, они искаженно воспринимают отношение к себе, преувеличивая его негативность, а также риск и опасность повседневной жизни. Им трудно говорить на публике или просто обратиться к кому-то. Потеря социальной поддержки может привести к тревожно-депрессивной и дисфорической симптоматике.

Нарциссическое расстройство личности. Наиболее отчетливо проявляющиеся с подросткового возраста представления о собственном величии, потребности в восхищении со стороны окружающих и невозможность переживания. Человек не допускает, что может стать объектом критики – он либо безразлично ее отрицает, либо приходит в ярость. Следует подчеркнуть черты, занимающие особое место в психической жизни человека с нарциссическим

расстройством личности: необоснованное представление о своем праве на привилегированное положение, автоматическое удовлетворение желаний; склонность эксплуатировать, использовать других для достижения собственных целей; зависть к окружающим или убеждение в завистливом к себе отношении.

Течение и прогноз личностных расстройств различное и зависит от конкретного случая. При шизоидных расстройствах личности возможны осложнения в виде развития шизофрении, бредового расстройства и других психозов. При диссоциальных и эмоционально неустойчивых расстройствах возможно улучшение состояния пациента в зрелом возрасте, но и бывают осложнения в виде насильственной смерти, злоупотребления психоактивными веществами и алкоголем, самоубийства, криминальных и финансовых проблем. У истероидных психопатов могут возникнуть соматизированные, конверсионные, диссоциативные, сексуальные, депрессивные расстройства.

Пациенты с расстройствами личности как правило попадают в поле зрения психиатров в периоды выраженных декомпенсаций состояния, в остальное время они не склонны к лечению. В лечении используют различные комплексы: психоанализ, аналитическую психотерапию, поддерживающую психотерапию, групповую терапию, семейную терапию, терапию средой, госпитализацию (кратковременную и длительную), фармакотерапию (антидепрессанты, нейролептики, транквилизаторы).

Можно говорить о двух принципиально разных типах динамики психопатии. Первый связан с возрастными кризисами в течение жизни индивида: подростковым и климактерическим. Изменения личности в эти периоды происходят у всех людей, психически полноценных или больных. Однако для психопатических личностей пубертатный кризис, переходный возраст характеризуются большей остротой, выраженностью характерологических расстройств; климактерический - сперва заострением, затем некоторым смягчением психопатических проявлений.

Второй тип динамики психопатии связан с воздействием внешних стрессовых воздействий, главным образом, психотравмирующих обстоятельств. При нем прежде всего выделяются состояния компенсации и декомпенсации. Возможность определенного приспособления к окружающей микросоциальной среде характеризует компенсацию расстройств личности и является в сущности вариантом динамики психопатии. Несмотря на патохарактерологические особенности, психопатическая личность большую часть своей жизни способна к той или иной степени адаптации, может находиться в обществе, сохранять социальные связи, работоспособность, семейные отношения и т.д. Эта адаптация достаточно хрупкая, может разрушиться от незначительной причины, но, тем не менее, она имеется благодаря существованию механизма компенсации. Компенсация - тип динамики психопатии, при котором в результате развития вторичных характерологических черт смягчается, маскируется выраженность основных особенностей личности, происходит временная адаптация пациента в его социальном окружении. В это время ведущие характерологические свойства проявляются минимально.

Декомпенсация проявляется явным обострением всех основных свойств характера, временным или продолжительным снижением или утратой существовавшей прежде социальной приспособленности субъекта. Как правило, декомпенсация возникает в результате влияния на личность различных психотравмирующих обстоятельств.

### **Тема 8. Шизофрения и другие бредовые психозы.**

Определение. Эпидемиология. Предрасполагающие факторы и признаки дизонтогенеза. Клинические проявления. Терапия. Реабилитация и прогноз.

Шизофрению и шизотипические расстройства объединяют генетические механизмы, однако шизотипические расстройства чаще протекают амбулаторно. Бредовые расстройства и шизофрения на этапе первого психоза трудно различимы, поэтому диагноз шизофрении правильнее ставить при наличии характерных симптомов только через 6 месяцев клинического наблюдения.



Всю диагностическую группу шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств объединяют расстройства мышления и функциональный характер психозов. Это означает, что при пристальном объективном исследовании не удастся обнаружить убедительных деструкций ЦНС.

Шизофрения – хроническое психическое эндогенное прогрессирующее заболевание, возникающее, как правило, в молодом возрасте. Продуктивная симптоматика при шизофрении весьма разнообразна, однако общим свойством всех симптомов является схизис (внутренняя противоречивость, нарушение единства психических процессов). Негативная симптоматика выражается в нарушении стройности мышления и прогрессирующих изменениях личности с потерей интересов и побуждений, эмоциональным оскудением. На отдаленных этапах заболевания при неблагоприятном течении формируется глубокий апатико-абулический дефект («шизофреническое слабоумие»).

Психические расстройства, проявляющиеся стойкими бредовыми идеями различного содержания, обычно отличаются от шизофрении отсутствием явной динамики, высокой степенью систематизации бреда. Для таких психозов характерны бред преследования, ревности, ипохондрические и дисморфоманические идеи. Бред воздействия и автоматизмы (синдром Кандинского-Клерамбо), напротив, практически никогда не встречаются. Эмоционально-волевого дефекта личности также не наблюдается. Бред может сочетаться с депрессией, отдельными зрительными, обонятельными или тактильными галлюцинациями.

