

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Уральский государственный медицинский университет»

# **ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

Екатеринбург  
Издательство УГМУ  
2018

УДК 616.89(075.8)

ББК 56.14

Ч-25

*Печатается по решению  
Центрального методического совета  
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России  
(протокол № 1 от 28.02.2018).*

*Ответственный редактор  
д-р мед. наук, проф. К.Ю. Ретюнский*

*Рецензенты:  
д-р мед. наук, проф. Ю.В. Ковалев  
д-р мед. наук, проф. В.А. Руженков*

**Ч-25 *Частная психиатрия* [Текст] : уч.-метод. пособие / Т. С. Петренко, К. Ю. Ретюнский, С. И. Ворошилин, С. И. Богданов, А. А. Прокопьев; ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. — Екатеринбург : Изд-во УГМУ, 2018. — 132 с.**

ISBN 978-5-89895-853-4

В настоящем учебно-методическом пособии представлены методические рекомендации, изложено основное содержание разделов дисциплины «психиатрия», адресованные преподавателям, занимающимся со студентами, осваивающими основные образовательные программы высшего образования укрупненной группы специальностей – «Клиническая медицина». Издание поможет преподавателям отобрать учебный материал по психиатрии по объему и сложности адекватный уровню подготовки «специалитет», выбрать соответствующий алгоритм ведения занятий, формулировать требования к знаниям, умениям, навыкам по психиатрии в соответствии с формируемыми компетенциями общими и едиными для всех преподавателей кафедры.

УДК 616.89(075.8)

ББК 56.14

ISBN 978-5-89895-853-4

© Авторы, 2018

© ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, 2018

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ТЕМА 1. ШИЗОФРЕНИЯ .....	5
ТЕМА 2. БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО .....	24
ТЕМА 3. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ИНВОЛЮЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	30
ТЕМА 4. ЭПИЛЕПСИЯ .....	46
ТЕМА 5. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ.....	52
ТЕМА 6. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ.....	72
ТЕМА 7. СОМАТОГЕННЫЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ .....	85
ТЕМА 8. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИФИЛИСЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	93
ТЕМА 9. АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОМАНИЯ .....	106
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	129

---

## ВВЕДЕНИЕ

Психиатрия является частью медицинской науки и практического здравоохранения, изучающей причины, клинические проявления, диагностические основы психических расстройств. Специалистами психиатрических учреждений осуществляется организационная, профилактическая, терапевтическая и реабилитационная помощь психическим больным. Основным предметом изучения психиатрии является патология психической деятельности – болезненное состояние человека с психопатологическими или поведенческими проявлениями, обусловленными воздействием биологических, социальных, психологических и других факторов.

Знание основ психиатрии не только способствует формированию клинического мышления, но имеет и большое практическое значение для врача любой специальности.

Целью освоения учебной дисциплины является участие в формировании профессиональных (ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-14, ПК-16, ПК-17, ПК-20, ПК-21, ПК-22) компетенций – освоение знаний и умений первичной диагностики психических расстройств для их своевременного выявления, принципов лечения и профилактики.

Будущий выпускник специальности «Лечебное дело» должен быть способным и готовым оказать неотложную психиатрическую помощь, быть способным решать вопросы социальной реабилитации и реадaptации в соответствии с современными профессиональными стандартами.

Тесты, предложенные в конце каждой главы, помогут лучше усвоить полученные знания.

## **ТЕМА 1. ШИЗОФРЕНИЯ**

**Содержание:** изучение шизофрении, ее клиники, течения, исхода; вопросов лечения, реадaptации и экспертизы.

**Учебная цель занятия:** изучение основных психических расстройств при шизофрении, их связь с типом течения, особенностями исхода. Разбор основных принципов лечения и различных видов экспертизы при данном заболевании (трудовая, судебная, военная). Основные принципы реадaptации больных шизофренией.

**Задачи занятия:**

- учетом ранее полученных знаний познакомить студентов с обильными и основными факультативными симптомами шизофрении;
- рассмотреть варианты классификации шизофрении, основные типы течения и клинические формы;
- познакомить студентов с основными методами выявления расстройств шизофрении у психически больных, выработать практические навыки оценки состояния больных с шизофренией; на основе психопатологического метода (выделение и оценка отдельных психопатологических феноменов, различение симптомов нарушения чувственной и мыслительной сфер деятельности, объединение их в ведущие синдромы);
- познакомить студентов с методами патопсихологического обследования больных с шизофренией;
- при подведении итогов практической работы обобщить изученный теоретический материал с учетом полученных результатов.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Место проведения занятия:** учебная комната, ассистентская, в отдельных случаях палаты клинических отделений.

**Оснащение занятия:**

1. Таблицы.
2. Магнитофонные записи с образцами речи.
3. Образцы патологического творчества больных.
4. Истории болезни демонстрируемых больных.

- 
5. Набор материалов для проведения психологического обследования больных.
  6. Слайды по теме занятия.
  7. Методические указания к проведению занятия, изданные кафедрой топографическим способом для студентов.

План проведения занятия и бюджет учебного времени:

1. Организационные вопросы – 5 мин.
2. Введение. Формулировка актуальности, цели и задач практического занятия – 10 мин/
3. Опрос по теме 15 минут.
4. Проведение тест-контроля исходного уровня знаний студентов – 15 мин.
5. Рассмотрение теоретических вопросов темы, заслушивание рефератов по дополнительной литературе – 40 мин.
6. Перерыв – 10 мин.
7. Демонстрация больных по теме занятия (4–5 человек), изучение творчества больных, писем, заявлений и т.д., работа с таблицами; изучение актов судебно–психиатрической экспертизы – 40 мин. Клиническая демонстрация и разбор основных симптомов у больного с непрерывным течением шизофрении и у больных с приступообразно–прогредиентной или рекуррентной шизофренией – 45 мин.
8. Обсуждение истории болезни продемонстрированных и обобщение изученного на занятии, теоретического материала – 30 мин.
9. Итоговой контроль уровня знаний по теме занятия, подведение итогов занятия – 15 мин.

**Теоретический материал по теме занятия, дидактические единицы, на которые преподаватель должен обратить особое внимание студентов.**

1. Вводная часть.

Уточняется определение понятия «шизофрения» – греч. «Шизо» – расщеплять, «фрея» – душа, психика. Прогредиентное психическое заболевание, клиническая картина которого определяется кругом «позитивных» психопатологических синдромов и изменения личности (негативные симптомы с так называемым шизофреническим аффектом, при котором имеется аутизм, эмоциональное оскудение и утрата психологических процессов).

Подчеркивается, что изучение клиники шизофрении, симптомов инициального периода, методов лечения и профилактики, необходимо врачу любой специальности, поскольку шизофрения относится к самым частым психическим заболеваниям, ее инициальный период проявляется симптомами, встречающимися при многих заболеваниях.

Разбираются отдельные вопросы этиологии и патогенеза шизофрении. Современный уровень ее изучения характеризуется мультидисциплинарным подходом на основе единых принципов в клинической оценке заболевания

2. Генетические исследования: роль наследственного фактора при шизофрении не вызывает сомнения. В клинической психиатрии используются два пути исследования наследственности: а) изучение хода наследования у больных шизофренией; б) изучение семей, в которых страдают шизофренией близкие родственники.

Риск заболеваемости шизофренией для населения по данным Кальмана равен 0,85%. Всеми исследованиями доказано что наиболее высок риск заболеваемости для детей больных шизофренией (от 8 до 21%); он несколько меньше для братьев и сестер (от 3 до 14%); и еще ниже для родителей (от 1 до 12%). Доказано, что наряду с явно психически больными в семьях встречаются шизоидные личности. Частота шизоидных психопатий в семье колеблется в зависимости от кровного родства. Для них характерны общие черты: эмоциональная недостаточность, аутистические установки, монотонно-ригидные аффекта, черты психологического, а нередко и физического инфантилизма (демонстрируется таблица связи родства с вероятностью заболевания).

С наследственным фактором тесно связана аутоинтоксикационная теория шизофрении. Можно считать установленным фактом, что сыворотка крови больных шизофренией содержит биологически активный фактор.

С ним связаны три группы эффектов, имеющих значение в патогенезе процесса:

- 1) мембранотропный эффект;
- 2) тормозящее действие биологически больных шизофренией на развитие биологических процессов;
- 3) иммунологические сдвиги.

Патогенетические механизмы при шизофрении можно представить в виде обобщенной схемы: биологически активный токсический фактор обуславливает мембранотропный эффект (нарушение целостности и прони-

---

цаемости мембран клеток некоторых преимущественно неспецифических систем головного мозга). Одновременно в них происходит интоксикация гликолитических процессов, увеличивается проникновение в клетки некоторых аминокислот – триптофана, фенилаланина, глутаминовой кислоты; предшественников биогенных аминов – триптамина, серотонина, катехоламинов, аминокислоты, что ведет к нарушению процессов проведения нервного импульса в мозге. Повреждение клеток мозга с повышением их проницаемости приводит к попаданию в кровь специфических аутогенов мозга с последующим образованием соответствующих антител, что служит началом аутоиммунного процесса. Наконец, третья группа эффектов связана с тем, что выходящие из нервной ткани биологически активные вещества обладают способностью резко тормозить физиологические функции различных систем организма.

Локализация повреждений у больного шизофренией связана с клетками различных систем головного мозга. За это говорят данные патоморфологических микроскопических исследований (атрофирующиеся нервные клетки располагаются преимущественно во 2-м и 3-м слоях коры с отсутствием реакции глии), а также биоэлектрические показатели функционального состояния мозга больных шизофренией при ЭЭГ-исследовании.

Соматические расстройства преимущественно отражают изменения в регулирующих церебральных механизмах – «капельное сердце», бедность и узость капиллярной сети, склонность к артериальной гипотонии, понижение секретной и моторной функции желудка, ослабление барьерной антитоксической функции печени, снижение реактивности ретикуло-эндотелиальной системы, нарушение функции эндокринных желез и т.д.

3. После рассмотрения этио-патогенетических исследований перейти к истории шизофрении.

Задача раздела – наряду с исторической справкой подготовить студентов к разбору симптоматологии шизофрении.

Подчеркнуть в ходе опроса:

1) до выделения шизофрении как самостоятельного заболевания описаны отдельные состояния – «ранее слабоумие» (Морель, 1857); гебефрения (Геккель, 1871), кататония, параноидные состояния с исходом в апатическое слабоумие;

2) с именем Крепелина связано объединение под обобщающим понятием раннего слабоумия, гебефрении, кататонии и хронических бредовых психозов в единое психическое заболевание с прогрессивным течением.

нием и исходом в апатическое слабоумие. Роль отечественной психиатрии (С.С. Корсаков) в том, что кроме принципа исхода предложено использовать динамический принцип течения;

3) дальнейшее развитие учения о шизофрении связано с выделением мягко протекающих форм болезни; выделением основных («негативных») и добавочных («позитивных») симптомов предложен термин «шизофрения».

4. Демонстрация и разбор больного с рассмотрением следующих понятий:

1) основные «негативные» и продуктивные «позитивные» расстройства при шизофрении;

2) основные периоды процесса – преморбидный, инициальный, манифестации, ремиссии, рецидив, дефект, исход;

3) основные типы течения – непрерывнотекущая (прогредиентная), приступообразно-прогредиентная, рекуррентная шизофрения;

При рассмотрении основных «негативных» и «позитивных» расстройств показать, что клинические проявления шизофрении полиморфны по содержанию и выраженности психопатологических симптомов. Однако, можно выделить основные «негативные» расстройства, наблюдающиеся при различных типах течения шизофрении и «позитивные» – продуктивные психопатологические синдромы, связанные с остротой степенью тяжести расстройства и типом течения болезни.

Основным расстройством является расщепление единства, целостности психической деятельности – главным образом ее эмоциональной, сознательной и поведенческой сторон.

*Нарушение эмоциональной деятельности* – в раннем периоде болезни изменение чувственного отношения к окружающему миру, амбивалентностью эмоциональных реакций, при остром развитии болезни с аффектом недоумения или растерянности. В последующем – нарастание эмоционального оскудения до чувственной тупости. Эмоциональному оскудению соответствует оскудение или извращение влечений (отказ от еды или прожорливость; половые расстройства или извращение полового влечения, извращение инстинкта самосохранения).

*Нарушение познавательной деятельности* – подчеркивается, что шизофренический процесс обуславливает нарушения ассоциативной деятельности, а также расстройства суждения с формированием бреда. При шизофрении осевым симптомом является нарушение целенаправленного

мышления – утрата связи с внешним миром, оторванность от реальности, с проявлением отвлеченных, малозначимых для окружающих, представлений и суждений. Изменения мыслительных процессов, связанных с нарушением (ухудшением) избирательности актуализируемых знаний. Заключается это в расширении круга привлекаемых сведений за счет «латентных» малозначимых, но объективно присущих свойств предметов (Ю.Ф. Поляков, 1972 г.).

*Нарушение поведения* – подчеркивается, что наиболее ранним и постоянным нарушением в поведении является отгороженность от окружающего мира, утрата интересов и друзей с уходом в мир внутренних переживаний (аутизм). Аутизм и пассивность в поведении могут сочетаться с двойственностью в действиях и поступках (амбитендентность), со стерилизацией действий, утрата тонкой координации, содружественности, двигательных компонентов в двигательных актах, с негативизмом.

Наряду с демонстрацией и разбором основных расстройств у больного можно использовать таблицу (Таблица основных симптомов при шизофрении). В заключении, обобщая данные разбора и опроса, подчеркнуть отмеченные основные расстройства, тесно связанные с закономерным стереотипом развития, что является отличительной особенностью, сопровождают болезнь на всем ее протяжении и являются важным критерием дифференциальной диагностики.

Позитивные продуктивные психопатологические расстройства отражают степень остроты течения болезни (тип течения процесса), степень тяжести и психические расстройства, что имеет важное прогностическое значение. Иллюстрация данного положения при клинической демонстрации может быть дополнительно разобрана по таблице последовательности смены синдромов по степени тяжести психического расстройства (Табл. 1).

Таблица 1  
**Последовательность смены синдромов**

1	Астенический
2	Неврозоподобный
3	Психопатоподобный
4	Аффективный
5	Аффективно-бредовый
6	Галлюцинаторно-бредовый
7	Кататонический синдром
8	Синдром с полиморфными расстройствами

Разбирается определение основных периодов в течение процесса:

*Преморбидный этап* (имеет значение в прогностической оценке типа течения, в оценке выраженности дефекта).

*Инициальный этап* (имеет значение для раннего распознавания болезни), своевременного назначения лечения, а также, в связи с тем, что клиника этого периода имеет некоторые симптомы, часто выступающие над «массой» различных соматических болезней, например, «астеническое состояние» и т. д.

*Манифестный этап* (стадия расцвета) – характеризуется развитием определенных психопатологических синдромов в зависимости от типа течения болезни.

*Ремиссия* (спонтанная или терапевтическая). Дать классификацию по Серейскому.

*Рецидив* – обострение болезни, обычно начинается в ранние сроки от начала процесса (от 6 мес. до 3 лет – меньше чем у 50%).

*Дефект* – изменение личности, включая утрату эмоциональной гармонии с эмоциональным оскудением; снижение активности, вялость, расстройства побуждений и влечений с падением уровня «энергетического потенциала»; отгороженность от окружающего мира, безразличие к себе, утрата социальных связей. Обратить внимание на типы дефекта, приведенные в учебной таблице.

Типы течения:

- 1) непрерывно текущая (вялотекущая, умеренно-прогредиентная, злокачественная);
- 2) приступообразно-прогредиентная (острые приступы, приводящие к дефекту различной степени);
- 3) рекуррентная шизофрения (приступы болезни с минимальным изменением личности в межприступный период).

5. Клиническая демонстрация и разбор больного с непрерывным течением шизофрении: заслушивается докладчик с результатами курации пациента.

Проводится опрос студентов с анализом доклада и построением предварительного синдромологического и нозологического диагноза; клиническое обследование больного с участием студентов; повторный опрос студентов с анализом результатов клинической беседы, сравнение предварительного и окончательного диагноза, разбор принципов лечения, экспертизы трудоспособности, реадaptации.

---

При разборе больного непрерывно текущей шизофренией подчеркнуть, что эта форма течения является по частоте случаев основной, в клинических проявлениях болезни продуктивные и негативные симптомы сочетаются, течение характеризуется прогрессивным поступательным развитием с условием клинической картины и нарастанием тяжести психических расстройств.

Степень прогрессивности может быть различной: вяло-прогрессивное, умеренно-прогрессивное и злокачественное течение.

Злокачественно текущая шизофрения – при разборе больного злокачественно текущей шизофренией обратите внимание на общие признаки отдельных форм:

- 1) раннее начало болезни, чаще в пубертатном возрастном периоде;
- 2) начало болезни с негативных симптомов, предшествующих продуктивной симптоматике;
- 3) быстрота течения болезни с нарастанием симптомов дефекта;
- 4) полиморфизм продуктивной симптоматики, отсутствие ее систематизации;
- 5) тяжесть конечных состояний.

Несмотря на наличие общих признаков, имеется клиническое разнообразие инициального периода, периода манифестации, что служило основанием выделения отдельных форм злокачественно текущих форм шизофрении (простая, гебефреническая, кататоническая, юношеская, параноидная).

Инициальный период характеризуется быстро нарастающей утратой интересов, любознательности, симпатии с исчезновением стремлений к общению (аутизм). Резко проявляется падение «энергетического потенциала», что обнаруживается в поведении как вялость, пассивность, бездеятельность. Одновременно происходит резкое огрубение эмоциональной сферы, больные становятся черствыми, грубыми, враждебными к близким людям (отец, мать), нарастают апатико-абулические расстройства. В поведении отмечаются черты неуравновешенности с неожиданностью поступков, в действиях часто присутствует странность, «непредсказуемость» так называемые «поступки вопреки ожиданию». Одновременно отмечается психическая непродуктивность – больные с трудом усваивают новое, падает успеваемость, несмотря на многочисленные занятия; могут быть жалобы на немотивированную усталость, трудности в общении, усвоении материала. Наряду с этим, могут наблюдаться явления метафизической интоксикации – вычурные,

оторванные от реальности, односторонние, непродуктивные интересы, (например, интерес к философии). У ряда больных на первый план могут выступать явления коллекционирования. Нарушения мышления, как правило, представлено непродуктивностью с явлениями резонерства.