Распространенность шизофрении составляет от 0,5 до 1%, риск заболевания населения составляет около 1%, женщины и мужчины в одинаковой степени подвержены заболеванию (в Германии 800 тыс. больных шизофренией). Основной возраст для развития заболевания – период между подростковым возрастом и 30-м годом жизни, в 80% случаев манифестация регистрируется до 40-летнего возраста. В отличие от мужчин, женщины заболевают на 3-4 года позднее.

В последние годы наиболее широкое признание получила так называемая модель «стресс-диатеза». Согласно этой модели для возникновения заболевания необходимо наличие специфической уязвимости индивида (диатеза), и действие стрессора окружающей среды. Стрессор может быть биологическим (например, инфекция, физическая травма) или психосоциальным (неблагоприятная семейная обстановка, длительно сохраняющаяся психотравмирующая ситуация). Шизофренический диатез представляет собой генетическую предрасположенность, которая может быть выражена в разной степени, но в течение жизни – усугубляться под влиянием эпигенетических факторов – как биологических, так и психосоциальных.

Одна из важных особенностей детской шизофрении состоит в том, что связанное с возрастом видоизменение клинической картины и течения заболевания — «возрастной патоморфоз» – характеризуется, в частности, не только формированием типичного для шизофрении дефекта психики, но и сопутствующим процессом нарушением развития ребенка (дизонтогенезом).

К психическим дизонтогениям относятся самые разнообразные психические аномалии. В зависимости от сроков возникновения и преимущественного страдания различных сторон психической деятельности различают врожденные аномалии с тотальным недоразвитием психической деятельности, прежде всего, интеллекта – олигофрении. При искаженном или парциальном недоразвитии эмоционально-волевой сферы и личности говорят о дизонтогениях, связанных с врожденной патологией личности (психопатии), к ним же относятся конституциональный инфантилизм и невротии.

К постнатальным дизонтогениям, связанным с нарушением формирования личности преимущественно под влиянием отрицательных микросоциальных условий и деформирующего воспитания относятся патологические развития или патохарактерологические формирования личности по В.В. Ковалеву (астеническое, невротическое, ипохондрическое, паранойальное и т. д.).

Клинические проявления дизонтогенеза при шизофрении относят обычно к негативным симптомам – это задержанный или искаженный тип дизонтогенеза, при котором наряду с задержкой выступает неравномерность (диссоциация) развития.

Психопатологические проявления шизофрении отличаются большим многообразием. По своим особенностям они подразделяются на негативные и продуктивные. Негативные отражают выпадение или извращение функций, продуктивные – выявление особой психопатологической симптоматики: галлюцинаций, бреда, аффективного напряжения и т. д. Их соотношение и представленность в психическом состоянии больного зависят от прогрессивности и формы заболевания.

Характерной особенностью шизофрении является снижение психической активности - «редукция энергетического потенциала». Больным становится труднее учиться и работать. Любая деятельность, особенно умственная, требует все большего напряжения; крайне затруднена концентрация внимания. Все это приводит к трудностям восприятия новой информации, использования запаса знаний, что в свою очередь вызывает профессиональное снижение, а иногда полную интеллектуальную несостоятельность при формально сохранных функциях интеллекта. Для больных шизофренией характерны симптомы нарушенного мышления, эмоциональные и волевые расстройства, которые проявляются в различных вариантах.

Нарушения мышления проявляются тем, что больные жалуются на неуправляемый поток мыслей, их закупорку, параллелизм и др. Им трудно постичь смысл прочитанного текста книг, они могут улавливать особый смысл в отдельных предложениях, словах, создавать новые слова (неологизмы). Мышление бывает расплывчатым, в высказываниях происходит как бы соскальзывание с одной темы на другую без видимой логической связи. Логическая непоследовательность в высказываниях у многих больных с далеко зашедшими болезненными изменениями приобретает характер речевой разорванности (шизофазия).

Эмоциональные нарушения начинаются с утраты морально-этических свойств, чувства привязанности и сострадания к близким, а иногда это сопровождается неприязнью и злобностью. Снижается, а со временем и пропадает полностью интерес к любимому делу. Больные становятся неряшливыми, не соблюдают элементарного гигиенического ухода за собой. Ранним признаком эмоциональных нарушений может быть возникновение замкнутости, отчужденности, странности в поведении. Для пациентов становятся характерными необычные поступки, манера поведения, ранее не свойственные им, и мотивы которых нельзя связывать с какими-нибудь обстоятельствами. Расстройства восприятия проявляются преимущественно слуховыми галлюцинациями и часто псевдогаллюцинациями различных органов чувств: зрительными, слуховыми, обонятельными и т. д. Из бредовых переживаний можно наблюдать также различные формы бреда: паранойяльный, параноидный и парафренный.

Типичны также для шизофрении и различные своеобразные сенестопатические проявления: неприятные ощущения в голове и других частях тела. Сенестопатии имеют вычурный характер: больные жалуются на ощущение распирающего одного полушария в голове, сухость желудка и т. д. Локализация сенестопатических проявлений не соответствует болезненным ощущениям, которые могут быть при соматических заболеваниях.

Двигательно-волевые нарушения многообразны по своим проявлениям. Они обнаруживаются в виде расстройства произвольной деятельности и в форме патологии более сложных волевых актов. Одним из ярких видов нарушения произвольной деятельности является кататонический синдром. Кататонический синдром включает состояния кататонического ступора и возбуждения.

Различают активную терапию, купирующую проявления болезни в период ее манифестации, приступа и эксацербации; поддерживающую терапию, направленную на сохранение достигнутого улучшения и стабилизацию состояния, и профилактическую терапию, целью которой предупреждение рецидивов болезни и удлинение ремиссий.

Наиболее распространенный биологический метод лечения шизофрении — психофармакотерапия, но наряду с ней используют инсулинокоматозную и электросудорожную (ЭСТ) терапию.

При выраженных психических расстройствах с преобладанием бредовых, галлюциаторных проявлений, состояний возбуждения применяют в основном нейролептики: мажептил, галоперидол, азалептин, аминазин и т. д. При наличии кататонической симптоматики — этапера- зий, френолон, эглонил. Учитывая необходимость длительного лечения [шизофрения, стойкие (хронические) бредовые состояния], применяют нейролептики пролонгированного действия: модитен-депо, галоперидол-деканоат (инъекции проводятся раз в 3-4 недели), клопиксол-депо. Следует отметить, что дифференцированная предпочтительность в действии конкретных психотропов и психопатологических синдромов отсутствует.

У больных, получающих нейролептики, особенно в высоких дозах, возникают побочные действия — неврологические нарушения — нейролептический синдром, который проявляется общей мышечной скованностью, спазмом отдельных мышц, неусидчивостью, гиперкинезами. Для предупреждения этих расстройств больным назначают также корректоры: циклодол, норакин.

В тех случаях, когда преобладают негативные психические расстройства, рекомендуется применять атипичные нейролептики (респирidon — рисполепт), оланзапин (зипрекса), нейролептические препараты со стимулирующим действием. Больным с депрессивными и депрессивно-параноидными явлениями следует назначать антидепрессанты. При сложных психопатологических синдромах возможна комбинация препаратов, включающая различные нейролептики, антидепрессанты и другие средства. Хорошие результаты наблюдаются также при применении таких традиционных методов, как инсулиношоковая и в крайних случаях электросудорожная терапия. Помимо неврологических расстройств, при терапии нейролептиками могут наблюдаться осложнения функций и других систем организма: сердечно-сосудистой, печени, крови и т. д.

Реабилитационные мероприятия при шизофрении: 1) программы лечения в дневном стационаре, 2) индивидуальная пошаговая реабилитация, построенная по принципу маленьких шагов: создание и сохранение баланса между недостаточной и чрезмерной стимуляцией, 3) пошаговое возвращение пациента в его социальный и профессиональный мир: помещение на определенный срок в специальное учреждение, такое как терапевтические группы совместного проживания, или бытовое сопровождение, 4) социально-терапевтическая интеграция больных, 5) для пациентов, интеграция которых не представляется возможной, предлагается размещение в специализированных реабилитационных учреждениях длительного пребывания, дающих возможность овладения определенной профессией и трудоустройства в специальных социально-защищенных мастерских и т.д.

К сожалению, сегодня не найдено средство, которое могло бы излечить шизофрению полностью. Однако примерно у 30% заболевших развивается длительная, стабильная ремиссия — период улучшения. В 30% случаев болезнь принимает хронический характер. Для таких больных характерны частые её обострения, постепенное утяжеление расстройств, что приводит к утрате работоспособности и нарушению социальной адаптации.

Треть больных занимают промежуточное положение. Для них характерны умеренные расстройства и периодическое обострение заболевания — через месяцы, а иногда и годы. В периоды между приступами многие такие пациенты могут научиться справляться с заболеванием и восстановить большинство навыков. Всем больным шизофренией необходимо проведение медикаментозного лечения.

### **Тема 9. Шизотипическое и аффективное расстройства.**

Шизотипическое расстройство. Названия по старой классификации («латентная», «вялотекущая», «неврозоподобная», «психопатоподобная» шизофрения). Непроцессуальные бредовые расстройства (ранее обозначаемые как инволюционный параноид, реактивный параноид, индуцированный психоз). Аффективные расстройства. Определение. Эпидемиоло-

гия. Этиология. Клиника маниакального эпизода, биполярного аффективного расстройства, депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного расстройства. Циклотимия – эпидемиология, этиология, клиника. Дистимия – эпидемиология, этиология, клиника. Использование психометрических методик для оценки аффективных расстройств – шкалы депрессии и тревоги Гамильтона, шкала мании Янга (YOUNG MANIARATING SCALE). Лечение и профилактика аффективных расстройств.

Шизотипическое расстройство в психиатрии определяется как одна из форм вялотекущей шизофрении. Как правило, заболевание протекает длительно, на протяжении многих лет, а начало его обычно приходится на молодой возраст – двадцать-тридцать лет. Точно диагностировать данное личностное расстройство зачастую можно только при тщательном наблюдении за больным в течение длительного периода времени. Диагноз шизотипическое расстройство ставится тогда, когда отсутствует полная клиническая картина, характерная для шизофрении.

Впервые заболевание «вялотекущая шизофрения» описал советский психиатр А.В. Снежневский. В дальнейшем ученые, описывая симптомы данного недуга, употребляли термины: «латентная шизофрения», «мягкая шизофрения», «предшизофрения» и другие. Все эти названия подразумевают под собой расстройство психики, характеризующееся медленным течением, отсутствием яркой симптоматики, характерной для шизофренического психоза.

Неврозоподобная форма считается самой благоприятной в плане лечения, так как имеет длительные периоды ремиссии. У пациента присутствуют фобии, страхи, навязчивые состояния. Появляются суицидальные мысли. Такие больные исполняют различные защитные ритуалы, вовлекая в них широкий круг людей.

Психопатоподобная форма проявляется в изменении личности. Человек может совершать поступки, свойственные сумасшедшим людям, но при этом сохраняет полную вменяемость. Он высказывает бредовые идеи, которые, однако, не теряют связи с реальностью.