Подчеркнуть, что отмеченные расстройства имеют возрастную окраску при разных формах шизофрении с юношеским дебютом.

В манифестной стадии наиболее распространенным явлением становится группировка симптомов по ведущему психопатологическому синдрому.

*Простая форма.* Подчеркнуть негативные расстройства, главным образом, эмоциональное оскудение с нарушением произвольной деятельности, манерность. Клиническая картина отличается выраженным полиморфизмом, т. е. сочетание бредовых неразвернутых псевдогаллюцинаторных, кататонических расстройств с гебефреническими. Двигательное возбуждение может носить своеобразный характер – клоунату с вычурностью поз и движений. Часто при этом присутствуют кататонические симптомы – странность и импульсивность в действиях, негативизм, застывание, эхолалия. Течение неблагоприятное, соматогенные ремиссии с обратным развитием симптомов не наблюдается. Быстро нарастают глубокие личностные изменения.

*Кататоническая форма.* Течение медленное, инициальный период кратковременный – от нескольких месяцев до года. Проявляются в явлениях вялой астении с рудиментарными синдромами заторможенности. Обратит внимание на то, что развитие ступора происходит в определенной последовательности, сопровождается мысленным напряжением. Раньше других симптомов появляется аутизм и негативизм. С нарастанием двигательной заторможенности выявляется весь симптомокомплекс кататонических расстройств (демонстрация таблиц, слайдов).

Подчеркнуть: своеобразие синдромов кататонической стереотипии (речевые, двигательные), «эхо» – симптомы, преобладание ступорозных состояний (вялого ступора или ступора с гипертонусом) при отсутствии признаков помраченности сознания; возможную смену состояния кататонического ступора кататоническим возбуждением. Особенности кататонического возбуждения (нецеленаправленность, сочетание стереотипии и импульсивности, выраженность речевых расстройств с разорванностью речи или проявлением шизофрении, вербигерации), отметить отличие соматических от неврологических нарушений при кататонической форме.

Бредовые и галлюцинаторные расстройства у этих больных рудиментарны. Конечное состояние развивается через 2–4 года, характеризуется

---

симптомами «негативистического» слабоумия, иногда слабоумие с дурашливостью, манерностью.

*Параноидная форма.* При демонстрации больного параноидной шизофренией подчеркнуть возможность начала в юношеском возрасте, а также возможность развития в возрасте старше 25 лет;

Медленный тип развития с длительным инициальным периодом (от 1–2 лет до 10 и более). В инициальном периоде раннее выявление изменений личности (ригидность, замкнутость, ограничение интересов, недоверчивость); эпизодическое состояние тревоги с ипохондрией, некоторыми бредовыми идеями; преобладание в клинической картине болезни при манифестации бредовых или галлюцинаторных расстройств.

При разборе «бредового» варианта отметить, что в клинической картине болезни на всем протяжении преобладают бредовые расстройства с определенной последовательностью смены бредовых синдромов – паранойяльного, параноидного, парафренного. Уже в начале периода систематизации паранойяльного бреда выявляются личностные изменения (ригидность, эгоцентричность, ослабление эмоциональной живости, обстоятельности). Переход паранойяльных состояний в параноидное выражается в расширении бреда, нарастает его политематичность, меняется содержание, начинают демонстрироваться бредовые идеи с содержанием преследования, воздействия, отмечаются рудиментарные психические автоматизмы, элементарные галлюцинации. Часто развивается синдром Кандинского–Клерамбо. В последующем отмечается развитие парафренных расстройств с фантастическим бредом, присоединение бредовых конфабуляций и вторичных кататонических расстройств.

При разборе «галлюцинаторного» варианта отметить, что в клинической картине на всем протяжении болезни преобладают галлюцинаторные расстройства. В начальном периоде на фоне несистематизированных идей отношения и преследования отмечаются элементарные галлюцинации, в последующем – галлюциноз. Одна из особенностей – явление монолога: императивные галлюцинации, «голоса́», комментирующие мысли и неадекватные поступки. Динамика клинической картины болезни характеризуется переходом галлюциноза в псевдогаллюцинаторный вариант синдрома Кандинского–Клерамбо. Обратит внимание на последовательность развития симптомов «открытости»:

- идеатронные автоматизмы («отнятие», «внушение» мыслей);
- сенестопатические автоматизмы;
- моторные автоматизмы.

Бредовые расстройства носят галлюцинаторный характер, связанный с содержанием обмана восприятия. В последующем развивается галлюцинаторная парафрения с фантастическим содержанием бреда. Конечные состояния характеризуются дефектом в эмоциональной сфере, разорванность мышления и речи, отрывочным фантастическим бредом, манерностью и отдельными кататоническими расстройствами.

*Вяло протекающая шизофрения* – при демонстрации больного с вяло протекающей шизофренией отметить следующее: медленный тип течения болезни; преобладание в клинической картине синдромов, свидетельствующих о неглубоких расстройствах деятельности мозга – неврозоподобный, астенический, параноидный синдромы. «Мягкий» характер изменения личности, не достигающий выраженности глубокого дефекта.

Развитие болезни постепенное; в инициальном периоде преобладают астенические расстройства с аффективными колебаниями. В последующем стойкие неврозоподобные нарушения – навязчивые, деперсонализационные, истероподобные, астеноипохондрические. Отметить особенности навязчивых расстройств, как наиболее частого виде нарушений – инертность, «застывание» навязчивости; раннее присоединение моторных и идеаторных ритуалов; постепенная утрата аффективной окраски фобий. Слабая выраженность компонентов борьбы, стремления к их преодолению, близость к автоматизмам; постоянное углубление изменений личности с эмоциональным упрощением, с тратой психической активности; в течение всего периода болезни возможна известная адаптация.

Указать вероятность развития и других вариантов вяло текущей шизофрении: вариант с доминированием в клинической картине ипохондрически–сенестопатического синдрома. При этом напомнить особенности сенестопатии при шизофрении (стойкость, однообразие, вычурность, сочетание с явлениями деперсонализации), подчеркнуть их частное сочетание с аффективными расстройствами в виде однообразно–монотонного настроения с дистрофической окраской.

Вариант с демонстрированием в клинической картине бредовых паранойяльных расстройств. В этих случаях отмечается чаще обыденная фабула бреда – бреда ревности, изобретательства, сутяжный, ипохондрический бред; ограниченность и монотематичность бреда, «одержимость» больных идеями; медленное нарастание негативных личностных изменений. На остальных этапах возможно развитие бреда преследования.

В заключении следует подчеркнуть относительность выделения отдельных форм на синдромальной основе, наличие смешанных форм между вяло протекающими и злокачественными прогрессивными вариантами.

---

6. Клиническая демонстрация и разбор симптомов у больных приступообразно прогрессивной и рекуррентной шизофренией.

При разборе больных с приступообразно–прогрессивной шизофренией подчеркнуть, что эта форма течения отличается признаков непрерывного текущего процесса с обострением в виде очерченных приступов.

В структуре приступа отличается полиморфный характер расстройств – аффективные, бредовые, кататонические нарушения. От приступа к приступу характерно расширение круга симптомов с проявлением новых, более выраженных расстройств. В микроприступном периоде постепенно нарастание изменения личности с неврозоподобными, паранойяльными расстройствами. По степени прогрессивности делят: малопрогрессивный тип течения, средне-прогрессивный и злокачественный.

*Малопрогрессивный тип течения:* начало чаще в пубертатном периоде, в инициальном периоде рудиментарные неврозоподобные или паранойяльные расстройства, приступы носят характер аффективных от циклотимоподобных до глубоких с отчетливой «эндогенизацией», течение приступов чаще затяжное (от нескольких месяцев до 1–2 лет), последующие приступы по типу аффективно–бредовых и в этом выражается усложнение приступа с расширением круга симптомов. Изменения личности выражаются медленно, они не глубокие, дефектные состояния не выраженные.

*Среднепрогрессивный тип течения:* начало в более позднем возрасте (25–30 лет), в инициальном периоде сверхценные бредовые паранойяльные расстройства обычно монотематичные, обыденного содержания. Возникновению приступа предшествуют аффективные колебания, ведущие вариантов приступов: аффективно–бредовый синдром (депрессия с ипохондрическим бредом или бредом преследования, мания с бредом), острый паранойяльный синдром, истинный галлюциноз (псевдогаллюциноз), острый синдром Кандинского–Клерамбо. В межприступный период нарастают или дополнительно развиваются продуктивные расстройства. Структура последующих приступов усложняется за счет нарастающих галлюцинаторных и бредовых расстройств, рудиментарных кататонических симптомов. Межприступные промежутки относительно короче, нарастают изменения личности.

*Злокачественный тип течения:* начинается в более раннем возрасте (15 лет), в инициальном периоде отличаются деперсонализацией, аффективные, паранойяльные расстройства. Приступы имеют сложную структуру – аффективные, кататонические, галлюцинаторно–бредовые нарушения отличаются полиморфностью. При повторных приступах аффективные расстройства становятся стертыми, атипичными; галлюцинаторно–бредовые,

кататонические стереотипными. После 2–3 приступов выявляются выраженные изменения личности. Близость этих случаев к «ядерном» формам.

*Рекуррентная шизофрения.* При разборе больного рекуррентной шизофренией отметить:

- 1) течение болезни в виде четко очерченных приступов с высокой степенью вероятности возврата после светлого промежутка (по типу клише);
- 2) малая вероятность изменения личности (явления психической слабости, реже аутизма и упрощение эмоциональных реакций);
- 3) полиморфность характера приступов – от чисто аффективных до кататонических с помрачением сознания по онейроидному типу.

В клинической картине приступа имеется взаимоотношение следующих основных нарушений – аффективных бредовых кататонических расстройств и симптомов помрачения сознания. Их соотношение определяет типологию приступа.

*Онейроидно-кататонический тип приступов.* Аффективные нарушения носят смешанный характер. Лабильные бредовые расстройства в виде чувственного фантастического бреда, кататонические расстройства, выраженные постепенно, онейроидное помрачение сознания нарастает быстро, начало и выход из приступа критические, часто соматические приступы токсикоза, качество ремиссии высокое.

*Депрессивно-параноидный тип приступов:* преобладание смешанных состояний, характер приступов монополярный, развитие медленное, при манифестации – тревожно-депрессивное, усложнение депрессивного бредороборазования за счет чувственного, фантастического бреда, нарастание бреда грамотности.

*Аффективный тип приступов:* преобладание смешанных состояний, изменчивость глубины или мании, лабильность клинической картины, отсутствие четкой цикличности, легкость присоединения бредовых расстройств.

Негативные расстройства в виде инфантильности с астеническими чертами, дискордантность в характере.

В заключение подчеркнуть, что, если при непрерывно текущей шизофрении развитие бреда, его парафренизация, присоединение кататонических расстройств, является признаком прогрессивности, то при периодической шизофрении массивность нарушения в приступе, развитие кататонии с онейроидным синдромом, является прогностически благоприятным. Худшее прогностическое значение имеет течение приступов, рецидивирующий характер аффективных нарушений, большой удельный вес бредовых расстройств, шизоидный тип изменения личности в доманифестном периоде.

---

### Контрольные вопросы по теме занятия

1. История выделения шизофрении в самостоятельное заболевание.
2. Облигатные признаки шизофрении. Понятие о «негативных» и «продуктивных» расстройствах, стадиях развития болезни
3. Факультативные симптомы шизофрении.
4. Типы течения шизофрении. Симптомы инициального периода болезни.
5. Формы шизофрении с непрерывно–прогредиентным течением.
6. Формы шизофрении с приступообразно–прогредиентным течением.
7. Формы шизофрении с рекуррентным течением.
8. Атипичные формы шизофрении, фебрильная шизофрения.
9. Особенности течения шизофрении в детском и подростковом возрасте.
10. Методы лечения шизофрении. Шоковые методы. Психотерапия. Трудотерапия.

### Тестовые задания по теме занятия

1. **Все следующее верно характеризует шизофрению как нозологическую форму, кроме:**
  - a) эндогенное заболевание
  - b) возникает как правило в молодом возрасте
  - c) течет прогредиентно
  - d) симптоматика отличается полиморфизмом
  - e) исход – интеллектуально–мнестический дефект
2. **В дебюте шизофрении наблюдают все следующие симптомы, кроме:**
  - a) изменение отношения к родным и близким
  - b) кратковременные приступы выключения сознания
  - c) нарастающая аутизация
  - d) увлечение философией, религией, космологией
  - e) ипохондрия, сверхценное отношение к здоровью
3. **При шизофрении наблюдается:**
  - a) амбулаторный автоматизм
  - b) синдром оглушения
  - c) делириозный синдром
  - d) психический автоматизм
  - e) деменция лакунарная

**4. В этиологии шизофрении важнейшую роль играет:**

- a) наследственная патология
- b) психическая травматизация
- c) экзогенная интоксикация
- d) неправильные межличностные внутрисемейные отношения в детском возрасте
- e) ни один из названных факторов

**5. К эндогенным болезням относится:**

- a) невращения
- b) Корсаковский психоз
- c) шизофрения
- d) реактивный параноид
- e) ни одна из названных

**6. Синдром, наблюдающийся при шизофрении**

- a) Корсаковский синдром
- b) синдром психического автоматизма
- c) изменение личности с инертностью психических процессов, обстоятельность
- d) психоорганический синдром
- e) деменция тотальная

**7. При шизофрении встречается:**

- a) изменение личности с инертностью психических процессов
- b) психоорганический синдром
- c) личность истерического профиля
- d) личностью возбудимого профиля
- e) изменение личности по апатико–абулическому типу

**8. Аутистическое мышление обычно наблюдается при заболеваниях:**

- a) инволюционная депрессия
- b) эпилепсия
- c) наркомания
- d) шизофрения
- e) маниакально–депрессивный психоз

- 
- 9. С падения энергетического потенциала начинается:**
- a) шизофрения
  - b) алкогольный делирий
  - c) Корсаковский психоз
  - d) старческое слабоумие
  - e) ни одна из перечисленных болезней
- 10. Симптом, свидетельствующий о более благоприятном прогнозе при шизофрении:**
- a) наличие наследственной отягощенности;
  - b) астенический тип телосложения
  - c) острое начало заболевания;
  - d) низкая профессиональная квалификация;
  - e) шизофрения – злокачественное заболевание и благоприятный прогноз невозможен.
- 11. Распространенность шизофрении в населении составляет около 1 %. У мужчин частота в 2–3 раза чаще, чем женщины:**
- a) да
  - b) нет
- 12. У большинства больных шизофренией наблюдается расстройство памяти и интеллекта:**
- a) да
  - b) нет
- 13. Корень «shis» буквально означает:**
- a) сумасшествие
  - b) распад
  - c) конфликт
  - d) расщепление
- 14. Какой примерно процент людей в общей популяции страдает шизофренией:**
- a) 1 – 2%
  - b) 5%
  - c) 10%
  - d) 15%

- 15. Самая высокая конкордантность по шизофрении отмечается в парах:**
- a) отец – сын
  - b) мать – дочь
  - c) гомозиготные близнецы
  - d) гетерозиготные близнецы
- 16. Исследования приемных детей показывают, что заболеваемость шизофренией выше всего у детей:**
- a) принятых в семьи, где один или оба родителя больны шизофренией
  - b) принятых в семьи, где один или более сибсов больны шизофренией
  - c) чьи биологические родители больны шизофренией
  - d) страдающие в дошкольном возрасте невротическими расстройствами
- 17. Симптом шизофрении, проявляющийся в отгороженности от реальности и погружении в мир внутренних переживаний:**
- a) мутизм
  - b) аутизм
  - c) ступор
  - d) ригидность
- 18. Такие симптомы шизофрении, как отсутствие или редукция мыслей, эмоций и форм поведения по сравнению с добользненным уровнем, называют:**
- a) негативные
  - b) позитивные
  - c) активные
  - d) пассивные
- 19. Такие симптомы шизофрении, как галлюцинации, псевдогаллюцинации, бредовые и навязчивые идеи, депрессия, называют:**
- a) негативные
  - b) позитивные
  - c) активные
  - d) пассивные

---

**20. Какой из терминов используют для обозначения развития шизофрении во времени:**

- a) процессуальность
- b) прогредиентность
- c) регредиентность
- d) регресс

**21. Какое из приведенных высказываний точнее отражает современные перспективы на выздоровление при шизофрении:**

- a) от шизофрении никто не вылечивается
- b) возможно полное выздоровление
- c) при происходящем прогрессе развития методов лечения оптимизм в отношении возможности выздоровления возрастает
- d) в большинстве случаев необходима длительная госпитализация, но и при ней прогноз неутешителен

**22. То, что раньше обозначалось термином «вялотекущая шизофрения», по классификации МКБ-10 определяется как:**

- a) шизоидная акцентуация
- b) шизотипическое расстройство
- c) шизо-аффективное расстройство
- d) шизоидная психопатия

**23. То, что раньше обозначалось термином «рекуррентная шизофрения», по классификации МКБ-10 определяется как:**

- a) шизоидная акцентуация
- b) шизотипическое расстройство
- c) шизо-аффективное расстройство
- d) шизоидная психопатия

**Вопросы, включенные в билеты к курсовому экзамену**

1. Шизофрения (определение, критерии диагностики, симптоматика, характерная для всех форм шизофрении, основные закономерности течения). Симптоматика начального периода.
2. Шизофрения. Основные клинические (синдромальные) формы. Связь между ведущей симптоматикой и прогнозом.
3. Шизофрения. Основные типы течения. Признаки, свидетельствующие

щие о благоприятном и неблагоприятном прогнозе при шизофрении.

4. Исход шизофрении. Понятие шизофренического дефекта. Методы и принципы реадaptации и реабилитации больных.
5. Юношеская злокачественная шизофрения (основные варианты, типичная симптоматика, прогноз).
6. Методы терапии шизофрении, тактика врача при острых приступах шизофрении и при хроническом непрерывном течении.