#### Инволюционный параноид

Данная форма психоза впервые возникает в возрасте обратного развития (инволюции) и характеризуется бредом обыденных отношений.

Непроцессуальные бредовые расстройства. Инволюционный параноид проявляется постепенным формированием стойкого бреда при ясном сознании и внешне сравнительно упорядоченным поведением. В бредовые идеи больного вовлекается ближайшее окружение (родня, соседи, знакомые). Больной их подозревает в сознательном причинении различных неприятностей, таких как вредительство, притеснение, нанесение ущерба, отравление.

Реактивный параноид. Клиническая медицина подразделяет реактивные психозы на: острую реакцию на стрессовое воздействие; истерические психозы; депрессии и мании психогенной этиологии; психогенный параноид. Реактивный параноид представляет собой группу психозов, вследствие чего обладает богатой симптоматикой, возникающей вследствие психической травмы (например, пребывания в чуждой обстановке, в условиях серьезного стресса). Основные симптомы при данной форме параноида – это сверхценные или бредовые идеи. Кроме того, возможны галлюцинации. Больные характеризуются повышенной тревожностью и подозрительностью. Они пребывают в устойчивом психологическом напряжении. Часто при реактивном параноиде выявляется депрессивная составляющая в разной степени выраженности. Диагностируют данную форму недуга, основываясь на данных анамнеза и клинической симптоматике.

Индукцированный психоз появляется, когда бредовая система развивается у больного в результате тесной связи с другим лицом, у которого ранее было установлено наличие сходной бредовой системы. Считается, что этиологически это заболевание связано с психосоциальной основой. Ключевыми компонентами являются наличие пары, состоящей из более доминирующего и более подчиненного субъектов, наличие очень тесной связи и относительной изоляции от других и взаимная выгода для обоих. У доминирующего лица уже установлено наличие психического расстройства в виде бредового симптома. Высказывается гипотеза, что доминирующий субъект поддерживает определенную связь с внешним миром через

подчиненного субъекта, у которого развивается индуцированный психоз. Подчиненный субъект, в свою очередь, принимает точку зрения более доминирующего субъекта, которого он иногда обожает. Это обожание может также приводить к ненависти со стороны доминирующего субъекта. Подобная ненависть тяжело переживается подчиненным субъектом, вызывая депрессию, а иногда и суицид.

Типичный аффективный синдром включает обязательную триаду симптомов: расстройство эмоций, воли и течения ассоциативного процесса, а также дополнительные симптомы: нарушения самооценки, влечений, тенденций и поведения.

В МКБ-10 включены следующие аффективные расстройства: депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимия, реактивная депрессия, маниакальный эпизод, биполярное аффективное расстройство, циклотимия.

Классификация аффективных синдромов основана на трех параметрах:

- 1) аффективный полюс: депрессивный, маниакальный, смешанный;
- 2) структура: типичная, атипичная;
- 3) степень выраженности: психотический, непсихотический.

Эпидемиология. Обзор данных показывает, что риск возникновения биполярного расстройства на протяжении жизни не превышает 1 %, а ежегодная заболеваемость составляет (на 100 тыс. лиц данного пола) среди мужчин от 9 до 15, а среди женщин – от 7 до 30 случаев. Что касается большого депрессивного расстройства, то по данным исследований, проведенных в Соединенных Штатах, частота его возникновения на протяжении жизни составляет около 6 %. Показатели ежегодной заболеваемости (на 100 тыс. лиц данного пола) колеблются в пределах от 80 до 200 для мужчин и от 250 до 7800 для женщин.

Основными этиологическими факторами аффективных расстройств являются: эндогенный (генетически обусловленная предрасположенность к аффективным расстройствам), психогенный (депрессия — наиболее типичная реакция человека на психическую травму) и органический (резидуально-органическая неполноценность, последствия перенесенных нейроинфекций, интоксикации, травм головы и т.п., формирующих нарушение эмоционально-волевой сферы).

Маниакальный эпизод – это аффективное расстройство, характеризующееся патологически повышенным фоном настроения и увеличением объема и темпа физической и психической активности. Настроение у больного приподнято неадекватно обстоятельствам и может варьировать от беспечной веселости до почти неконтролируемого возбуждения. Подъем настроения сопровождается повышенной энергичностью, приводящей к гиперактивности, чрезмерному объему и скорости речевой продукции, повышению витальных влечений (аппетит, сексуальное влечение), снижению потребности во сне. Могут возникать нарушения восприятия. Нормальное социальное торможение утрачивается, внимание не удерживается, отмечается выраженная отвлекаемость, завышенная самооценка, легко высказываются сверхоптимистичные идеи и идеи величия. Критика снижается или отсутствует.

Биполярное аффективное расстройство (БАР) – пожизненное аффективное нарушение, характеризующееся эпизодами субдепрессии, депрессии, гипомании, мании, а также смешанными маниакально-депрессивными состояниями. Заболевание проявляется в виде депрессивных и маниакальных фаз. Депрессивное состояние определяется подавленным настроением, заторможенностью мыслительных и двигательных процессов. Больные заторможены, иногда обездвижены, сидят в одной позе или лежат в постели. Выражение лица скорбное, печальное. На вопросы отвечают односложно. У больных исчезает аппетит, больные теряют в весе. Маниакальное состояние выражается в повышенном, приподнятом настроении, чрезмерно активной деятельности. Больные находятся в превосходном расположении духа, ощущают необычайную бодрость, прилив сил. Они веселы, многоречивы, шутят, легко отвлекаются, принимают за ненужные дела, находят несвойственные им занятия. У больных прекрасный аппетит, однако, они могут худеть, т.к. слишком много расходуют энергии. Повышается половое влечение.