---

## **ТЕМА 2.**

### **БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО**

**Содержание:** изучение клиники, этиопатогенеза и терапии биполярного аффективного расстройства (маниакально-депрессивного психоза). Дифференциальная диагностика с маниакальным и депрессивным синдромом в рамках других психических заболеваний. Изучение маниакальной и депрессивной фазы циркулярного психоза.

**Учебная цель занятия:** изучение основных психических расстройств при биполярным аффективным расстройством, вариантами течения, особенностями динамики. Разбор основных принципов лечения и различных видов экспертизы при данном заболевании (трудовая, судебная, военная). Основные принципы реадaptации больных с биполярным аффективным расстройством.

#### **Задачи занятия:**

- с учетом ранее полученных знаний познакомить студентов с симптомами биполярного аффективного расстройства;
- рассмотреть современную классификацию аффективных расстройств настроения, согласно МКБ–10 (F3), биполярный и монополярный варианты течения и амбулаторные формы: циклотимия и дистимия;
- познакомить студентов с основными методами выявления проявлений биполярного аффективного расстройства у психически больных, выработать практические навыки оценки состояния больных с биполярным аффективным расстройством, на основе психопатологического метода (выделение и оценка отдельных психопатологических феноменов, различение симптомов нарушения чувственной и мыслительной сфер деятельности, объединение их в ведущие синдромы);
- познакомить студентов с методами патопсихологического обследования больных с биполярным аффективным расстройством;
- при подведении итогов практической работы обобщить изученный теоретический материал с учетом полученных результатов.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Место проведения занятия:** учебная комната, ассистентская, в отдельных случаях палаты клинических отделений.

### **Оснащение занятия**

1. Таблицы.
2. Магнитофонные записи с образцами речи.
3. Образцы патологического творчества больных.
4. Истории болезни демонстрируемых больных.
5. Набор материалов для проведения психологического обследования больных.
6. Слайды по теме занятия.
7. Методические указания к проведению занятия, изданные кафедрой топографическим способом для студентов.

### **План проведения занятия и бюджет учебного времени**

1. Организационные вопросы – 5 мин.
2. Введение, формулировка актуальности, цели и задач практического занятия – 10 мин.
3. Опрос по теме – 15 минут.
4. Проведение тест–контроля исходного уровня знаний студентов – 15 мин.
5. Рассмотрение теоретических вопросов темы, заслушивание рефератов по дополнительной литературе – 40 мин.
6. Перерыв – 10 мин.
7. Демонстрация больных по теме занятия (4–5 человек), изучение творчества больных, писем, заявлений и т.д., работа с таблицами; изучение актов судебно–психиатрической экспертизы – 40 мин.
8. Обсуждение истории болезни продемонстрированных и обобщение изученного на занятии, теоретического материала – 30 мин.
9. Итоговой контроль уровня знаний по теме занятия, подведение итогов занятия – 15 мин.

### **Теоретический материал по теме занятия, дидактические единицы, на которые преподаватель должен обратить особое внимание студентов.**

1. Биполярное аффективное расстройство (маниакально–депрессивный психоз или циркулярный психоз) относится к группе эндогенных психозов и характеризуется фазностью течения с чередованием фаз. Напоминаются основные этапы учения о маниакально-депрессивном психозе (Фальре, Байярже, Крепелин) и закономерности клиники и течения: чередование маниакаль-

---

ных и депрессивных фаз, благоприятный прогноз каждой фазы в отдельности, функциональный характер заболевания, фазность течения, возраст 15–30 лет, преимущественно женский пол. Учитывая ведущее значение наследственности в этиологии заболевания, уточняется при выяснении анамнеза данные наследственности: наличие эндокринных, нервных и психических заболеваний и, в частности биполярного аффективного расстройства и циклотимии. Выясняются также неблагоприятные внешние моменты, предшествующие заболеванию, «жизненно трудные обстоятельства», переутомление, стрессовые ситуации, климакс, беременность, роды, инфекции, травмы головы.

Подробно излагается клиническая характеристика маниакальной и депрессивной фаз и их стадий: гипоманиакальное состояние; маниакальное, маниакальное неистовство при маниакальной фазе, продромальное с соматическим дискомфортом, депрессивная триада с нарастанием интенсивности её проявлений, и глубокая интеллектуальная и двигательная заторможенность в сочетании с витальным чувством тоски – при депрессивной фазе.

Предусматривается знакомство с атипичными формами заболевания: смешанные состояния, непродуктивная, гневливая, конфабуляторная мания, маниакальный ступор. Обращается внимание на варианты депрессии: сенестопатическая, вегетативная, ипохондрическая, ажитированная.

## 2. Обсуждается понятие циклотимии, дистимии.

Выявляется характерный соматовегетативный симптомокомплекс, симпатико-тоническая тирада. При обследовании больного описывается внешний вид: осанка, мимика, моторика, окраска кожи, соматические расстройства (сон, аппетит, кривая веса, пульс, кровяное давление, симптом сухого языка, изменения со стороны эндокринных желёз: увеличение щитовидной железы, нарушение менструального цикла, расстройства кишечно-желудочного тракта (запоры), изменения сферы инстинктов (асексуальность и гиперсексуальность), суицидальные мысли и поступки, уменьшение слезоотделения, редкое мигание.

Проводятся данные дополнительных исследований: вегетативные пробы, биохимические сдвиги.

Подчёркивается необходимость немедленного стационарирования больных, особенно с депрессивной фазой, учитывая их суицидальные мысли и действия, а также особая важность надзора за больными с мягкой депрессией и в период выхода из депрессии.

## 3. Обсуждаются вопросы терапии биполярного аффективного расстройства.

При депрессивной фазе рекомендуется: мягкая инсулиновая гипогликемия, антидепрессанты, ЭСТ. При маниакальной – тизерцин, аминазин, галоперидол, препараты лития, инъекции сульфозина. Рекомендуется осторожность

при применении психотропных препаратов: опасность передозировки и возможность усиления циркулярности. В процессе занятия еще раз подчеркивается благоприятный прогноз в отношении отдельных фаз (более благоприятный – при монополярном типе течения) и важность профилактических мероприятий – режим, правильное чередование труда и отдыха, достаточный сон.

Разбираются вопросы трудовой (нетрудоспособность только в период фазы, инвалидность – только в случае частых фаз), военной (невоеннообязанные, годность к нестроевой службе в военное время при редких фазах), судебной (невменяемы в фазе, вменяемы в интермиссии) экспертизы.

Во время занятий со студентами педиатрического факультета выясняются особенности биполярного аффективного расстройства у детей и подростков. Отмечается кратковременность фаз, их серийный характер, большая зависимость от терапевтического вмешательства, редкость симпатико–тонической триады.

При маниакальной фазе у детей нередко наблюдается эмоциональная лабильность, психопатоподобное поведение, при депрессивной – отсутствие гипердинамизма и преобладание двигательной заторможенности, матовый характер депрессии, ипохондрические жалобы.

При необходимости проводится дифференциальный диагноз с периодическим психозом, указываются основные отличительные признаки периодического психоза (атипичность маниакальных и депрессивных состояний, частота двигательных расстройств, деперсонализация и психосенсорные нарушения, наличие периодов помраченного сознания, острое, внезапное начало и течение по типу «клише»).

В заключение занятия фиксируется внимание студентов на вопросы диспансерного наблюдения, вопросы профилактического лечения.

### **Контрольные вопросы по теме занятия**

1. История выделения биполярного аффективного расстройства в самостоятельное заболевание.
2. Проявления маниакальной фазы биполярного аффективного расстройства.
3. Проявления депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства.
4. Варианты течения биполярного аффективного расстройства: биполярный и монополярный.
5. Формы биполярного аффективного расстройства с симптоматикой амбулаторного уровня: циклотимия и дистимия.

- 
6. Атипичные формы биполярного аффективного расстройства, варианты с бредовой симптоматикой.
  7. Маскированная депрессия
  8. Дифференциальная диагностика с аффективными приступами шубообразной и оекуррентной шизофрении.
  9. Особенности течения биполярного аффективного расстройства в детском и подростковом возрасте.
  10. Методы лечения биполярного аффективного расстройства Шоковые методы. Психофармакотерапия.

**Тестовые задания по теме занятия:**

- 1. Какое из перечисленных расстройств относится к аффективным расстройствам настроения:**
  - a) диссоциативное
  - b) психотическое
  - c) биполярное
  - d) шизотипическое
  
- 2. То, что раньше обозначалось термином «маниакально-депрессивный психоз», по классификации МКБ–10 определяется как:**
  - a) диссоциативное расстройство
  - b) психотическое расстройство
  - c) биполярное расстройство
  - d) шизотипическое расстройство
  
- 3. То, что раньше обозначалось термином «монополярный вариант течения маниакально-депрессивного психоза с депрессивными фазами», по классификации МКБ–10 определяется как:**
  - a) диссоциативное расстройство
  - b) психотическое расстройство
  - c) биполярное расстройство
  - d) шизотипическое расстройство
  - e) рекуррентное аффективное расстройство

**4. То, что в МКБ–10 определяется как «биполярное расстройство» раньше обозначалось термином:**

- a) циклотимия
- b) дистимия
- c) маниакально–депрессивный психоз
- d) периодический психоз

**5. Склонность женщин к депрессии:**

- a) в 2 раза меньше
- b) такая же
- c) в 2 раза больше
- d) в 4 раза больше

**6. Какой примерно процент людей в общей популяции признает у себя наличие симптомов депрессии:**

- a) 0 – 5%
- b) 7 – 9%
- c) 10 – 15%
- d) 25 – 30%

7. У людей с эндогенной депрессией настроение чаще:

- a) ухудшается к концу дня**
- b) наиболее снижено в первой половине дня
- c) настроение устойчиво снижено в течение суток
- d) настроение улучшается в хорошей кампании

**Вопросы, включенные в билеты к курсовому экзамену**

- 1. Биполярное аффективное расстройство (определение, основные закономерности течения, клинические варианты, прогноз).
- 2. Биполярное аффективное расстройство. Типичные клинические проявления на различных этапах течения. Заболевания, с которыми приходится проводить дифференциальную диагностику.
- 3. Терапия и профилактика при биполярном аффективном расстройстве. Трудоспособность больных, принципы реабилитации.
- 4. Особенности бредовых и аффективных психозов, возникающих в пожилом возрасте (инволюционная меланхолия и инволюционный паранойд). Особенности терапии и прогноз.

---

### **ТЕМА 3.**

## **ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ИНВОЛЮЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

**Содержание:** изучение инволюционных и старческих психических заболеваний, их клиники, течения, исхода; вопросов лечения, реадaptации и экспертизы. Изучение психических расстройств при сосудистых заболеваниях, их клиники, течения, исхода; вопросов лечения, реадaptации и экспертизы. Особенности течения и исходы. Вопросы дифференциальной диагностики, патогенеза, лечения и профилактики психических нарушений, возникающих при этих заболеваниях. Обсуждаются вопросы трудовой и судебно-психиатрической экспертизы, вопросы реабилитации и реадaptации этой группы больных.

**Учебная цель занятия:** обучение студентов клинике и диагностике основных форм психических заболеваний возраста обратного развития, дать им основные рекомендации по лечению и уходу, по экспертной оценке больных; разбор основных принципов лечения и различных видов экспертизы при данном заболевании (трудовая, судебная, военная); основные принципы реадaptации больных с инволюционными и старческими психическими заболеваниями; изучение основных психических расстройств при сосудистых заболеваниях, их связь с типом течения, особенностями исхода, в том числе: психические расстройства при различных стадиях гипертонической болезни, психические расстройства при атеросклерозе сосудов головного мозга; разбор основных принципов лечения и различных видов экспертизы при данных заболеваниях (трудовая, судебная, военная); основные принципы реадaptации этих больных.

#### **Задачи занятия:**

- с учетом ранее полученных знаний познакомить студентов с основными симптомами основных форм психических заболеваний возраста обратного развития и с психическими расстройствами при сосудистых заболеваниях;
- рассмотреть варианты классификации основных форм психических заболеваний возраста обратного развития и психических расстройств при сосудистых заболеваниях, основных типов течения и клинических форм;
- познакомить студентов с основными методами выявления расстройств возраста обратного развития и психических расстройств при сосу-

дистых заболеваниях, выработать практические навыки оценки состояния у этих больных; на основе психопатологического метода (выделение и оценка отдельных психопатологических феноменов, различение симптомов нарушения чувственной и мыслительной сфер деятельности, объединение их в ведущие синдромы);

- познакомить студентов с методами патопсихологического обследования больных с инволюционными и старческими психическими заболеваниями, а также с психическими расстройствами при сосудистых заболеваниях;
- при подведении итогов практической работы обобщить изученный теоретический материал с учетом полученных результатов.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Место проведения занятия:** учебная комната, ассистентская, в отдельных случаях палаты клинических отделений.

**Оснащение занятия**

1. Таблицы.
2. Магнитофонные записи с образцами речи.
3. Образцы патологического творчества больных.
4. Истории болезни демонстрируемых больных.
5. Набор материалов для проведения психологического обследования больных.
6. Слайды по теме занятия.
7. Методические указания к проведению занятия, изданные кафедрой топографическим способом для студентов.

**План проведения занятия и бюджет учебного времени**

1. Организационные вопросы – 5 мин.
2. Введение. Формулировка актуальности, цели и задач практического занятия – 10 мин.
3. 3.Опрос по теме 15 минут;
4. Проведение тест–контроля исходного уровня знаний студентов – 15 мин.
5. Рассмотрение теоретических вопросов темы, заслушивание рефератов по дополнительной литературе – 40 мин.
6. Перерыв – 10 мин.

---

7. Демонстрация больных по теме занятия (4–5 человек), изучение творчества больных, писем, заявлений и т.д., работа с таблицами; изучение актов судебно–психиатрической экспертизы – 40 мин. Клиническая демонстрация и разбор основных симптомов у больного с инволюционными и / или старческими психическими заболеваниями, а также с психологическими расстройствами при сосудистых заболеваниях – 45 мин. – 45 мин.

8. Обсуждение истории болезни продемонстрированных и обобщение изученного на занятии, теоретического материала– 30 мин.

9. Итоговой контроль уровня знаний по теме занятия. Подведение итогов занятия – 15 мин.

**Теоретический материал по теме занятия, дидактические единицы, на которые преподаватель должен обратить особое внимание студентов.**

1. Инволюционные и старческие психические расстройства.

При разборе больных с психическими заболеваниями периода обратного развития обращается внимание на существенные демографические сдвиги во всех странах мира, в следствие чего наблюдается значительный рост числа пожилых и старых людей, например, если в 1939 г. в СССР людей старше 60 лет было 6,8% населения, то в 1970 г. их число увеличилось почти вдвое (12%), напминается возрастная периодизация, принятая симпозиумом ВОЗ по геронтологии (Киев,1963 г.): 45-59 лет – «средний» возраст, 60-74 – «пожилой», 75-90 лет – «старческий» возраст, старше 90 лет – долгожители; но вместе с тем, в клинической психиатрии сохраняется традиционное деление возраста на инволюционный (пострепродуктивный, климактерический, предстарческий) – 45-60 лет и старческий – свыше 60 лет.

При обсуждении проблемы этиопатогенеза инволюционных психозов подчеркивается предрасполагающая роль характерологических особенностей (черты тревожной мнительности, ригидности или эмоциональной лабильности), провоцирующая, а иногда определяется патогенетическая роль эндокринных и гормональных сдвигов и, как правило, психотравмирующих ситуаций – особенно в виде психического изменения привычного жизненного стереотипа. Отмечаются общие черты инволюционных психозов: их возникновение в возрасте 45–60 лет, однократность и длительность течения без перехода в органическое слабоумие; а также недостаточно четкую нозологическую очерченность в настоящее время, сложность дифференциальной диагностики с группой эндогенных заболеваний (шизофрения, МДП),

соматогенных и органических психозов, поскольку этим группам болезни в данном возрасте присуще в общей степени обще возрастные клинические особенности, чем типичные нозологические.

Дается клиническая характеристика и особенности течения отдельных форм инволюционных психозов.

Затем рассматривается клиническая картина старческого слабоумия (а если курируется больной с этой формой патологии, то разбор темы начинается со старческого слабоумия). Заболевания дебютирует в возрасте 65–75 лет с гротескного заострения черт характера (что может отчасти напоминать изменения при физиологическом старении), могут проявляться новые несвойственных ранее черты психического склада. Затем постепенно развиваются эгоизм, черствость, подозрительность, угрюмость, отрешенность.

Грубо нарушается память по типу прогрессирующей амнезии – от прошлого к настоящему со «сдвигом в прошлое», вплоть до афатических расстройств и неузнавания себя в зеркале. Часто наблюдается суетливость «деловитость» больных с оживлением представлений о прошлой профессиональной деятельности, что может напоминать возбуждение при делирии, однако отсутствует обман и восприятие («т.н. «старческий делирий»). Подчеркивается, что в результате эмоциональных нарушений, сексуальной расторможенности, такие больные могут быть социально опасные. Описываются особенности продуктивных психопатологических расстройств (аффективных, паранойяльных, галлюцинаторно–параноидных), которые развиваются на начальных этапах оскудоумливающего процесса. Осуждаются конечные этапы заболевания с развитием грубого тотального слабоумия, присоединение abortивных судорожных припадков, с нарастанием общего одряхления, атрофических изменений внутренних органов, маразмом.

Подчеркиваются клинические особенности разновидности старческого слабоумия: конфабуляторная форма (хроническая пресбиофрения) в результате присоединения церебрального атеросклероза – ее особенностями являются наличие эйфории, эмоциональной лабильности, сохранность хорошего эмоционального контакта, сравнительно упорядоченного поведения, а также обилие конфабуляции, вплоть до конфабуляторной спутанности.

Обращается внимание на лечебную тактику при делириформной форме старческого слабоумия (острая пресбиофрения), т.к. проявление на фоне старческого слабоумия расстройства сознания по делириозному и аментивному типу свидетельствует о присоединении какой-либо соматической дополнительной патологии и серьезном прогнозе для жизни больных.

---

При обсуждении прогнозов этиопатогенеза, патанатомии старческого слабоумия, а также соотношения этого основного психического заболевания старческого возраста с другими атрофическими мозговыми заболеваниями среднего и пожилого возраста (болезнь Альцгеймера, Пика, хорея Гентингтона, болезнь Паркинсона) следует подчеркнуть их общие черты: неуклонное развитие мозговой атрофии (с еще неустановленной в настоящее время причинными факторами) – то в разлитой, диффузной (при старческом слабоумии и болезни Альцгеймера), то в более локальной в лобной, височной долях (при болезни Пика), либо ограничивающейся в основном, подкорковыми образованиями (хорея Гентингтона, болезнь Паркинсона) с наличием микроскопически–атрофических нарушений мозговой паренхимы с проявлениями очагов основного амилоидоза «старческие бляшки» (и Альцгеймеровского изменения нейрофибрилл в виде их огрубения, скручивания периферического расположения в нейроне) особенно при болезни Альцгеймера и старческом слабоумии, продуктивно–дистрофических изменений глиальной ткани, с атеросклерозом (в том числе атероматозного происхождения).

Напоминается значение в происхождении этих заболеваний наследственного фактора: доминантный характер наследования, хореи Гентингтона и полигенный характер предрасположенности при других заболеваниях.

При наличии больных с той или иной формой пресенильных деменций разбирают особенности начала болезни, клинической картины, часто напоминающей старческое слабоумие/постепенное развитие грубого слабоумия с выпадением высших корковых функций и проявлением невротических расстройств (таблица 2).

**Таблица 2.**  
**Особенности больных различными формами пресенильных деменций**

<b>Сравниваемый признак</b>	<b>Болезнь Пика</b>	<b>Болезнь Альцгеймера</b>	<b>Хорея Гентингтона</b>
<b>возраст</b>	<b>около 55 лет</b>	<b>около 55 лет</b>	<b>42 – 43 года</b>
пол	женщины заболевают значительно чаще	женщины заболевают значительно чаще	распределение по полу не отличается от остальной популяции
преморбидные особенности	близки к гармоничным личностям, с высоким интеллектом	в анамнезе могут быть личностные аномалии, затяжные параноидальные состояния, по существу являющиеся длительным инициальным периодом	«асоциальные» личности, напоминающие возбудимых истерических или шизоидных психопатов, часто интеллектуальная недостаточность, неуклюжесть, моторная неловкость
дифференциальная диагностика	с шизофренией, прогрессивным параличом, псевдопаралитическим состоянием различного генеза, с опухолями головного мозга, болезнью Альцгеймера	с сосудистыми заболеваниями, старческим слабоумием, болезнью Пика, опухолями головного мозга	с психопатиями, шизофренией, болезнью Вильсона–Коновалова, другими формами поражения головного мозга с хореическими гиперкинезами (в том числе – хронической нейролептической дискинезией)
продолжительность болезни	5–7 лет	10–11 лет	Свыше 15–20 лет

<p>особенности клинической картины</p>	<p>в начальном периоде тотальные изменения черт личности, с нарушением поведения, утраты морально–этических норм поведения к своему состоянию; м.б. рудиментарные галлюцинации, идеи ущерба, ревности; затем, в зависимости от преимуществ локализации атрофического процесса/лоб, висок, темя/развивается характерная аспонтанность, эмоциональная нивелировка, либо псевдопаралитическое состояние, но «инструменты» интеллекта (память, ориентировка, запас знаний) долгое время сохранены; далее развивается характерная для болезни Пика эхολалия, речевые стереотипии, а также «стоячие обороты» в письме, действиях; ускорение речи, расстройства памяти до тотальной афазии; оскудение и распад психической деятельности с агнозией, апраксией, развитием тотального слабоумия; часты экстрапиримидные расстройства</p>	<p>постепенное «плавное» развитие заболевания с острения черт психического склада, развитием фиксационной, затем прогрессирующей амнезии, но без «сдвига в прошлое», без конфабуляций; в 30–40% наблюдается психопатические состояния (галлюцинаторно–параноидной структуры, паранойальные расстройства, м.б. атипичные делирии; затем на фоне углубляющейся деменции, хотя длительно сохраняется частичное осознание своего болезненного состояния (распадается память, навыки, речь, письмо, счет, узнавание вплоть до афазии, агнозии, апраксии и пр.); часто развиваются логоклония, дизартрия; примерно у трети больных – развернутые эпилептиформные припадки, амиостатический и хореоформный синдромы; подчеркивается стабильность клиники заболевания, например, часто присоединяющийся атеросклероз не имеет патопластического влияния</p>	<p>дебют – чаще с гиперкинезов, особенно речевой мускулатуры, реже – с психопатологических расстройств; наблюдаются нарушения памяти, истощаемость, отвлекаемость и мыслительной деятельности; развивающаяся деменция неглубока, динамична в своих проявлениях; постоянно наблюдаются аффективные психопатоподобные расстройства, м.б. различны по глубине психотические состояния: галлюцинозы, паранойальный псевдопаралитический синдромы; наряду с постоянным хроническим гиперкинезом м.б. проявления акинето–гипертонического синдрома</p>
--	---	---	--

Рассматриваются общие принципы лечения и ухода за больными, даются конкретные терапевтические рекомендации для курируемых больных, разбираются вопросы прогноза, при необходимости – экспертной оценки больных /трудовой/ судебно–психиатрической/. Отмечается важность правильного надзора за больными с инволюционными психозами, особенно при ажитированном возбуждении, которое может завершиться суицидальным актом, оценки и соответствующего лечения общесоматического состояния, проведения общеукрепляющей терапии. Для купирования инволюционной депрессии рекомендуется комбинация антидепрессантов (амитриптилин, пиразидол) с нейролептиками (стелазин, галоперидол), иногда с транквилизаторами (феназепам), а при длительной депрессии и неуспешной психотропной терапии – ЭСТ (при отсутствии противопоказаний). В купировании бредовых форм инволюционных психозов на первое место выходят различные аффективного и седативного действия нейролептики.

При разборе проблемы лечения атрофических процессов особо подчеркивается необходимость правильного ухода и надзора за больными, тщательного контроля за состоянием внутренних органов, общеукрепляющей и противосклеротической терапии, применения малых доз психотропных препаратов по показаниям, например, френолона, аминазина, неулептила при хорее Гентингтона, а также препаратов нового класса психотропных средств – ноотропов (пирацетам).

2. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях.

1) Подчеркивается значимость проблем сосудистых заболеваний на современном этапе (проблема №1 в настоящее время).

2) Рассматриваются нервно–психические нарушения при гипертонической болезни. Подчеркивается сложный генез этого заболевания, в структуре которого большое значение имеет травма. Обращается внимание на значение преморбида. Отмечается, что возникновению психических расстройств при гипертонической болезни способствуют факторы, отягчающие течение гипертонии (ЗГМ, инфекция, интоксикация, массивная алкоголизация и т.д.).

3) Дается классификация психических расстройств при гипертонической болезни с отражением клинико–психопатологической картины, стадии заболевания и тяжести процесса, предполагаемого исхода психотического состояния и показанной терапии.

---

Классификация психических расстройств:

- 1) Неврозоподобные и психопатоподобные картины:
  - a) псевдоневрастенические
  - b) псевдофобические
  - c) псевдопсихопатические
- 2) Аффективно–личностные психотические картины:
  - a) тревожно–депрессивные
  - b) тревожно–бредовые
  - c) тревожно–экстатические
- 3) Картины нарушения сознания:
  - a) сумерочное состояние сознания
  - b) оглушенно–сновидное
- 4) Состояние слабоумия:
  - a) снижение личностных особенностей
  - b) лакунарная деменция
  - c) амнестическая деменция
  - d) псевдопаралитическая деменция
  - e) постапоплектическая деменция
  - f) псевдоснильная деменция
- 5) Смешанные (комбинированные) состояния.

Обращается внимание студентов на то, что психические нарушения могут возникнуть на фоне любой высоты АД.

3. Лечение должно быть патогенетически обусловлено и проводиться в сочетании с нейролептическими средствами (аминазин, галоперидол), малыми транквилизаторами, адаптогенами, неулептилом, особенно при неврозо- и психопатоподобных состояниях.

Следует опасаться резкого и значительного понижения артериального давления ввиду возможности возникновения сердечно-сосудистых гемодинамических нарушений, что может ухудшить психическое состояние и явиться причиной серьезных осложнений.

В целях профилактики и лечения рекомендуется создание стойкой трудовой обстановки и благоприятных бытовых условий, применение седативных средств, малых транквилизаторов, психотерапии.

4. Психические нарушения при атеросклерозе сосудов мозга.

Подчеркивается большое социальное значение этого заболевания (причина наибольшего количества смертей в возрасте после 60 лет, основ-

ной фактор инвалидизации этой возрастной группы населения).

Напоминаются общие жалобы больного, страдающего атеросклерозом сосудов мозга: снижение работоспособности, утомляемость как проявление астении, головные боли, головокружения, парестезии, эмоциональная лабильность, мнестические затруднения, появление в характере своеобразного консерватизма.

Подчеркивается, что астенический синдром является “осевым” в процессе всего заболевания. В начальной стадии атеросклероза выделяется неврастеноподобный синдром, который подразделяется на “гиперстеническую” и “гипостеническую” формы. Этот синдром имеет большие дифференциально–диагностические трудности (учитывается возраст, отсутствие дополнительных вредностей, состояние функции памяти, эмоциональной сферы, АД, функция других органов, биохимические показатели, ЭЭГ- и РЭГ-показатели, данные патопсихологического исследования).

– астено–депрессивный синдром, в котором депрессивный эффект более стойкий и может переходить в витальную депрессию;

– астено–ипохондрический синдром разнообразен по своим проявлениям;

– обсессивно–фобический синдром с навязчивостями различного характера, вначале связанных с функциональными расстройствами памяти (навязчивая проверка своих действий); нередко развивается кардиофобия. течение чаще волнообразное;

– психопатоподобные состояния – усиление преморбидных черт характера. выделяется два вида: истероидные и эпилептоидно–эксплозивные.

Акцентируется внимание на том, что атеросклератические психозы могут развиваться на всех стадиях. Отличаются полиморфизмом психотических состояний не только у разных больных, но и у одного и того же лица, даже во время одного и того же психотического приступа.

Наиболее частая форма психоза – депрессивные состояния, которые сочетаются с общими атеросклератическими изменениями. Витальная тоска лишена суточных колебаний и сочетается с ипохондрическими высказываниями вплоть до нигилистического бреда.

Среди параноидных и галлюцинаторно–параноидных состояний выделяются:

- 1) паранойяльные состояния:
  - а) бред ревности
  - б) пресенильноподобный параноид
- 2) острые параноидные состояния:

- 
- а) эпизодические
  - б) развернутые
  - с) ремиттирующие
  - 3) хронические галлюцинаторно–параноидные психозы:
    - а) вербальный галлюциноз
    - б) тактильный галлюциноз

Нарушение сознания встречаются во всех стадиях атеросклероза, но чаще в поздних. Особенно велика их связь с инсультами. Они могут возникать на фоне любого психотического состояния, но чаще при депрессивных и параноидных.

- 1) обнубиляция – часто
- 2) сопор, кома – при инсультах и тромбозах
- 3) делирий – частая форма
- 4) аменция – встречается значительно реже
- 5) сумеречное состояние сознания и онейроид – очень редки.

Подчеркивается значительная частота развития эпилептиформного синдрома (до 7–16%).

Атеросклеротическое слабоумие:

- 1) простое, лакунарное
- 2) амнестическое
- 3) псевдосенильное
- 4) асемическое
- 5) псевдопаралитическое

Общие принципы терапии – единая комплексная терапия соматических, неврологических и психопатологических расстройств. Психотические проявления лечатся нейролептическими препаратами, но с целью профилактики побочного нейролептического эффекта целесообразней назначать сильнодействующие нейролептики, но в малых дозах, нежели наоборот. При невротическом и психопатоподобных нарушениях широко используются корректоры поведения.

В общий комплекс лечебных мероприятий включаются диета, режим труда и отдыха, аэрозольная терапия, физиолечение препаратами йода, оксигенотерапия, комплекс витаминов (А, Е, В), линетол, никотиновая кислота и прочие (антисклеротические) препараты.

### **Контрольные вопросы по теме занятия**

1. Классификация инволюционных и старческих психических заболеваний.
2. Клинические варианты старческих психозов.
3. Современные представления о болезни Альцгеймера (группе деменций Альцгеймеровского типа).
4. Клиника болезни Пика.
5. Клиника болезни Паркинсона.
6. Дифференциальная диагностика болезни Альцгеймера с сосудистой деменцией, болезнью Пика и болезнью Гентингтона.
7. Психотические состояния у больных с болезнью Альцгеймера.
8. Морфологические изменения в головном мозге у больных с старческими психическими заболеваниями.
9. Социальная помощь больным с инволюционными и старческими психическими заболеваниями.
10. Методы лечения инволюционных и старческих психических заболеваний. Психотерапия.
11. Классификация психических расстройств при сосудистых заболеваниях.
12. Клиника психических расстройств при гипертонической болезни.
13. Клиника психических расстройств при хроническом атеросклерозе.
14. Симптомы инициального периода болезни.
15. Клинические особенности слабоумия при сосудистых заболеваниях.
16. Дифференциальная диагностика сосудистого слабоумия с другими деменциями старческого возраста.
17. Психотические расстройства при гипертонической болезни.
18. Психотические расстройства при хроническом атеросклерозе.
19. Значение дополнительных средовых и личностных факторов для развития психических расстройств при сосудистых заболеваниях.
20. Методы лечения психических расстройств при сосудистых заболеваниях.

---

**Тестовые задания по теме занятия:**

**1. Психоорганический синдром характерен для:**

- a) шизофрении
- b) эпилепсии
- c) маниакально-депрессивного психоза
- d) старческих психозов
- e) органических и сосудистых поражений головного мозга

**2. Какой из приведенных синдромов наиболее характерен для острой травмы головного мозга:**

- a) астено-невротический
- b) галлюцинаторно-бредовый
- c) маниакальный
- d) амнестический
- e) депрессивный

**3. Какой из приведенных синдромов наиболее характерен для острой травмы головного мозга:**

- a) церебрастенический
- b) галлюцинаторно-бредовый
- c) маниакальный
- d) амнестический
- e) депрессивный

**4. Все следующее верно в отношении олигофрении, кроме:**

- a) является врожденной или возникает в первые годы жизни
- b) течет прогрессивно
- c) выражается в недоразвитости психических функций
- d) полноценное обучение в общеобразовательной школе невозможно;
- e) возможно возникновение психозов

**5. Все следующее верно в отношении больных с дебильностью, кроме:**

- a) IQ выше 70%
- b) могут обучаться только в специальных школах
- c) могут научиться писать и читать
- d) можно обучить несложной профессии
- e) могут проживать самостоятельно

- 6. Все следующие мероприятия следует проводить в отношении больных с дебильностью для наибольшей адаптации, кроме:**
- a) воспитание навыков самообслуживания
  - b) профессиональное обучение
  - c) постоянное лекарственное лечение и психотерапия
  - d) физическое воспитание
  - e) поощрение стремления к общению и творчеству
- 7. Укажите, при какой области поражения мозга наблюдаются аспонтанность, снижение мотиваций и изменение личности и благодушие:**
- a) лобные доли
  - b) височные доли и лимбическая система
  - c) теменные доли
  - d) затылочные доли
  - e) ретикулярная формация и locus coeruleus
- 8. Укажите, при каком из перечисленных заболеваний наблюдаются нарушения памяти и интеллекта:**
- a) прогрессивный паралич
  - b) сосудистые заболевания мозга
  - c) травмы головного мозга
  - d) опухоли головного мозга
  - e) все перечисленные выше заболевания
- 9. Укажите, при какой области поражения мозга наблюдаются зрительные галлюцинации и фотопсии:**
- a) лобные доли
  - b) височные доли и лимбическая система
  - c) теменные доли
  - d) затылочные доли
  - e) ретикулярная формация и locus coeruleus
- 10. Укажите, при каких из перечисленных заболеваний наблюдается концентрическое слабоумие.**
- a) истерический невроз
  - b) невроз навязчивости

- 
- c) эпилепсия
  - d) шизофрения

**11. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме:**

- a) физической истощаемости
- b) психической истощаемости
- c) фиксационной амнезии
- d) аффективной лабильности
- e) нарушений сна

**12. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме:**

- a) аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения
- b) повышенной утомляемости и истощаемости
- c) гиперестезии
- d) нарушения сознания
- e) соматовегетативных нарушений

**13. Для астенического синдрома при атеросклерозе характерно все перечисленное, исключая:**

- a) резко выраженную утомляемость
- b) утрату способности к продолжительному умственному и физическому напряжению
- c) восстановление работоспособности после продолжительного отдыха
- d) легкие нарушения сознания
- e) легкость перехода от сниженного настроения со слезливостью к благодушию и эйфории

**Вопросы, включенные в билеты к курсовому экзамену**

1. Типичные проявления различных органических заболеваний головного мозга. Понятие психоорганического синдрома. Значение параклинических методов в установлении точного диагноза.
2. Психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга: церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь. Их основные проявления. Терапия.

3. Дегенеративные заболевания головного мозга в пожилом возрасте. Симптоматика, медицинская тактика, прогноз. Дифференциальная диагностика с атеросклеротическим слабоумием и опухолями.
4. Психические расстройства при внутричерепных опухолях. Ранние признаки, методы параклинической диагностики. Дифференциальный диагноз.
5. Общие закономерности и типичные проявления экзогенных психических заболеваний: интоксикации, инфекции, травмы, лучевое поражение.

---

## **ТЕМА 4. ЭПИЛЕПСИЯ**

**Содержание:** изучение эпилепсии, ее клиники, течения, исхода; вопросов лечения, реадaptации и экспертизы, дифференциальная диагностика с судорожным состоянием различной этиологии (эпилептический синдром при нейроревматизме, сифилисе мозга, цистициркозе, опухолевом процессе); изучение психических изменений при эпилепсии.