Депрессивный эпизод - аффективное расстройство, характеризующееся эмоциональными, когнитивными и соматическими нарушениями, что проявляется в снижении настроения, утрате интересов и удовольствия, снижении энергичности, а в результате, в снижении активности и повышенной утомляемости. Отмечается выраженная утомляемость даже при незначительном усилии. В числе дополнительных симптомов также присутствуют сниженная способность к сосредоточению и вниманию; сниженная самооценка и чувство уверенности в себе; вторичные идеи самообвинения; мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия направленные на самоповреждение или суицид; нарушенный сон; сниженный аппетит.

Рекуррентное депрессивное расстройство - расстройство, характеризующееся повторными депрессивными эпизодами легкой степени, средней или тяжелой степени, без анамнестических данных об отдельных эпизодах приподнятого настроения, гиперактивности, которые могли отвечать критериям мании.

Циклотимия обычно рассматривается как менее тяжелая форма биполярного расстройства. Концепция, согласно которой циклотимия рассматривается как связанное с биологическими особенностями врожденное расстройство темперамента, кажется более вероятной, чем соответствующая точка зрения на дистимию. Некоторые психиатры придерживаются точки зрения, что циклотимия первично обусловлена хаотическими объективными отношениями в раннем периоде жизни.

Распространенность циклотимии, как считают, составляет менее 1%. Эта цифра, однако, занижена из-за диагностических критериев, а также из-за того, что больные циклотимией избегают обращения к врачу. По другим данным, на долю циклотимии приходится 3-10% всех психически больных, находящихся на амбулаторном лечении, включая множество пациентов, обращающихся по поводу нарушения межличностных или супружеских отношений. Соотношение между заболеваемостью у женщин и мужчин составляет 3:2; начало заболевания у 50-75% больных наблюдается в возрасте 15-25 лет.

Этиология. Биологический фактор - циклотимия является субаффективным расстройством, связанным с биполярным расстройством. Приблизительно у 30% больных циклотимией в семейном анамнезе отмечены случаи биполярных расстройств; эта цифра соответствует той, которая наблюдается у больных с биполярными расстройствами. Более того, в родословной семей больных с биполярными расстройствами часто имеется потомство больных с биполярными расстройствами, «связанное» с поколением больных с циклотимией.

Психосоциальные факторы. Психодинамические теории постулируют важность ранних детских переживаний, при этом часто выявляют травму или фиксацию во время ранней оральной фазы или фазы младенческого развития. Фрейд считал, что состояние циклотимии есть попытка эго преодолеть жестокое и карающее суперэго. Гипомания наблюдается, когда депрессивная личность сбрасывает оковы внешнего жестокого суперэго; самокритика отсутствует и исчезает торможение. При гипоманиакальных приступах основным защитным механизмом является отрицание - больной не осознает внешнюю реальность и избегает лежащих в основе этого осознания депрессивных ощущений.

У больных с циклотимией могут иметь место все симптомы биполярных расстройств: депрессивные, маниакальные и смешанные состояния. Ниже приводятся диагностические критерии для циклотимии:

1. Наличие по меньшей мере в течение 2 лет (1 год для детей и подростков) многочисленных гипоманиакальных эпизодов (отвечающих всем критериям маниакального приступа; кроме критерия В, который указывает на выраженные нарушения) и многочисленных периодов депрессивного настроения или потери интереса или чувства удовольствия, не отвечающих критерию А для тяжелого депрессивного приступа.

2. Отсутствие в течение 2 лет (1 год для детей и подростков) расстройства периода без гипоманиакальных или депрессивных симптомов в течение более чем 2 месяцев подряд.

3. Отсутствие отчетливых указаний на наличие тяжелого депрессивного приступа или маниакального приступа в течение первых 2 лет расстройства (1 год для детей и подростков).

Отметьте: после минимального периода циклотимии может быть наложение маниакального или тяжелого депрессивного приступа; в этих случаях ставится дополнительный диагноз биполярного расстройства или биполярного расстройства, ДНО.

4. Отсутствие наложения хронического психотического расстройства, такого как шизофрения или бредовое расстройство.

5. Нельзя установить наличие какого-либо органического фактора, который лежал бы в основе или поддерживал данное расстройство (например, повторная интоксикация наркотиками или алкоголем).

Дистимия характеризуется хроническими непсихотическими признаками и симптомами депрессии, которые отвечают специфическим диагностическим критериям, но не соответствуют критериям для тяжелого депрессивного расстройства. Дистимия означает «дурное настроение», у этих больных отмечаются интровертированность, угрюмость и заниженная самооценка. Больные, у которых легкие приступы депрессии регистрируют эпизодически, а не постоянно, не рассматриваются как имеющие дистимические расстройства.

Эпидемиология. Данные научных исследований позволяют предполагать, что дистимия является относительно частым расстройством. Как считают, оно встречается среди населения с частотой 45 на 1000, а частота его возникновения у психически больных составляет примерно 10%. Это нарушение встречается у женщин чаще, чем у мужчин.

Этиология. Биологические факторы. У некоторых больных с дистимией, у которых в семье встречаются расстройства настроения, отмечают уменьшение латентности ФБС и положительную реакцию на лечение антидепрессантами. Они действительно выглядят как больные с субаффективным синдромом, имеющим общую генетическую и патофизиологическую основу с тяжелым депрессивным синдромом.