**Учебная цель занятия:** изучение основных психических расстройств при эпилепсии, их связь с типом течения, особенностями исхода; разбор основных принципов лечения и различных видов экспертизы при данном заболевании (трудовая, судебная, военная); основные принципы реадaptации больных эпилепсией.

### **Задачи занятия:**

- с учетом ранее полученных знаний познакомить студентов с облигатными и основными факультативными симптомами эпилепсии;
- рассмотреть варианты классификации эпилепсии, основные типы течения и клинические формы;
- познакомить студентов с основными методами выявления расстройств эпилепсии у психически больных, выработать практические навыки оценки состояния больных с эпилепсией; на основе психопатологического метода (выделение и оценка отдельных психопатологических феноменов, различение симптомов нарушения чувственной и мыслительной сфер деятельности, объединение их в ведущие синдромы);
- познакомить студентов с методами патопсихологического обследования больных с эпилепсией;
- при подведении итогов практической работы обобщить изученный теоретический материал с учетом полученных результатов.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Место проведения занятия:** учебная комната, ассистентская, в отдельных случаях палаты клинических отделений.

### **Оснащение занятия:**

1. Таблицы.
2. Магнитофонные записи с образцами речи.

3. Образцы патологического творчества больных.
4. Истории болезни демонстрируемых больных.
5. Набор материалов для проведения психологического обследования больных.
6. Слайды по теме занятия.
7. Методические указания к проведению занятия, изданные кафедрой топографическим способом для студентов.

### **План проведения занятия и бюджет учебного времени**

1. Организационные вопросы – 5 мин.
2. Введение, формулировка актуальности, цели и задач практического занятия – 10 мин.
3. Опрос по теме – 15 минут.
4. Проведение тест-контроля исходного уровня знаний студентов – 15 мин.
5. Рассмотрение теоретических вопросов темы, заслушивание рефератов по дополнительной литературе – 40 мин.
6. Перерыв – 10 мин.
7. Демонстрация больных по теме занятия (4-5 человек), изучение творчества больных, писем, заявлений и т.д., работа с таблицами; изучение актов судебно-психиатрической экспертизы – 40 мин.
8. Обсуждение истории болезни продемонстрированных и обобщение изученного на занятии, теоретического материала – 30 мин.
9. Итоговой контроль уровня знаний по теме занятия, подведение итогов занятия – 15 мин.

**Теоретический материал по теме занятия, дидактические единицы, на которые преподаватель должен обратить особое внимание студентов.**

*Эпилепсия* является одним из самых тяжелых и распространенных заболеваний: 5 человек на тысячу населения.

Устанавливаются основные этапы развития взглядов на сущность эпилепсии. Обосновывается необходимость дифференциации судорожных состояний: эпилептическая болезнь, эпилептический синдром в связи с органическим поражением головного мозга различной этиологии, эпилептические реакции. Разбирается современная классификация: эпилепсия с генерализованными припадками и эпилепсия с фокальными припадками.

---

Уточняются основные признаки эпилепсии: пароксизмальность течения, внезапность наступления приступа, клиническое разнообразие пароксизмов у различных больных и их однотипность у одного и того же больного (психические эквиваленты).

Обсуждается клиника эпилепсии, особое внимание обращается на психопатологию эпилепсии: брадифрения, болезненная обстоятельность и инертность мышления, характерные изменения личности: патологическая медлительность в сочетании с взрывчатостью и напряженностью аффекта, этапы развития концентрического слабоумия: нарастающее ослабление памяти, невозможность усваивать новое, постепенная утрата ранее приобретенных знаний.

Напоминаются клинические разновидности эпилептического слабоумия: мнестико-интеллектуальный, аффективный, аутистически-параноический.

Излагаются варианты эпилептических психозов: (сумеречные состояния сознания, параноидный, галлюцинаторно-параноидный синдромы) условия их возникновения, стереотип развития: учащение психических эквивалентов, систематизация бреда.

Рассматриваются вопросы этиологии, патогенеза и типы течения: доброкачественный, статусоподобный.

Обращается внимание на значение в этиологии эпилепсии родовой травмы и инфекции. Подчеркивается различие этиологии и общность патогенеза – полиэтиологическое, но монопатогенетическое заболевание.

Подтверждается роль наследственных факторов: наследование порога судорожной готовности и уровня обменных процессов, степень конкордантности заболеваемости у близнецов.

Разбираются основные диагностические критерии при дифференциальной диагностике эпилепсии других заболеваний с эпилептическим синдромом: сифилис мозга, цистицирроз головного мозга, нейроревматизм, опухоли головного мозга и др.

Подробно обсуждаются вопросы терапии (антиконвульсивная и патогенетическая терапия), индивидуализация метода и поиски оптимальной дозы, длительность лечения, последовательность применения антиконвульсантов с учетом характера пароксизма (при эпилепсии с судорожными припадками – фенобарбитал, бензонал, бензомиламид, дилантин, гексамидин, хлоракон, финлепсин, смесь пр. Серийского, смесь Воробьева и Андреева, при бессудорожной форме эпилепсии – триметин, эпимид, зорантин, федебан, глютаминовая кислота, элениум, суксилеп, пикнолепсин), общая

санация организма, режим питания. При лечении эпилептических психозов противосудорожная терапия сочетается с психотропными препаратами (аминазин, тизерцин, пропазин).

Разбираются вопросы экспертизы трудовой (при частых припадках и слабоумии – I и II группы инвалидности, при редких припадках – 3 группа или трудовая рекомендация), военной (не военнообязанные в военное время, при эпилепсии с редкими припадками, не чаще 2–х раз в год, годны к нестроевой службе, в тылу), судебно–психиатрической (невменяемость при эпилепсии с слабоумием и при эпилептических психозах).

Подчеркивается необходимость преемственности в лечении (стационар, психоневрологический диспансер) и важность первичной и вторичной профилактики.

Во время занятий со студентами педиатрического факультета выясняются особенности клиники эпилепсии у детей и подростков, значительное преобладание тонической фазы в структуре судорожного припадка, рудиментарный характер психомоторных пароксизмов, генерализация фокального припадка, частота психических эквивалентов в форме амбулаторных автоматизмов.

Фиксируется внимание на значении возраста и зависимости характера приступа от этапа созревания моторных функций, тонуса, статики: кивки и клевки у детей в возрасте 3 – 6 месяцев, салаамовы судороги в 6 – 8 месяцев, атонические припадки в 1 – 2 года, пикнолепсия в 3 – 8 лет.

Указывается на необходимость осторожности в диагностике эпилепсии, правомерность выделения эпилептических реакций, их преобладание именно в детском возрасте – особенности в.н.д., повышенная готовность к иррадиации раздражительного процесса, лабильности Рамвушва обмена.

Напоминается, что эпилепсия – болезнь детского возраста (40% заболеваний в возрасте до 14 лет). Особо фиксируется внимание на оказании неотложной помощи при эпистатусе.

### **Контрольные вопросы по теме занятия**

1. История выделения эпилепсии в самостоятельное заболевание.
2. Основные проявления эпилепсии.
3. Симптомы психических расстройств при эпилепсии.
4. Варианты течения эпилепсии шизофрении.
5. Изменения личности при эпилепсии.
6. Интеллектуально-мнестические нарушения при эпилепсии.
7. Эпилептические психозы.

- 
8. Атипичные формы шизофрении, фебрильная шизофрения.
  9. Особенности течения эпилепсии в детском и подростковом возрасте.
  10. Терапия эпилепсии.

### **Тестовые задания по теме занятия**

- 1. Укажите, при каких из перечисленных заболеваний наблюдаются судорожные припадки:**
  - a) истерический невроз
  - b) невроз навязчивости
  - c) и то, и другое заболевание
  - d) ни то, ни другое заболевание
  
- 2. Укажите, при каких из перечисленных заболеваний наблюдается концентрическое слабоумие:**
  - a) истерический невроз
  - b) невроз навязчивости
  - c) эпилепсия
  - d) шизофрения
  
- 3. В развитии генерализованного судорожного эпилептического припадка различают:**
  - a) тоническую фазу
  - b) клоническую фазу
  - c) фазу помрачения сознания (оглушение или сумеречное расстройство сознания)
  - d) все перечисленное
  - e) ничего из перечисленного
  
- 4. Эпилептический статус характеризуется:**
  - a) серией непрерывно следующих друг за другом больших эпилептических припадков, между которыми сознание не проясняется
  - b) продолжительностью от нескольких часов до нескольких суток
  - c) пребыванием больного длительно в коме, сопоре или оглушении
  - d) всем перечисленным
  - e) ничем из перечисленного

**5. Эпилептический статус сопровождается:**

- a) изменениями в сердечно-сосудистой системе
- b) повышением температуры и другими соматовегетативными расстройствами
- c) изменениями биохимии крови
- d) ничем из перечисленного
- e) всем перечисленным

**6. Для речи больных эпилепсией характерно все, кроме:**

- a) олигофазии
- b) частого употребления уменьшительно-ласкательных суффиксов
- c) замедленный темп
- d) символизм и паралогичность

**7. Эпилептическое (концентрическое) слабоумие проявляется следующими симптомами, кроме:**

- a) обстоятельности мышления
- b) эгоцентризма
- c) неспособности отличать главное от второстепенного
- d) апраксии и дизартрии

**Вопросы, включенные в билеты к курсовому экзамену**

- 1. Большой судорожный припадок. Клиническая характеристика. Заболевания, при которых он встречается. Отличия от истерического припадка.
- 2. Эпилептическая болезнь. Определение. Клиника, течение, прогноз. Заболевания, с которыми следует дифференцировать эпилептическую болезнь.
- 3. Эпилепсия. Продуктивные симптомы и синдромы, характерные для клиники эпилепсии.
- 4. Эпилепсия. Типичная негативная симптоматика (изменения личности). Клиника эпилептического слабоумия.
- 5. Лечение эпилепсии (методические принципы, основные группы противосудорожных препаратов, диета, режим). Трудовые рекомендации и реабилитация больных.
- 6. Эпилептический статус, определение. Заболевания, при которых он может наблюдаться. Методы купирования.

---

## **ТЕМА 5.** **РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ**

**Содержание:** изучение расстройств личности (акцентуаций, психопатий, патологических развитий личности), их клиники, течения, исхода; вопросов лечения, реадaptации и экспертизы.

**Учебная цель занятия:** изучение основных расстройств личности (акцентуаций, психопатий, патологических развитий личности), их генеза и динамики развития; разбор основных принципов лечения и различных видов экспертизы при данных расстройствах (трудовая, судебная, военная); основные принципы реадaptации больных с этими расстройствами.

### **Задачи занятия:**

- с учетом ранее полученных знаний познакомить студентов с проявлениями расстройств личности (акцентуаций, психопатий, патологических развитий личности);
- рассмотреть варианты психопатий, акцентуаций и иных расстройств личности, их классификации, типы течения и клинические формы;
- познакомить студентов с основными методами выявления расстройств личности, выработать практические навыки оценки состояния больных с этими расстройствами, на основе психопатологического метода (выделение и оценка отдельных психопатологических феноменов, различение симптомов нарушения чувственной и мыслительной сфер деятельности, объединение их в ведущие синдромы);
- познакомить студентов с методами патопсихологического обследования больных с психогенными психическими заболеваниями;
- при подведении итогов практической работы обобщить изученный теоретический материал с учетом полученных результатов.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Место проведения занятия:** учебная комната, ассистентская, в отдельных случаях палаты клинических отделений.

### **Оснащение занятия**

1. Таблицы.
2. Магнитофонные записи с образцами речи.

3. Образцы патологического творчества больных.
4. Истории болезни демонстрируемых больных.
5. Набор материалов для проведения психологического обследования больных.
6. Слайды по теме занятия.
7. Методические указания к проведению занятия, изданные кафедрой топографическим способом для студентов.

### **План проведения занятия и бюджет учебного времени**

1. Организационные вопросы – 5 мин.
2. Введение. Формулировка актуальности, цели и задач практического занятия – 10 мин.
3. Опрос по теме 15 минут;
4. Проведение тест–контроля исходного уровня знаний студентов – 15 мин.
5. Рассмотрение теоретических вопросов темы, заслушивание рефератов по дополнительной литературе – 40 мин.
6. Перерыв – 10 мин.
7. Демонстрация больных по теме занятия (4–5 человек), изучение творчества больных, писем, заявлений и т.д., работа с таблицами; изучение актов судебно-психиатрической экспертизы – 40 мин. Клиническая демонстрация и разбор основных симптомов у больных с расстройствами личности – 45 мин.
8. Обсуждение истории болезни продемонстрированных и обобщение изученного на занятии, теоретического материала– 30 мин.
9. Итоговой контроль уровня знаний по теме занятия. Подведение итогов занятия – 15 мин.

### **Теоретический материал по теме занятия, дидактические единицы, на которые преподаватель должен обратить особое внимание студентов.**

1. В психологии существует множество определений понятия «личность». Личность определяется как система, совокупность, «ансамбль» отношений к окружающему, прежде всего социальному и к самому себе. Каждое отношение вырабатывается в онтогенезе, значительную роль в этом процессе играют условно-рефлекторные механизмы. Основой личности является характер. В значительной мере он определяется наследственными задатка-

---

ми, но окончательно формируется под влиянием воспитания, а исказиться может при неблагоприятном воздействии различных факторов – от хронической психической травматизации до органических поражений головного мозга.

*Преморбидный тип личности* подразумевает ее основные черты, тип характера до того, как возникло психическое расстройство. Этот тип обычно описывается со слов как самого больного, так и его близких при изложении анамнеза жизни. Оценка преморбидного типа важна для диагностики (риск отдельных психических расстройств неодинаков при разных типах), прогноза и выбора методов психотерапии и реабилитации.

Описаны следующие основные типы акцентуированных личностей и акцентуаций характера (по К. Леонгарду и А. Е. Личко).

*Гипертимный тип.* Лица с этим типом личности отличаются почти всегда приподнятым настроением, высоким жизненным тонусом, активностью, брызжащей энергией. Короткие вспышки раздражения и гнева у больных вызывают противодействие окружающих, подавление их бурной деятельности, желания во все вмешиваться. Склонны к переоценке своих способностей и возможностей, чрезмерно оптимистичны в отношении будущего, но плохо справляются с работой, требующей усидчивости и аккуратности.

*Циклоидный, или аффективно-лабильный, тип.* Для этого типа личности характерна смена периодов подъема, когда больные ведут себя как гипертимы, периодами спада настроения и тонуса. Во время последних у больных отмечаются вялость, упадок сил, падение работоспособности, они становятся малообщительными и бездеятельными.

*Сенситивный (тревожный, боязливый) тип.* Главными чертами людей с этим типом личности являются большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. Среди посторонних и в незнакомой обстановке больные робки и застенчивы. Общительны с теми, к кому привыкли.

*Психастенический (педантичный) тип.* Лица с этим типом личности сочетают в себе нерешительность, склонность к рассуждательству с тревожной мнительностью в виде опасений за будущее свое и своих близких. Педантизм и формализм становятся защитной реакцией от постоянной внутренней тревоги. Больные склонны к самоанализу и самокопанию. Тяжелой нагрузкой для них является ответственность, особенно когда отвечать надо не только за себя, но и за других.

*Шизоидный (интровертированный) тип.* Это тип личности известен как образец замкнутости. Замкнутость сочетается с внешней сдержанностью

и даже холодностью. Недостаток сопереживания проявляется в неумении откликнуться на радость, печаль или опасения другого человека. Обнаруживается также недостаток интуиции – неумение понять чужие переживания. Они живут обычно внутренним миром, который заполнен увлечениями и фантазиями. Увлечения (хобби) отличаются необычностью, силой и постоянством. Отличаются склонностью к неконформизму.

*Эпилептоидный (эксплозивный, возбудимый) тип.* Лица с этим типом личности отличаются склонностью к коротким периодам злобно-тоскливого настроения с накапливающим раздражением и поиском объекта, на котором можно «сорвать зло». Аффекты не только сильны, но и продолжительны, и болезненные во время них способны доходить до безудержной ярости. Мелочная аккуратность, дотошное соблюдение правил, допекающий других педантизм, сочетаются с бережливостью, расчетливостью и злопамятностью.

*Истероидный (демонстративный, гистрионический) тип.* Лица с этим типом личности обращают на себя внимание ненасытной жадой быть в центре внимания. Этому служат лживость и фантазирование, склонность к рисовке и позерству, наигранно-преувеличенная экспрессия эмоций, чрезмерная драматизация событий. С этим же связаны претензии на исключительное положение среди окружающих, а также высокий уровень притязаний в отношении своего будущего.

*Неустойчивый тип.* Для личностей этого типа характерна постоянная гедонистическая установка – непрерывная повышенная тяга к удовольствиям, развлечениям, праздности, безделью. Они стремятся уклониться от любого труда, от исполнения обязанностей и долга. Живут сегодняшним днем, никаких долгосрочных целей перед собой не ставят. Любые упорные занятия их отталкивают. Они часто начинают злоупотреблять спиртными напитками и другими дурманящими веществами.

Весьма распространены *смешанные или мозаичные типы*, представляющие сочетание нескольких из перечисленных типов аномалий характера.

## 2. Расстройства личности

Расстройства личности (психопатии) – патологические характеры, ведущие к социальной дезадаптации. Они могут быть конституциональными (наследственно обусловленными) или формироваться вследствие продолжительного особо неблагоприятного влияния среды, чаще в детстве или подростковом возрасте.

---

Патологическое развитие личности проявляется нарастающими ее изменениями по определенному типу вследствие психической травматизации, адресующейся к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации характера. Особую группу составляет патологическое развитие личности, обусловленное тяжелыми физическими дефектами (слепота, глухота, врожденные параличи и т.д.).

3. Психопатия – аномалия характера, которая определяет психический облик, накладывая властный отпечаток на весь душевный склад.

Диагностические критерии психопатии по О. В. Кербикову:

- 1) тотальность патологических черт характера; они проявляются везде;
- 2) стабильность патологических черт характера; они сохраняются на протяжении всей жизни;
- 3) социальная дезадаптация вследствие именно черт характера, а не из-за неблагоприятной среды.

*Конституциональные (генушные, «ядерные») психопатии* обусловлены наследственностью и проявляются даже при самых благоприятных условиях непосредственного социального окружения. Обычно у кого-то из кровных родственников удается проследить подобные же патологические черты характера.

*Психопатическое (патохарактерологическое) развитие* («приобретенные психопатии», «патохарактерологические формирования») является следствием неправильного воспитания или продолжительного дурного влияния окружающей среды, особенно если это приходится на подростковый возраст – период становления характера.

*Органические психопатии* являются результатом пренатальных, натальных и ранних постнатальных (первые 2–3 года жизни) вредных воздействий на формирующийся мозг, длительных истощающих соматических заболеваний с первых месяцев жизни. Органические психопатии проявляются с детства, но при повзрослении могут сглаживаться.

*Психопатоподобные расстройства на почве резидуальных органических поражений мозга* возникают после черепно-мозговых травм, мозговых инфекций и нейроинтоксикаций, перенесенных после 3 – 4 лет жизни.

*Психопатоподобные (псевдопсихопатические) расстройства при шизофрении* наблюдаются в виде самостоятельной психопатоподобной формы, во время ремиссии после перенесенного приступа или как один из вариантов исхода заболевания (резидуальная шизофрения).

### Типы психопатий

Классификации психопатий весьма разнообразны. Были попытки все разновидности психопатий свести к двум – возбудимой и тормозимой; были описания, включающие более десятка типов. В МКБ-10 включены следующие типы.

*Шизоидное расстройство личности (шизоидная психопатия)* по МКБ-10 характеризуется следующими чертами характера: неспособностью переживать наслаждение; эмоциональной холодностью; слабой реакцией на похвалу и порицания; малым интересом к сексуальному общению с другими; склонностью к фантазированию про себя (аутистическое фантазирование) и к интроспекции (погружение во внутренний мир); недостатком тесных доверительных контактов с другими; затруднением в понимании и усвоении общепринятых норм поведения, что проявляется эксцентричными поступками. Тяжело переносятся ситуации, где надо быстро и без разбора устанавливать неформальные контакты, а также насильственное вторжение посторонних в свой внутренний мир.

*Диссоциальное расстройство личности (психопатия неустойчивого типа, антисоциальное расстройство личности)* по МКБ-10 распознается по следующим признакам: пренебрежение чувствами других, безответственность и игнорирование социальных норм, правил и обязанностей, неспособность поддерживать устойчивые отношения с другими, низкая толерантность к невозможности получить желаемое, легкость агрессивных вспышек, включая жестокость, отсутствие чувства вины и неумение извлекать опыт из прошлого.

*Эксплозивная (аффективно-лабильная) психопатия* характеризуется эмоциональными вспышками по малейшему поводу, но гнев легко сменяется слезами, ругань и швыряние вещей – стенаниями, агрессия к другим – нанесением самоповреждений, покушениями на самоубийство. Совершенно не выдержаны, вскипают при малейших замечаниях или противодействии, крайне болезненно реагируют на эмоциональное отвержение и любые стрессы.

*Эпилептоидная психопатия* отличается тем, что; кроме эксплозивности (склонности к безудержным аффективным; реакциям с агрессией и аутоагрессией), периодически возникают состояния дисфории – мрачно-злобного настроения, во время которого больные ищут, на чем бы сорвать накопившееся зло. Дисфории длятся от нескольких часов до, нескольких дней. Бурным аффективным реакциям обычно предшествует постепенное закипание сперва подавляемого раздражения.

---

*Диссоциативное, конверсионное, гистрионическое расстройство личности (истерическая психопатия)*, согласно МКБ–10, может быть диагностировано при наличии склонности к самодраматизации, театральности поведения, преувеличенном выражении эмоций; внушаемости; эгоцентричности со стремлением не считаться с интересами других; жажды ситуаций, где можно быть в центре внимания; манипулятивного поведения, чтобы добиться своих целей. Под влиянием тяжелых психических травм могут возникать истерические неврозы и психозы.

*Ананкастное (обсессивно–компульсивное) расстройство личности (психастеническая психопатия)* по МКБ–10 характеризуется нерешительностью, постоянными сомнениями; чрезмерной предусмотрительностью в отношении возможно опасного или неприятного для себя хода событий, склонны к развитию тревожных расстройств.

*Тревожное («избегающее») расстройство личности (сенситивная психопатия)* по критериям МКБ–10 может быть распознано по постоянному чувству внутреннего напряжения и тревоги; застенчивости и чувству собственной неполноценности; повышенной чувствительности к критике со стороны; по склонности отказываться вступать во взаимоотношения с окружающими, пока не будут уверены, что не будут подвергнуты критике.

*Зависимое расстройство личности* по критериям МКБ–10 соответствует одному из видов астенической психопатии. Его характеризует склонность перекладывать ответственность за себя на других и целиком подчиняться интересам того, от кого зависят, пренебрегая собственными желаниями. Себя оценивают, как беспомощных, некомпетентных и невыносливых.

*Паранойальное расстройство личности.* В МКБ–10 оно обозначается как параноидное расстройство. Признаками его считаются чрезмерная чувствительность больных к неудовлетворению своих притязаний; злопамятность, не позволяющая прощать оскорбления, обиды и нанесение ущерба; подозрительность и стремление исказить нейтральные или дружеские действия других, представляя их как зловердные и проявления пренебрежения; воинственное, сопровождающееся угрозами, отстаивание своих прав в каждой ситуации; склонность к патологической ревности; чрезмерная самоуверенность, ощущение собственной важности; поглощенность мыслями, что все находятся в заговоре против них.

Паранойальное развитие обычно разворачивается в возрасте 30–40 лет – в период достижения социальной зрелости и ослабевает лишь к старости. В юные годы ему предшествует эпилептоидная, шизоидная или истероидная акцентуация характера.

*Астеническое развитие* может соответствовать критериям тревожного расстройства (сенситивной психопатии) и затяжной неврастении. Ипохондрическое развитие повторяет картину длительно текущего ипохондрического невроза.

*Обсессивное и истерическое развитие* сходно с ананкастным и гистрионическим расстройствами. Однако развития являются следствием длительной психической травматизации, когда психогенные факторы адресуются к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации характера.

*Смешанные типы расстройства личности* диагностируются, когда трудно установить отдельный тип из-за того, что черты разных типов представлены относительно равномерно.

*Органические психопатии* чаще всего бывают смешанными, представляя различные сочетания эмоционально-лабильных, гистрионических и диссоциативных черт (т.е. эксплозивной, истерической и неустойчивой психопатии). Диагностика органических психопатий основывается на данных анамнеза и неврологического исследования.

#### 4. Динамика расстройств личности и прогноз.

*Динамика.* Расстройств личности, в особенности конституциональные психопатии, отличаются стабильностью: патологические черты характера, выявившиеся в определенном возрасте, сохраняются на всю жизнь. Однако эти черты то заостряются, то смягчаются. К динамическим сдвигам были отнесены возрастные кризы, компенсации и декомпенсации, психопатические фазы, трансформации типов психопатий. В отдельных случаях возможна устойчивая депсихопатизация.

*Возрастные кризы* – пубертатный и климактерический. Период полового созревания сильнее выявляет и заостряет патологические черты характера; у мальчиков, климактерический период сильнее действует на женщин.

*Компенсация* – временное смягчение психопатических особенностей за счет изменения «микросреды» (семейной, трудовой) на такую, где эти особенности не мешают наилучшим образом приспособиться (например, уединенный образ жизни с возможностью целиком отдаться излюбленному увлечению или интересам при шизоидном расстройстве личности). Однако в трудных ситуациях эти механизмы оказываются недостаточными и истинные психопатические особенности вновь выступают.

*Декомпенсация* – заострение психопатических черт, сопровождаемое обычно нарушениями поведения и социальной дезадаптацией. Насту-

---

пает чаще под действием неблагоприятных факторов среды, однако обычно вполне переносимых здоровыми личностями. Иногда же декомпенсации возникают без видимых причин – в силу эндогенных механизмов, например, после дисфории при эпилептоидной психопатии.

*Психопатические фазы* – периодические без каких-либо причин резкие ухудшения, также через некоторое время сами по себе проходящие – встречаются только при некоторых типах психопатий (при эпилептоидной).

*Депсихопатизация* – стойкое сглаживание психопатических черт характера с многолетней компенсацией. Тип характера остается прежним, но не препятствует социальной адаптации. Наступает в благоприятных условиях, особенно при наличии гармоничной семьи, приблизительно в 15% случаев.

## 5. Прогноз.

При расстройствах личности прогноз зависит от их тяжести и социального окружения. При длительных и почти непрекращающихся декомпенсациях, несмотря на улучшение условий жизни, социальный прогноз неблагоприятен: паразитический образ жизни, пьянство, употребление наркотиков, преступления, нередко тяжкие, приводят к деградации личности. При расстройствах личности также высок риск суицидов.

Распространенность. Сведения о частоте расстройств личности весьма различны: в популяции их от 0,2 до 5%. Многие психопатические личности не попадают в поле зрения психиатров. Среди мужчин психопатии встречаются в 2-3 раза чаще, чем среди женщин.

## 6. Лечение и реабилитация.

Лекарственное лечение требуется во время декомпенсаций, а при глубоких психопатиях почти постоянно в виде поддерживающей терапии. При диссоциативном расстройстве показаны «корректоры поведения» – неулептил (перидазин), сонапакс (меллерил, тиоридазин), модитен (лиоген). При эмоционально-неустойчивом расстройстве прибегают к сибазону (седуксен, реланиум), аминазину (хлорпромазин), тизерцину (левомепромазин), при дисфориях – к карбамазепину (финлепсин, тегретол). При ананкастном расстройстве используют феназепам или малые дозы галоперидола, при тревожном – тазепам (нозепам)/ феназепам, мепробамат, хлорпротиксен (труксал). Декомпенсации при гистрионическом расстройстве рекомендуются купировать аминазином, а при шизоидном расстройстве – малыми дозами трифтазина (стелазин) или френолоном.

Психотерапия должна варьировать в зависимости от типа расстройства личности.

Реабилитация прежде всего включает рациональное трудоустройство. Трудоспособность при расстройствах личности сохранена: определение инвалидности нерационально даже при «глубоких психопатиях» – оно может только способствовать паразитическому образу жизни.

7. Судебно–психиатрическая экспертиза. Способность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими у психопатов, как правило, сохраняется, поэтому они признаются вменяемыми. Исключение составляют общественно опасные действия, совершенные во время психозов, возникших на высоте декомпенсаций: например, убийство мнимых преследователей по бредовым мотивам при паранойальном расстройстве, осложнившимся бредовым психозом, разрушительные действия во время тяжелых дисфории.

Дееспособность при расстройствах личности, как правило, сохранена.

#### **Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Понятие о личности и ее нарушениях.
2. Классификация нарушений личности.
3. Классификация акцентуаций.
4. Классификация психопатий. Клинические варианты психопатий.
5. Динамика психопатий.
6. Патологические развития личности.
7. Понятие об органических психопатиях.
8. Экспертиза психопатий.
9. Особенности расстройств личности в детском и подростковом возрасте.
10. Методы лечения психопатий. Психотерапия. Психофармакотерапия

#### **Тестовые задания по теме занятия**

1. **Наследственность является одним из важных факторов возникновения психопатий:**
  - a) да
  - b) нет.
2. **Сексуальные дисфункции у женщин включают следующие расстройства, кроме:**
  - a) фригидность

- 
- b) лесбиянство
  - c) диспарейния
  - d) аноргазмия
  - e) вагинизм

**3. Сексуальные парафилии (перверзии) включают следующие расстройства, кроме:**

- a) вуайеризм
- b) эксгибиционизм
- c) фроттеуризм
- d) садо-мазохизм
- e) фетишизм
- f) транссексуализм

**4. Патологические влечения (расстройства влечения у взрослых) включают следующие расстройства, кроме:**

- a) патологическая игра
- b) пиромания
- c) клептомания
- d) дромомания
- e) кататония

**5. Для истерической психопатии характерны:**

- a) склонность к фантазированию
- b) эгоцентризм
- c) театральность
- d) псевдология
- e) все вышеперечисленное

**6. Все следующее характерно для истерической психопатии, кроме:**

- a) внушаемость, впечатлительность, эмоциональная лабильность
- b) демонстративность, стремление быть в центре внимания
- c) склонность к формированию сверхценных идей
- d) психический инфантилизм
- e) склонность к фантазированию и лжи

7. **Какие из сверхценных идей характерны для лиц с паранойяльной психопатией:**
- a) идеи ревности
  - b) идеи изобретательства
  - c) идеи социального или религиозного реформаторства
  - d) все перечисленное
8. **Повышенная подозрительность в сочетании со склонностью к образованию сверхценных идей входит в структуру:**
- a) истерических расстройств личности
  - b) шизоидных расстройств личности
  - c) психастенических расстройств личности
  - d) паранойяльных расстройств личности
  - e) эпилептоидных расстройств личности
9. **Для какого из указанных типа психопатии (или акцентуации) характерна склонность к формированию сверхценных идей:**
- a) истерическая психопатия
  - b) паранойяльная психопатия
  - c) шизоидная психопатия
  - d) психастения
  - e) возбудимая психопатия
10. **Для какого типа психопатии характерны приступы гнева, агрессии:**
- a) истерическая психопатия
  - b) паранойяльная психопатия
  - c) шизоидная психопатия
  - d) психастения
  - e) возбудимая психопатия
11. **Следующие психопатии приводят к декомпенсации в форме конфликтов, кроме:**
- a) эпилептоидная психопатия
  - b) паранойяльная психопатия
  - c) диссоциальная психопатия
  - d) шизоидная психопатия
  - e) возбудимая психопатия

- 
- 12. Все следующее характерно для паранойяльной психопатии, кроме:**
- a) настойчивость, целеустремленность, фанатичность
  - b) постоянный самоанализ, стремление избежать неудачи,
  - c) склонность к возникновению сверхценных идей
  - d) подозрительность, недоверие к окружающим
  - e) воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности
- 13. Для лиц с шизоидной психопатией характерно все следующее, кроме:**
- a) замкнутость, отгороженность
  - b) противоречивость (дискордантность) эмоциональных реакций
  - c) склонность к возникновению галлюцинаций и бредовых идей
  - d) сочетание ранимости с эмоциональной холодностью
  - e) отсутствие прочных связей с семьей и коллегами
- 14. Для какого типа психопатии (или акцентуации) характерны замкнутость, отгороженность, отсутствие потребности в общении, противоречивость и дискордантность эмоциональных реакций:**
- a) истерическая психопатия
  - b) паранойяльная психопатия
  - c) шизоидная психопатия
  - d) психастения
  - e) возбудимая психопатия
- 15. Все следующее характерно для пациентов с психастенией, кроме:**
- a) склонность к совершению асоциальных поступков
  - b) мечтательность, фантазирование
  - c) затруднение в принятии решений
  - d) склонность к возникновению навязчивостей
  - e) постоянный самоанализ, стремление избежать неудачи
- 16. Для какого типа психопатии (или акцентуации) характерны тревожность, мнительность, неспособность самостоятельно принять решение:**

- a) истерическая психопатия
- b) паранойяльная психопатия
- c) шизоидная психопатия
- d) психастения
- e) возбудимая психопатия

**17. Следующие психопатии приводят к декомпенсации в форме неврозов, кроме:**

- a) истерическая психопатия
- b) гипотимная психопатия
- c) шизоидная психопатия
- d) психастения
- e) возбудимая психопатия

**18. Следующие психопатии приводят к декомпенсации в форме депрессивного синдрома, кроме:**

- a) возбудимая психопатия
- b) гипотимная психопатия
- c) шизоидная психопатия

**19. Для диагностики парафилии определяющие ее сексуальные влечения и потребности, испытываемые человеком:**

- a) должны быть длительными и быть достаточно постоянными
- b) должны возникать хотя бы время от времени для того, чтобы повысить уровень сексуального возбуждения
- c) должны быть проявлениями физиологических или неврологических нарушений
- d) могут быть эпизодическими средствами разнообразить сексуальные отношения

**20. Укажите, для какой из перечисленных психопатий характерны демонстративность, экстравертированность:**

- a) истерическая психопатия
- b) паранойяльная психопатия
- c) шизоидная психопатия
- d) психастения
- e) возбудимая психопатия

- 
- 21. Молодой мужчина через окно в бинокль наблюдает сексуальные игры молодой пары, живущей в доме, напротив. Если это предпочтительный для него вид сексуального удовлетворения, то речь идет о:**
- a) вуайеризме
  - b) фетишизме
  - c) фроттеризме
  - d) эскапизме
- 22. Укажите, для какой из перечисленных психопатий характерны инфантилизм, склонность к фантазированию и лжи:**
- a) истерическая психопатия
  - b) паранойяльная психопатия
  - c) шизоидная психопатия
  - d) психастения
  - e) возбудимая психопатия
- 23. Человек с некоторых пор испытывает желание, чтобы его отшлепали перед половым актом. Возбуждение наступает и без этого, но это вносит в сексуальный сценарий пикантность и разнообразие. Это:**
- a) сексуальная дисфункция
  - b) садомазохизм
  - c) сексуальный невроз
  - d) совсем не обязательно является расстройством
- 24. Укажите, для какой из перечисленных психопатий характерны подозрительность, недоверчивость, высокая стеничность:**
- a) истерическая психопатия
  - b) паранойяльная психопатия
  - c) шизоидная психопатия
  - d) психастения
  - e) возбудимая психопатия
- 25. Какое из утверждений лучше определяет понятие акцентуации характера (личности):**
- a) результат длительного или неблагоприятного течения невроза

- b) вариант нормы
- c) не приводящие к значительной дезадаптации психопатии
- d) мягкие дефектные состояния после латентных психотических расстройств

**26. То, что в классификации МКБ–10 определяется, как «расстройства личности у взрослых», ранее обозначалось, как:**

- a) девиантное поведение
- b) реактивное состояние
- c) конституциональные психозы
- d) психопатии

**27. То, что в прежних классификациях МКБ–10 определялось, как «психопатии», в классификации МКБ–10 обозначается, как:**