Психосоциальные факторы. В противоположность теориям, согласно которым раннее начало дистимии представляет собой проявление врожденного темперамента, психодинамические теории рассматривают дистимию как результат несовершенства личности изго-зависимости, кульминация которой наступает при столкновении с трудностями адаптации к условиям подросткового и юношеского возраста. Карл Абрахам предположил, что вызывающие депрессию конфликты центрируются вокруг орально- и анально-садистских наклонностей. Анальные наклонности проявляются в чрезмерной подчиняемости, виновности и заботе о других; считается, что они являются защитой от преобладания анального вещества, от дезорганизации, враждебности и погружения в самого себя. Самая сильная защита осуществляется в реактивной формации. Низкая самооценка, ангедония и интроверсия часто сочетаются с депрессивным характером.

Клинические признаки и симптомы:

1. Депрессивное настроение (или раздражительное настроение у детей и подростков) большую часть дня, в течение большего количества дней, чем недепрессивное, по свидетельству самого больного или по наблюдениям окружающих, в течение, по меньшей мере, 2 лет (1 год для детей и подростков).

2. Наличие по меньшей мере двух из следующих факторов в период нахождения больного в состоянии депрессии: плохой аппетит или переедание; бессонница или чрезмерная сонливость; низкая энергия или усталость; низкая самооценка; снижение способности к концентрации внимания или трудности в принятии решения; чувство безнадежности.

3. В течение 2-летнего периода (1 года для детей и подростков) наличия расстройства не наблюдается отсутствие приведенных в пункте А симптомов более чем в течение 2 месяцев подряд.

4. Отсутствие явного приступа тяжелого депрессивного расстройства в течение первых 2 лет (1 года для детей и подростков) с начала заболевания.

Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS) предназначена для оценки состояния пациентов с уже установленным диагнозом тревожного расстройства и для оценки тревоги у пациентов, страдающих другими расстройствами, чаще всего депрессивными. Шкала во многом основана на субъективной оценке пациента, которая является важным критерием

оценки заболевания до начала терапии и улучшения состояния после лечения. HARS считается эффективным и точным инструментом измерения тяжести тревожного синдрома, даже несмотря на то, что она не позволяет достаточно точно оценивать генерализованную тревогу.

Оценочная шкала маний Янга (англ. Young Mania Rating Scale); YMRS — клиническое пособие, разработанное специалистами Королевского колледжа психиатров (The Royal College of Psychiatrists). Впервые была опубликована в 1978 году. Шкала Янга является клиническим инструментом, используемым для определения выраженности маниакальных симптомов.

Терапия аффективных расстройств складывается из лечения собственно депрессий и маний, а также профилактической терапии. Терапия депрессий включает, в зависимости от глубины, широкий спектр препаратов от флуоксетина, леривона, золофта, миансерина до трициклических антидепрессантов и ЭСТ. Применяются также терапия депривацией сна и фотонная терапия. Терапия маний складывается из терапии возрастающими дозами лития при контроле их в крови, применении нейролептиков или карбамазепина, иногда бета-блокаторов. Поддерживающее лечение осуществляется карбонатом лития, карбамазепином или вальпратом натрия.

Профилактика аффективных расстройств состоит из таких правил: полный отказ от вредных привычек; доверительные отношения в семье, особенно между родителями и детьми; прием лекарств, включающих нейромедиаторы.



## **2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ**

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний, полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

*Практические занятия проводятся в форме заслушивания докладов и обсуждения материала.* Обсуждение направлено на лучшее усвоение изученного материала, освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

*Практическое занятие по данной дисциплине проводится также в форме устного опроса* студентов по плану практических занятий, предполагающего проверку знаний усвоенного лекционного материала.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является неполным, ориентированным в большей степени на одни разделы дисциплины, и в меньшей – на другие. Поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном в рабочей программе дисциплины списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таким образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

### **Практические занятия**

#### **Тема 1. Организация психиатрической помощи в России и мире.**

- 1) Отношение к психически больным в различные исторические эпохи. Ф. Пинель и движение за ограничение мер стеснения психически больных.
- 2) Положения законодательства, регламентирующие права душевнобольных, их освидетельствование, порядок госпитализации в том числе в недобровольном порядке).
- 3) Показания к госпитализации психически больных
- 4) Социально-опасное и суицидальное поведение у душевно больных. Первая и неотложная помощь больному с психическими нарушениями.

5) Особенности госпитализации психически больного, находящегося в состоянии психомоторного возбуждения. Правила удержания больного. Современные методы купирования возбуждения.

6) Методы реадaptации и реабилитации психически больных, лечебно-трудо-вые мастерские.

7) Организация работы дневного стационара.

## **Тема 2. Вопросы диспансеризации, трудовой, судебной и военной экспертизы.**

1) Временная и стойкая нетрудоспособность при психических заболеваниях.

2) Условия установления инвалидности, организация работы специализированной МСЭК, порядок направления и освидетельствования.

3) Клинические критерии определения степени снижения трудоспособности (групп инвалидности).

4) Трудоустройство психически больных, использование остаточной трудоспособности, обучение новой специальности.

5) Ответственность душевнобольных за совершение противоправных действий. Критерии вменяемости и невменяемости.

6) Организация судебной экспертизы. Проведение военной психиатрической экспертизы.

7) Диспансерное наблюдение при различных психических заболеваниях, его задачи.

8) Условия постановки больного на учёт. Проблема патронажа.

9) Преимущество стационарной и амбулаторной помощи.

10) Значение поддерживающей терапии при различных психических заболеваниях.

## **Тема 3. Общие положения семиотики психических расстройств и выбора терапевтических стратегий.**

1) Понятие симптома и синдрома в психиатрии, их информационная значимость для уяснения содержания психических расстройств, сущности болезненного процесса.