- a) невротические состояния
- b) расстройства личности у взрослых
- c) расстройства психологического развития
- d) психические и поведенческие расстройства, начинающиеся в детском или подростковом возрасте

**28. Расстройства личности (психопатии) чаще всего возникают:**

- a) в подростковом или детском возрасте
- b) в ранней молодости
- c) в зрелом возрасте

**29. Какому из расстройств личности присуще недостаточное уважение к моральным и правовым нормам:**

- a) гипертимное
- b) диссоциальное
- c) паранойяльное
- d) неустойчивое

**30. Симптоматика диссоциального расстройства личности включает в себя:**

- a) клептоманическое поведение

- 
- b) пассивно–оппозиционное поведение
  - c) недостаточность коммуникативных навыков
  - d) импульсивное и агрессивное поведение

**31. Хронические изменения личности могут возникать после перечисленных ситуаций, кроме:**

- a) перенесенного психического заболевания
- b) органического поражения мозга
- c) переживания экстремальных стрессовых ситуаций
- d) резкой перемены условия жизни или смены культурной среды

**32. Среди людей с патологической склонностью к азартным играм преобладают:**

- a) мужчины
- b) женщины
- c) циклотимики
- d) лица с вялотекущей шизофренией

**33. В развитых демократических странах с рыночной экономикой патологическая склонность к азартным играм встречается в населении с частотой:**

- a) 0,3 – 0,4 %
- b) 0,1 – 0,2 %
- c) 2 – 3 %
- d) 4 – 5 %

**34. Трихотилломания встречается в основном:**

- a) у девочек в детском и подростковом возрасте
- b) у мальчиков в детском и подростковом возрасте
- c) у обоих полов в возрасте 22 – 30 лет
- d) у женщин в период климакса

**35. Одной из форм расстройства половой идентификации является:**

- a) гомосексуальность
- b) гермафродитизм
- c) транссексуальность
- d) андрогиния

- 36. Трансвестизм двойной роли (нефетишистский) характеризуется всем указанным ниже, кроме:**
- a) ношение одежды противоположного пола, чтобы на время чувствовать свою принадлежность к этому полу
  - b) отсутствие цели получения от этого сексуального возбуждения
  - c) отсутствие желания изменить свой пол навсегда
  - d) наличие желания изменить свой пол навсегда
- 37. Молодой мужчина испытывает компульсивное влечение к переодеванию в женскую одежду, без чего не может достичь сексуального возбуждения. Это:**
- a) фетишистский трансвестизм
  - b) транссексуализм
  - c) эго-дистоническая сексуальная ориентация
  - d) фетишизм
- 38. Лица с каким из перечисленных расстройств чаще всего обращаются за помощью:**
- a) фетишизм
  - b) садомазохизм
  - c) расстройства половой ориентации
  - d) педофилия
- 39. То, что в классификации МКБ–10 называется «расстройствами сексуального предпочтения» ранее называли:**
- a) половыми (сексуальными) извращениями
  - b) сексуальными перверзиями
  - c) половыми психопатиями
  - d) все названное
- 40. Какая из парафилий характеризуется получением сексуального возбуждения от неожиданной демонстрации своих гениталий незнакомым людям противоположного пола:**
- a) вуайеризм
  - b) фетишизм
  - c) эксгибиционизм
  - d) фроттеризм

- 
- 41. Какая из парафилий характеризуется получением сексуального возбуждения от трения своими гениталиями о незнакомых людей противоположного пола:**
- a) вуайеризм
  - b) фетишизм
  - c) эксгибиционизм
  - d) фроттеризм
- 42. Какая из парафилий характеризуется получением сексуального возбуждения от подглядывания за обнаженными людьми противоположного пола, за ситуацией совершения ими полового акта:**
- a) вуайеризм
  - b) фетишизм
  - c) эксгибиционизм
  - d) фроттеризм
- 43. Какая из парафилий характеризуется использованием какого-либо неодушевленного предмета в качестве стимула для сексуального возбуждения и удовлетворения:**
- a) вуайеризм
  - b) фетишизм
  - c) эксгибиционизм
  - d) фроттеризм
- 44. Какие из перечисленных людей чаще выступают в качестве средства реализации фроттеристских предпочтений:**
- a) сослуживцы
  - b) дети
  - c) покупатели в больших магазинах
  - d) одинокие пожилые женщины
- 45. Направленность сексуальных посягательств на детей называется:**
- a) нимфомания
  - b) педофетишизм
  - c) сатириаз
  - d) педофилия

- 46. Молодая женщина, недавно вышедшая замуж обратилась за консультацией по поводу своего мужа. Ей непонятны его любовь к порножурналам и порнофильмам, настояния на ее раздевании перед ним и «любви при свете». Его поведение является:**
- a) фетишизмом
  - b) садизмом
  - c) вуайеризмом
  - d) индивидуальной нормой
- 47. Какая из парафилий характеризуется компульсивным влечением к совершению или наблюдению полового акта с трупом:**
- a) асассинофилия
  - b) некрофилия
  - c) садизм
  - d) копрофилия
- 48. Какая из парафилий характеризуется получением сексуального возбуждения и удовлетворения от совершения полового акта с только что убитым или в момент убийства:**
- a) асассинофилия
  - b) некрофилия
  - c) садизм
  - d) копрофилия
- 49. Сексуальное влечение взрослого человека к подросткам называется:**
- a) педофилией
  - b) асассинофилией
  - c) апотемнофилией
  - d) некронтофилией
  - e) промискуитетом
- 50. Инверсия половой идентификации происходит при:**
- a) гомосексуализме
  - b) транссексуализме

- 
- c) фетишизме
  - d) эксгибиционизме
  - e) вуайеризме

**51. Одна из форм девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния называется:**

- a) криминальной
- b) делинквентной
- c) аддиктивной
- d) патохарактерологической
- e) психопатологической

**52. Основой для диагностики делинквентного поведения являются:**

- a) аггравация
- b) перверсии
- c) девиации
- d) проступки
- e) преступления

**53. Чаще всего выраженная агрессивность входит в структуру:**

- a) астенического синдрома
- b) эксплозивного синдрома
- c) психастенического синдрома
- d) депрессивного синдрома
- e) синдрома Жиля де ля Туретта

**54. Болезненная увлеченность азартными играми называется:**

- a) фроттеризмом
- b) фетишизмом
- c) картингом
- d) серфингом
- e) гэмблингом

**55. Вуайеризм – это:**

- a) сексуальное влечение к кровным родственникам

- b) сексуальное влечение и удовлетворение от обнажения собственных половых органов в обществе
- c) сексуальное влечение и удовлетворение от подглядывания за обнажением других
- d) сексуальное влечение к животным
- e) сексуальное влечение и удовлетворение от контакта с лицами иной расы

**56. Человек с повышенным чувством справедливости, желающий добиться правды даже в мелочах, не соизмеряющий реально негативные факты и способ борьбы называется:**

- a) параноиком
- b) кверулянтом
- c) дипсоманом
- d) ипохондриком
- e) псевдологом

**57. Делинквентное поведение – это:**

- a) транзиторные поведенческие реакции агрессивного типа
- b) мелкие правонарушения и проступки, не достигающие уровня уголовно наказуемых
- c) уголовно наказуемые действия несовершеннолетних

**58. Основой для диагностики делинквентного поведения является:**

- a) аггравация
- b) перверсии
- c) девиации
- d) проступки
- e) преступления

**Вопросы, включенные в билеты к курсовому экзамену**

1. Психопатии (определение сущности, причины возникновения, критерии диагностики, варианты классификаций, течение и прогноз). Понятие компенсации и декомпенсации.
2. Клинические варианты психопатий, их проявления, связанные с ними варианты декомпенсаций, типичное поведение в обществе.

- 
3. Методы врачебной и социальной помощи при психопатиях. Трудоспособность. Реабилитация больных.
  4. Психические расстройства, являющиеся причиной социально-опасного поведения больных. Судебная экспертиза в этих случаях, понятие вменяемости и невменяемости.
  5. Суицидальное поведение при психических заболеваниях. Состояния, при которых возникает угроза для жизни психически больного. Врачебная тактика и методы профилактики.

## **ТЕМА 6. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ**

**Содержание:** изучение умственной отсталости (олигофрении), ее клиники, течения, исхода; вопросов лечения, реадaptации и экспертизы; определение интеллекта; дифференциация собственно интеллекта и предпосылки интеллектуальной деятельности; врожденное слабоумие, общие понятия о клинике олигофрении, течение, этиология, патогенез, клинические варианты, течение, лечение.

**Учебная цель занятия:** изучение основных психических расстройств при олигофрении, их связь с типом течения, особенностями исхода; разбор основных принципов лечения и различных видов экспертизы при данном заболевании (трудовая, судебная, военная); основные принципы реадaptации больных олигофренией. Изучение студентами клинических вариантов врожденного слабоумия различной степени выраженности.

**Задачи занятия:**

- с учетом ранее полученных знаний познакомить студентов с облигатными и основными факультативными симптомами олигофрении;
- рассмотреть варианты классификаций олигофрении, типы течения и клинические варианты;
- познакомить студентов с основными методами выявления расстройств при олигофрении, выработать практические навыки оценки состояния больных с олигофренией; на основе психопатологического метода (выделение и оценка отдельных психопатологических феноменов, различение симптомов нарушения чувственной и мыслительной сфер деятельности, объединение их в ведущие синдромы);
- познакомить студентов с методами патопсихологического обследования больных с олигофренией;
- при подведении итогов практической работы обобщить изученный теоретический материал с учетом полученных результатов.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Место проведения занятия:** учебная комната, ассистентская, в отдельных случаях палаты клинических отделений.

---

### **Оснащение занятия**

1. Таблицы.
2. Магнитофонные записи с образцами речи.
3. Образцы патологического творчества больных.
4. Истории болезни демонстрируемых больных.
5. Набор материалов для проведения психологического обследования больных.
6. Слайды по теме занятия.
7. Методические указания к проведению занятия, изданные кафедрой топографическим способом для студентов.

### **План проведения занятия и бюджет учебного времени**

1. Организационные вопросы – 5 мин.
2. Введение, формулировка актуальности, цели и задач практического занятия – 10 мин.
3. Опрос по теме – 15 минут.
4. Проведение тест-контроля исходного уровня знаний студентов – 15 мин.
5. Рассмотрение теоретических вопросов темы, заслушивание рефератов по дополнительной литературе – 40 мин.
6. Перерыв – 10 мин.
7. Демонстрация больных по теме занятия (4 – 5 человек), изучение творчества больных, писем, заявлений и т.д., работа с таблицами; изучение актов судебно-психиатрической экспертизы – 40 мин.
8. Обсуждение истории болезни продемонстрированных и обобщение изученного на занятии, теоретического материала – 30 мин.
9. Итоговой контроль уровня знаний по теме занятия, подведение итогов занятия – 15 мин.

### **Теоретический материал по теме занятия, дидактические единицы, на которые преподаватель должен обратить особое внимание студентов.**

1. Вводная часть.

Напоминается определение интеллекта, как сложного понятия, включающего сумму знаний и опыта, возможность использования их для образования новых понятий, суждений, умозаключений для целей практической деятельности, а также способность к дальнейшему накоплению знаний, спо-

способность ставить и решать задачи. Указывается на трудности при определении интеллекта и условность дифференциаций понятий интеллект и мышление.

Подчеркивается значение для интеллектуальной деятельности комплекса условий и т.н. «предпосылок» для интеллектуальной деятельности: память, внимание, трудоспособность, запас знаний, речь.

Дается определение слабоумия (стойкое нарушение интеллектуальной деятельности с изменением личности) и выделяются его разновидности: врожденное и приобретенное слабоумие.

2. К разбору больных с олигофренией.

Дается определение врожденного слабоумия. Подчеркивается разница между олигофренией, задержкой психического развития, психическим инфантилизмом и ретардацией. При демонстрации больных подчеркивается, что олигофрения – патология не только интеллекта, но всей личности в целом.

3. К обобщению материала по теме. Кратко уточняются причины олигофрении: генетические факторы (наследственные генные, хромосомные заболевания), патология беременности и родов (инфекция, токсические воздействия, несовместимость групп крови матери и плода, родовая травма), заболевания и травмы головного мозга в первые 3 года жизни. При обсуждении вредных токсических воздействий особо подчеркнуть роль таких социально значимых факторов, как роль алкоголизации родителей, загрязнения окружающей среды промышленными выбросами.

Подчеркивается большая социальная значимость олигофрении, большая распространенность этого заболевания, тенденция к увеличению числа больных олигофренией.

4. К обсуждению клинических вариантов и существующих классификаций.

Обсуждаются клинические варианты олигофрении и существующие классификации (классификации 2 – 4 обсуждаются только на педиатрическом факультете).

1) Классификация по степени снижения интеллекта:

а) идиотия – самая глубокая умственная отсталость, почти полная неразвитость мышления и речи, глубокое недоразвитие эмоций, статических и локомоторных функций, отсутствие возможности приобретения навыков самообслуживания;

---

б) имбецильность – средняя и выраженная степени умственной отсталости, глубокое недоразвитие мышления, памяти, речи, эмоций, возможность освоения навыков самообслуживания и элементарных трудовых процессов, невозможность обучения;

с) дебильность – легкая степень умственной отсталости, способность к обучению по специальной программе вспомогательной школы, основанной на наглядно-конкретных методах обучения, самостоятельного участия в несложных трудовых процессах.

2) Варианты дебильности:

а) эретический – расторможенность, эмоциональная неустойчивость, повышенная отвлекаемость;

б) торпидный – апатия, вялость, замедленность психических процессов;

с) атипическая олигофрения – наличие симптомов агнозии, афазии, апраксии, акалькулии, параличей и т.д.

3) Клинико-физиологическая классификация Мнухиной-Исаева:

а) стенические – хорошо обучаемые, равномерно – недоразвитые;

б) атонические – сниженный психический тонус, плохое внимание;

с) астенические – быстрая истощаемость, неравномерное развитие, неплохая ориентировка в бытовых вопросах, но низкая обучаемость;

д) дисфорическая – неусидчивость, напряженность.

4) Этиопатогенетическая классификация:

а) генетические формы;

б) эмбриопатии и фетопатии;

с) олигофрении, вызванные экзогенными поражениями головного мозга.

5) На педиатрическом факультете дается краткая характеристика пограничных форм интеллектуальной недостаточности, дается знакомство с классификацией форм пограничной умственной отсталости:

а) дизонтогенетические формы – задержка психического развития, психофизический инфантилизм;

б) энцефалопатические формы, в основе которых лежит органическое повреждение мозговых механизмов на ранних стадиях развития;

с) интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств;

д) интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства (психосоциальная депривация).

Обращается внимание на патоморфоз олигофрении, состоящий в уменьшении частоты более тяжелых вариантов заболевания и увеличения доли легкой дебильности и пограничной умственной отсталости, отметить причины патоморфоза: успехи акушерской помощи, снижение заболеваемости детского возраста, массовое обучение больных в вспомогательных школах.

Обсуждаются возможности лечения больных олигофренией:

- 1) терапия психостимуляторами – сиднокарб;
- 2) использование биостимуляторов – глютаминовая кислота, тиамин, церебролизин, гормональные препараты;
- 3) использование нейролептиков и корректоров поведения – меллерил, неулептил, аминазин;
- 4) новый этап в терапии – ноотропы; препараты, оказывающие специфическое направленное действие на метаболические процессы в ЦНС – аминолон, пиридитол (энцефадол, пиридоксин), пирацетам (ноотропил), пантогам.

Особое внимание уделяется вопросам социальной реабилитации и адаптации больных олигофренией. Рассматриваются вопросы обучения больных, показания к направлению их во вспомогательные школы для умственно-отсталых, школы для детей с задержкой развития, на медико-педагогические комиссии. Дается понятие о программах специальных школ, их роль в обеспечении адаптации больных.

Обсуждаются вопросы трудовой, военной и судебно-психиатрической экспертизы больных олигофренией, вопросы их дееспособности.

5. К методике обследования больных. Определяется запас знаний с учетом возраста, образования, способности к суждениям, умозаключениям, образованию понятия, выполнения счетных операций, решения задач, составление рассказа по серии сюжетных картинок, понимание переносного смысла поговорок и метафор. В процессе обследования используются имеющиеся патопсихологические тесты. Дается понятие о других методах изучения интеллекта, в том числе о модифицированном тесте Векслера. Отмечается недопустимость диагностики олигофрении только на основании психологических тестов. Подчеркивается, что диагноз ставиться по совокупности клинических признаков заболевания, его динамики.

---

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. История выделения олигофрении в самостоятельное заболевание.
2. Основные проявления олигофрении.
3. Классификация олигофрении.
4. Методы психологического исследования больных с олигофренией.
5. Клиника идиотии.
6. Клиника имбецильности.
7. Клиника дебильности.
8. Атипичные формы олигофрении.
9. Медицинская и социальная помощь при олигофрении.
10. Обучение больных олигофренией. Медико-педагогические комиссии.

**Тестовые задания по теме занятия:**

- 1. Недоразвитие отдельных психических функций и форм познавательной деятельности – речи, счетных операций, пространственной ориентации можно отнести:**

- a) к общей (тотальной) ретардации
- b) к асинхронии психического развития
- c) к дизонтогенезу по типу парциальной ретардации
- d) к асинхронии развития
- e) неверно все перечисленное

- 2. Олигофрения является выражением:**

- a) парциальной психической ретардации
- b) тотальной психической ретардации
- c) асинхронии психического развития
- d) регресса психических функций
- e) глубокого внутриличностного конфликта

- 3. Все следующее верно в отношении олигофрении, кроме:**

- a) является врожденной или возникает в первые годы жизни
- b) течет прогрессивно
- c) выражается в недоразвитости психических функций
- d) полноценное обучение в общеобразовательной школе невозможно
- e) возможно возникновение психозов

- 4. Все следующее верно в отношении больных с дебильностью, кроме:**

- a) IQ выше 70%
- b) могут обучаться только в специальных школах
- c) могут научиться писать и читать
- d) можно обучить несложной профессии
- e) могут проживать самостоятельно

**5. Все следующие мероприятия следует проводить в отношении больных с дебильностью для наибольшей адаптации, кроме:**

- a) воспитание навыков самообслуживания
- b) профессиональное обучение
- c) постоянное лекарственное лечение и психотерапия
- d) физическое воспитание
- e) поощрение стремления к общению и творчеству

**6. Укажите, при какой области поражения мозга наблюдаются аспонтанность, снижение мотиваций и изменение личности и благодушие:**

- a) лобные доли
- b) височные доли и лимбическая система
- c) теменные доли
- d) затылочные доли
- e) ретикулярная формация и locus coeruleus

**7. Укажите, при каких из перечисленных заболеваний наблюдается концентрическое слабоумие:**

- a) истерический невроз
- b) невроз навязчивости
- c) эпилепсия
- d) шизофрения

**Вопросы, включенные в билеты к курсовому экзамену:**

1. Понятие интеллекта. Способы оценки интеллекта и степени его снижения. Олигофрения (определение, причины возникновения, степени). Проблема социально – трудовой адаптации при олигофрении.
2. Слабоумие (определение, клинические варианты). Виды приобретенного слабоумия, заболевания с которыми они связаны.