2) Роль синдрома в планировании лечебных мероприятий и установлении прогноза. Уровни психических расстройств (пограничный, психотический, интеллектуально-мнестический).

3) Понятие продуктивной и негативной (дефицитарной) симптоматики.

4) Органические и функциональные психические расстройства.

5) Методы исследования, применяемые в психиатрии. Клинический и клинικο-катамнестический методы.

6) Правила сбора анамнеза, субъективные и объективные сведения, порядок описания психического состояния на момент обследования, сбор катамнестических сведений, анализ полученного материала.

7) Методы терапии в психиатрии. Биологическая терапия. Шоковые методы: инсулино-коматозная и электросудорожная терапия (ЭСТ); расстройства, осложнения, противопоказания.

8) Принципы выбора методики психотерапии. Сущность и правила проведения основных вариантов психотерапии: рациональной, суггестивной (в том числе гипноза), условно-рефлекторной (бихевиориальной), ауто-тренинга, психоанализа. Показания, границы терапевтической эффективности.

9) Границы терапевтической эффективности при психофармакотерапии. Купирующая и поддерживающая терапия, проблема терапевтических ремиссий, ситуация «вращающихся дверей».

## **Тема 4. Дифференциально-диагностическое значение расстройств психической деятельности.**

1) Диагностическое значение симптомов расстройства восприятия.

- 2) Особенности нарушения восприятия при различных психических заболеваниях.
- 3) Диагностическое значение нарушений ассоциативного процесса, расстройств суждений и умозаключений при различных психических заболеваниях.
- 4) Профилактика социально-опасного поведения лиц с нарушениями мышления.
- 5) Нарушения памяти в дифференциации психических расстройств.
- 6) Физиологический и патологический аффекты.
- 7) Основные симптомы и синдромы нарушения влечений.
- 8) Расторженность влечений, недостаточность, оскудение влечений, извращение влечений
- 9) Расстройства воли (гипербулия, гипобулия, абулия, парабулия).
- 10) Депрессивный синдром. Понятие витальной (предсердной) тоски. Расстройства мышления, воли, влечений, движений при депрессии.
- 11) Соматические(вегетативные) нарушения при депрессии, понятие маскированной (ларвированной, соматизированной) депрессии.
- 12) Динамика депрессий, суточные колебания настроения. Различные клинические формы депрессий (тоскливая, тревожная, ажитированная). Клинические проявления депрессии. Бессонница как ранний симптом депрессии, неврозов, острых психозов и мании. Современные средства лечения бессонницы. Гиперсомния.
- 13) Суицидальные тенденции, правила ухода и надзора. Маниакальный синдром. Апатико-абулический синдром.

#### **Тема 5. Классификация психических расстройств.**

- 1) Этиология психических заболеваний, понятие причины и провоцирующего фактора,
- 2) Дизонтогенез и преморбидные особенности личности.
- 3) Понятие эндогенных, экзогенных (в том числе соматогенных) и психогенных психических расстройств.
- 4) Понятие болезни (процесса), патологического развития и конечного состояния (дефекта). Нозологический и синдромальный принцип в проведении классификации.
- 5) Основные варианты течения психических заболеваний (непрерывное, прогрессивное, регрессивное, рецидивирующее, фазовое, приступообразное, волнообразное).
- 6) Исторически сложившиеся принципы классификации психических заболеваний в России и Международная классификация болезней (МКБ-10).
- 7) Общие проявления заболеваний экзогенной природы, понятие психоорганического синдрома, его основные варианты.
- 8) Значение методов специального обследования для установления диагноза. Использование психометрической шкалы MMSE (MINI-MENTAL STATE EXAMINATION).

#### **Тема 6. Экзогенные психические расстройства.**

- 1) Психические нарушения при черепно-мозговых травмах. Распространённость ЧМТ. Классификация: открытые (проникающие, непроникающие), закрытые (коммоции, контузии).
- 2) Течение: регрессивность, стадийная смена симптоматики (начальный, острый периоды, период реконвалесценции, период отдаленных последствий).
- 3) Клинические проявления в различные периоды: начальный и острый (расстройства сознания, амнезии, астения, вегетативные и вестибулярные расстройства, транзиторные психозы с эпилептиформным возбуждением, делирий, острый галлюциноз, Корсаковский синдром, локальная неврологическая симптоматика), период отдаленных последствий (церебрастения, энцефалопатия с изменениями личности, судорожным синдромом или слабоумием).
- 4) Профилактика возникновения психических расстройств при травмах головы. Проблема компенсации церебральных функций.
- 5) Психические нарушения инфекционного генеза. Сифилис мозга и прогрессивный паралич. Начальные проявления и клиника развернутой стадии заболевания.

- 6) Различие деменции при прогрессивном параличе и сифилисе мозга. Типичная неврологическая симптоматика. Серологическая диагностика, показатели ликвора.
- 7) Особенности психических нарушений при энцефалитах.
- 8) Психические нарушения при СПИДе. Прогноз, профилактика.
- 9) Психические расстройства сосудистого генеза. Общая характеристика, распространенность. Нозологические формы: атеросклероз, гипертоническая болезнь, гипотония.
- 10) Клиническая картина: неврозоподобные и психопатоподобные расстройства, различные варианты деменции.
- 11) Острые сосудистые психозы. Дифференциальная диагностика с другими органическими и эндогенными психическими заболеваниями.
- 12) Дегенеративные эндогенные заболевания мозга: болезни Альцгеймера, Пика. Распространенность, особенности проявления деменции, течение, прогноз. Уход за дементными больными пожилого возраста.
- 13) Психические расстройства при эпилепсии. Острые и хронические эпилептические психозы, изменения личности (торпидность, взрывчатость, педантизм, эгоцентризм, вязкость мышления, эмоциональная ригидность). Эпилептиформный синдром и признаки внутричерепной гипертензии как частые инициальные проявления опухолей. Купирование эпилептических психозов, дисфорий, сумеречных состояний.

#### **Тема 7. Расстройства личности.**

- 1) История учения о психопатиях (П.Б. Ганнушкин, О.В. Кербинов).
- 2) История учения об акцентуациях характера (Э. Кречмер, К. Леонгард, А.Е. Личко).
- 3) Варианты расстройства личности: параноидное (паранойяльное), шизоидное, диссоциальное, эмоционально-неустойчивое, истерическое, ананкастное (обсессивно-компульсивное), тревожное («уклоняющееся», «избегающее»).
- 4) Понятие компенсации и декомпенсации.
- 5) Динамика расстройств личности.
- 6) Особенности формирования патологической личности в сравнительно-возрастном аспекте.
- 7) Диагностика расстройств личности в клинической психологии.
- 8) Коррекция расстройств личности.

#### **Тема 8. Шизофрения и другие бредовые психозы.**

- 1) Продуктивные и негативные симптомы шизофрении.
- 2) Понятия схизиса, аутизма, прогредиентности.
- 3) Понятие о шизофреническом дефекте.
- 4) Основные клинические формы шизофрении: параноидная, простая, кататоническая, гебефреническая.
- 5) Течение шизофрении: начало заболевания (острое, подострое, постепенное), типы течения (непрерывный, приступообразно-прогредиентный - шубообразный, рекуррентный, периодический).
- 6) Признаки благоприятного и неблагоприятного прогноза при шизофрении.
- 7) Особенности шизофрении в детском и позднем возрасте.

#### **Тема 9. Шизотипическое и аффективное расстройства.**

- 1) Названия по старой классификации («латентная», «вялотекущая», «неврозоподобная», «психопатоподобная» шизофрения).
- 2) Непроцессуальные бредовые расстройства (ранее обозначаемые как инволюционный параноид, реактивный параноид, индуцированный психоз).
- 3) Аффективные расстройства. Определение. Эпидемиология.
- 4) Этиология
- 5) Клиника маниакального эпизода.

- 6) Клиника биполярного аффективного расстройства.
- 7) Клиника депрессивного эпизода.
- 8) Клиника рекуррентного депрессивного расстройства.
- 9) Циклотимия – эпидемиология, этиология, клиника.
- 10) Дистимия – эпидемиология, этиология, клиника.
- 11) Использование психометрических методик для оценки аффективных расстройств – шкалы депрессии и тревоги Гамильтона, шкала мании Янга (YOUNG MANIARATING SCALE).
- 12) Лечение и профилактика аффективных расстройств.

### 3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы.

#### *Работа с литературой*

Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой по всем формам занятий: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.

Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются.

Более эффективный метод – метод кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения. При изучении дисциплины «Психиатрия» важным вариантом кодирования информации является составление схем и таблиц. В этом случае помимо вербальной (словесной), задействуется моторная память, что способствует более полному усвоению материала.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

План – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме.

Выписки представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы, а также дословные и близкие к дословным записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе основную идею (идеи) прочитанного текста. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста. Выписки позволяют в концентрированной форме и с максимальной точностью воспроизвести наиболее важные мысли автора, статистические и фактологические сведения.

Тезисы – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

Аннотация – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

Резюме – краткая оценка изученного содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются.

Конспект представляет собой сложную запись содержания исходного текста, включающая в себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему.

При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами. Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывать лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа – одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Тематика заданий для самостоятельной работы включает в себя задания для самостоятельной работы.

#### *Задания для самостоятельной работы:*

1. Подготовка материала по теме «Теоретические и организационные основы психиатрии»:

1) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.

2) Письменная работа «Значение клинической психологии для теории психологии».

2. Подготовка материала по теме «Вопросы диспансеризации, трудовой, судебной и военной экспертизы»:

1) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.

2) Письменная работа «Подходы к решению задач «мозг и психика», «психическая норма и патология».

3. Подготовка материала по теме «Общие положения семиотики психических расстройств и выбора терапевтических стратегий»:

1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции.

2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.

4. Подготовка материала по теме «Дифференциально-диагностическое значение расстройств психической деятельности»:

1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции.

2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.

5. Подготовка материала по теме «Классификация психических расстройств»:

1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции.

- 2) Письменная работа «Психологические и социальные факторы в возникновения и течения психических расстройств».
6. Подготовка материала по теме «Экзогенные психические расстройства»:
  - 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции.
  - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
7. Подготовка материала по теме «Расстройства личности»:
  - 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции.
  - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
8. Подготовка материала по теме «Шизофрения и другие бредовые психозы»:
  - 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции.
  - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
9. Подготовка материала по теме «Шизотипическое и аффективное расстройства»:
  - 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции.
  - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.

Выполнение заданий, полученных в ходе лекции, является одним из важных направлений самостоятельной работы студентов при изучении дисциплины «Психиатрия». Совокупность заданий по каждой теме направлена на дополнение конспекта лекции, уточнение понятий, составление схем, описание отдельных симптомов в составе синдромов и т.д. Конкретный состав заданий определяется количеством аудиторных часов и часов для самостоятельной работы, предусмотренных для изучения темы. Общим для всех заданий является их малый объем и направленность на дополнение конспекта лекции. Выполняются задания, как правило, в лекционных тетрадях.