---

## **ТЕМА 7.**

### **СОМАТОГЕННЫЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ**

**Содержание:** изучение соматогенных и инфекционных психозов, их клиники, течения, исхода, вопросов лечения, реадaptации и экспертизы.

**Учебная цель занятия:** изучение основных психических расстройств при соматогенных и инфекционных психозах, их связь с типом течения, особенностями исхода. Разбор основных принципов лечения и различных видов экспертизы при данных заболеваниях (трудовая, судебная, военная). Основные принципы реадaptации больных с соматогенными и инфекционными психозами.

#### **Задачи занятия:**

- с учетом ранее полученных знаний познакомить студентов с симптомами соматогенных и инфекционных психозов;
- познакомить студентов с классификацией соматогенных и инфекционных психозов;
- познакомить студентов с основными методами выявления соматогенных и инфекционных психозов; выработать практические навыки оценки состояния больных с соматогенными и инфекционными психозами, на основе психопатологического метода (выделение и оценка отдельных психопатологических феноменов, различение симптомов нарушения чувственной и мыслительной сфер деятельности, объединение их в ведущие синдромы);
- познакомить студентов с методами патопсихологического обследования больных с соматогенными и инфекционными психозами;
- при подведении итогов практической работы обобщить изученный теоретический материал с учетом полученных результатов.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Место проведения занятия:** учебная комната, ассистентская, в отдельных случаях палаты клинических отделений.

#### **Оснащение занятия**

1. Таблицы.
2. Магнитофонные записи с образцами речи.

3. Образцы патологического творчества больных.
4. Истории болезни демонстрируемых больных.
5. Набор материалов для проведения психологического обследования больных.
6. Слайды по теме занятия.
7. Методические указания к проведению занятия, изданные кафедрой топографическим способом для студентов.

### **План проведения занятия и бюджет учебного времени**

10. Организационные вопросы – 5 мин.
11. Введение, формулировка актуальности, цели и задач практического занятия – 10 мин.
12. Опрос по теме – 15 минут.
13. Проведение тест-контроля исходного уровня знаний студентов – 15 мин.
14. Рассмотрение теоретических вопросов темы, заслушивание рефератов по дополнительной литературе – 40 мин.
15. Перерыв – 10 мин.
16. Демонстрация больных по теме занятия (4-5 человек), изучение творчества больных, писем, заявлений и т.д., работа с таблицами; изучение актов судебно-психиатрической экспертизы – 40 мин.
17. Обсуждение истории болезни продемонстрированных и обобщение изученного на занятии, теоретического материала – 30 мин.
18. Итоговой контроль уровня знаний по теме занятия, подведение итогов занятия – 15 мин.

### **Теоретический материал по теме занятия, дидактические единицы, на которые преподаватель должен обратить особое внимание студентов.**

1. Вводная часть.

Занятия начинаются с фиксации внимания студентов на особое значение темы – ее актуальность для любой врачебной специальности. Приводится краткая характеристика понятия о симптоматических психозах, обсуждаются основные положения Бонгеффера о экзогенном типе реакций в виде делирия, эпилептиформного возбуждения, галлюциноза, сумеречного состояния, аменции. В историческом аспекте оцениваются учение Шпехта об интенсивности и продолжительности действия внешней вредности («нок-

---

са»): при интенсивной вредности – преимущественно экзогенная клиническая картина психоза, при вредности, поступающей длительно малыми порциями – клиника соматогенного или инфекционного психоза приближается к эндогенным психозам.

Подчеркивается сложность патогенетических механизмов соматогенного и инфекционного психозов.

Указываются основные факторы, влияющие на возникновение течения соматогенных и инфекционных психозов. Значение конституции (реактивности организма, пол, возраст, преморбидные особенности личности), характеристика основного патологического процесса, острое или хроническое течение, выраженность общего токсикоза, вовлечение в болезненный процесс головного мозга, степень общих и церебральных гемодинамических изменений, наличие эндокринно-вегетативных сдвигов, склонность к алергизации организма (дополнительные вредности), наличие условно-патогенной флоры, психотравмирующая ситуация, лекарственная интоксикация.

Обсуждаются значения для клиницистов патоморфоза инфекционных и соматогенных психозов (П.Ф. Малкин, К.А. Вангенгейм, Б.А.Трифонов) – резкое уменьшение количества острых психозов с летальным исходом, преобладание стертых и затяжных астенических состояниях, вызывающих значительные диагностические затруднения. Подчеркивается особая значимость дифференциального диагноза неврозоподобных синдромов соматогенно-инфекционного генеза с неврозами, шизофрени и другими разновидностями психических заболеваний.

При обсуждении вопроса о взаимоотношении личности и болезни приводятся варианты реакций личности на болезнь (соматогению или инфекции), указывается на возможность соматопсихического (психосоматического) развития (Г.К. Ушаков).

2. При осуждении вопросов лечения инфекционных и соматогенных психозов, прежде всего, акцентируется внимание студентов на месте лечения в зависимости от преобладания явления основной болезни и психоза: больных острыми инфекционными и соматогенными психозами следует лечить в инфекционном или в терапевтическом отделении при консультации психиатра, больные с затяжным и хроническим течением основного болезненного процесса требует лечения в психиатрической клинике при психиатрическом наблюдении интернистов. Обосновывается положение о том, что помимо обязательной специфической терапии (этиотропной или пато-

генетической), вид которой зависит от типа соматогении или инфекции, при лечении соматогенного или инфекционного психозов необходимо осуществлять следующие общие принципы ведения больного:

- 1) дезинтоксикация (сернокислая магнезия, кровезаменители, гипосульфит натрия и др.)
- 2) лечение, направленное на повышение защитных сил организма (витамины, алоэ, аутогемотерапия, лидаза и др.)
- 3) предупреждение активности условно-патогенной флоры (туалет рта, вентиляция легких, контроль за дефекацией и мочеиспусканием).
- 4) устранение гипоксии (кислород, кокарбоксилаза, АТФ и др.)
- 5) борьба с ацидозом (введение щелочных растворов)
- 6) предупреждение и коррекция нарушений мозгового и общего кровотока (папаверин, эуфиллин и т.д.)
- 7) предупреждение повышения или снижение уже повышенного внутричерепного давления (глицерин, лазикс, мочевины, диакарб, люмбальная пункция)
- 8) щадящая, рациональная седативная терапия (сернокислая магнезия, пипольфен, димедрол, ГАМК, седуксен, соннапакс, тизерцин, аминазин и т.д.)
- 9) ликвидация агриппии (апаурин, сонопакс, тазепам, ноксирон)
- 10) улучшение функции печени (диета, метионин, липокаин и т.д.)

3. При клиническом разборе больных острыми инфекционными психозами отмечается, что они носят симптоматический характер, а синдромы с нарушением сознания связаны с гиперэргической формой реагирования: оглушение с гиперкинетическим возбуждением, сопор, кома, делирий (дромальный, лихорадочный, коллаптоидный, гипнагогический, abortивный, ночной, дневной, мусситирующий), онейроид, судорожный синдром (чаще в детском возрасте), острый галлюциноз.

При анализе клинических картин больных постинфекционными психозами (психозы в связи с затяжным и хроническим течением инфекции) указывается основные синдромы, характерные для этих психозов: неврозоподобный, астенический, астено-депрессивный, астено-параноидный, астено-ипохондрический, астено-маниакальный, астено-пуэрильный, астеническая спутанность, аменция, затяжной и хронический вербальный галлюциноз, Корсаковский синдром.

При упоминании об инфекционных психозах, протекающих с первичным поражением головного мозга (с явлениями энцефалита, менингита, ме-

---

нинго-энцефалита) подчеркивается их роль для олигофрении и различных вариантов деменции, для формирования органического психосиндрома, частичного и общего психического недоразвития, психоподобного изменения личности.

4. При клиническом разборе больных соматогенными психозами указываются общие признаки, свойственные всем соматогенным психозам:

1) психическая астения, представленная неустойчивостью внимания и истощаемостью, временным затруднением осмысления, запоминания, эмоциональной лабильностью, дисгрияпией;

2) комплекс предпочтительных синдромов (синдромы помраченного сознания, астено-депрессивный, астено-ипохондрический и т.д.;

3) своеобразие, конкретность, образность параноидных и галлюцинаторных переживаний;

4) определенный стереотип развития болезни для протрагированных форм (депрессия - депрессивно-параноидное состояние – галлюцинаторно-параноидное – апатический ступор, кататонический ступор);

5) наличие в анамнезе периодов нарушенного сознания;

6) явлений депергений;

7) сложная связь психоза с соматогенией;

8) сохранность личности – переживание психоза как явления экзогенного;

9) склонность к формированию органического психосиндрома при протрагированных соматогенных психозах.

При указании на диагностическую ценность различных клинических признаков дискутируется критерии Шнейдера, необходимые для постановки диагноза «соматически обусловленного психоза»:

1. наличие отчетливых симптомов соматического заболевания;

2. очевидная связь во времена между соматическими и психическими расстройствами;

3. параллелизм течения соматических и психических нарушений;

4. присутствие «экзогенной» и «органической» симптоматики.

В процессе клинического разбора со студентами больных различными соматогенными психозами подчеркиваются клинические особенности характерные для данного вида соматогенного психоза (например, для психоза при бронхиальной астме характерно: параксизмальность течения, кратковременные приступы острого страха, нередко с нарушением сознания, эквивалентные приступы бронхиальной астмы: катестезический вариант

формирования синдрома Кандинского-Клерамбо). По возможности (при наличии больных) оттеняются клинические особенности соматогенных психозов в старческом возрасте.

Рассматривая клинические особенности психозов в связи с нарушением деятельности желез внутренней секреции выясняются общие закономерности психоэндокринологии, учение М. Блейера о психоэндокринном синдроме.

Рекомендуется заканчивать клинический анализ каждого случая соматогенного и инфекционного психоза подробными терапевтическими рекомендациями для данного больного: составления плана лечения, выбор адекватных психотропных препаратов для редукции того или иного психопатологического синдрома, при обязательном акценте на терапию основного заболевания с антипсихотической терапией, со своевременным перенесением центра тяжести на определенном этапе болезни с одного вида лечения на другой.

Учитывая частые явления алергизации терапевтических осложнений, возможность побочного эффекта необходимо особое внимание обратить на сочетаемость различных препаратов.

Оттеняя один из важных компонентов клинического анализа (положение о том, что общим, объединяющим признаком для соматогенных и инфекционных психозов является развитие психоза на фоне астении и выход из психоза через различной продолжительности астенического состояния), необходимо специально остановится на лечении астенического синдрома, в частности, указать на роль «мягкой» инсулинотерапии в обширном комплексе терапевтических мероприятий.

5. В конце занятий на конкретных (представленных студентами) больных решаются вопросы трудовой, судебно-психиатрической и военной экспертизы.

6. Для студентов педиатрического факультета.

Обратить внимание на особенности психических изменений в связи с инфекциями в детском возрасте, возникающими нередко как в стадии острого развития инфекционного процесса, так и в периоде реконвалесценции и отдаленных последствий.

Для возникновения этих изменений имеют значение, еще больше чем у взрослых характер инфекции и закономерности ее течения, состояние общей неспецифической реактивности организма и возраст. Психические

---

изменения при острых инфекциях, независимо от этиологии, проявляются преимущественно в виде синдромов с расстройством сознания. Пределириозные и делириозные состояния, астеническая спутанность, синдром оглушения, постинфекционная астеня.

При хронических инфекциях преобладают сложные психопатологические синдромы при ясном сознании: галлюцинаторно-параноидный, кататонический, синдром Кандинского-Клерамбо.

Особо большое значение приобретает группа нервно-психических заболеваний, возникающих в резидуальном периоде инфекционного поражения головного мозга, и, в частности, в связи с перенесенным токсико-аллергическим или вторичным энцефалитом: задержка психического развития, перебрастенические состояния, периодических психозы, синдромы с нарушением двигательных функций.

При демонстрации больных следует отметить значение возрастного фактора: преобладание гипердинамического варианта церебрастении в раннем и дошкольном возрасте, и гиподинамического или астенопатического (Г.Е. Сухарева) – у подростков.

### **Контрольные вопросы по теме занятия**

1. Классификация психических расстройств при соматогенных заболеваниях.
2. Классификация психических расстройств при инфекционных заболеваниях.
3. Клиника психических расстройств при нейроревматизме.
4. Понятие об экзогенного типа реакциях по Бонгефферу.
5. Клинические особенности слабоумия при соматогенных заболеваниях.
6. Особенности клиники психических расстройств при соматогенных и инфекционных заболеваниях в детском и подростковом возрасте.
7. Патоморфоз психотических расстройств при инфекционных заболеваниях.
8. Патоморфоз психотических расстройств при соматогенных заболеваниях.
9. Значение дополнительных средовых и личностных факторов для развития психических расстройств при соматогенных заболеваниях.
10. Методы лечения психических расстройств при соматогенных заболеваниях.

## Тестовые задания по теме занятия

- 1. Психоорганический синдром характерен для:**
  - a) шизофрении
  - b) эпилепсии
  - c) маниакально-депрессивного психоза
  - d) старческих психозов
  - e) органических и сосудистых поражений головного мозга
  
- 2. Какой из приведенных синдромов наиболее характерен для острой травмы головного мозга:**
  - a) астено-невротический
  - b) галлюцинаторно-бредовый
  - c) маниакальный
  - d) амнестический
  - e) депрессивный
  
- 3. Какой из приведенных синдромов наиболее характерен для острой травмы головного мозга:**
  - a) Церебрастенический
  - b) галлюцинаторно-бредовый
  - c) маниакальный
  - d) амнестический
  - e) депрессивный
  
- 4. Все следующее верно в отношении олигофрении, кроме:**
  - a) является врожденной или возникает в первые годы жизни
  - b) течет прогрессивно
  - c) выражается в недоразвитости психических функций
  - d) полноценное обучение в общеобразовательной школе невозможно
  - e) возможно возникновение психозов
  
- 5. Все следующее верно в отношении больных с дебильностью, кроме:**
  - a) IQ выше 70%
  - b) могут обучаться только в специальных школах
  - c) могут научиться писать и читать
  - d) можно обучить несложной профессии
  - e) могут проживать самостоятельно

- 
- 6. Все следующие мероприятия следует проводить в отношении больных с дебильностью для наибольшей адаптации, кроме:**
- a) воспитание навыков самообслуживания
  - b) профессиональное обучение
  - c) постоянное лекарственное лечение и психотерапия
  - d) физическое воспитание
  - e) поощрение стремления к общению и творчеству
- 7. Укажите, при какой области поражения мозга наблюдаются аспонтанность, снижение мотиваций и изменение личности и благодушие:**
- a) лобные доли
  - b) височные доли и лимбическая система
  - c) теменные доли
  - d) затылочные доли
  - e) ретикулярная формация и locus coeruleus
- 8. Укажите, при каком из перечисленных заболеваний наблюдаются нарушения памяти и интеллекта:**
- a) прогрессивный паралич
  - b) сосудистые заболевания мозга
  - c) травмы головного мозга
  - d) опухоли головного мозга
  - e) все перечисленные выше заболевания
- 9. Укажите, при какой области поражения мозга наблюдаются зрительные галлюцинации и фотопсии:**
- a) лобные доли
  - b) височные доли и лимбическая система
  - c) теменные доли
  - d) затылочные доли
  - e) ретикулярная формация и locus coeruleus
- 10. Укажите, при каких из перечисленных заболеваний наблюдается концентрическое слабоумие:**
- a) истерический невроз
  - b) невроз навязчивости

- c) эпилепсия
- d) шизофрения

**11. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме:**

- a) физической истощаемости
- b) психической истощаемости
- c) фиксационной амнезии
- d) аффективной лабильности
- e) нарушений сна

**12. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме:**

- a) аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения
- b) повышенной утомляемости и истощаемости
- c) гиперестезии
- d) нарушения сознания
- e) соматовегетативных нарушений

**13. Для астенического синдрома при атеросклерозе характерно все перечисленное, исключая:**

- a) резко выраженную утомляемость
- b) утрату способности к продолжительному умственному и физическому напряжению
- c) восстановление работоспособности после продолжительного отдыха
- d) легкие нарушения сознания
- e) легкость перехода от сниженного настроения со слезливостью к благодушию и эйфории

**Вопросы, включенные в билеты к курсовому экзамену**

1. Соматические заболевания как причина психогенных и экзогенных психических расстройств, проблема ятрогении. Основные психопатологические синдромы: астения, аффективные синдромы, синдромы нарушения сознания. Клинические примеры.
2. Психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга: церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь. Их основные проявления. Терапия.

- 
3. Психические нарушения в остром и отдаленном периодах черепно-мозговых травм. Терапия.
  4. Дегенеративные заболевания головного мозга в пожилом возрасте. Симптоматика, медицинская тактика, прогноз. Дифференциальная диагностика с атеросклеротическим слабоумием и опухольями.
  5. Психические расстройства при внутричерепных опухолях. Ранние признаки, методы параклинической диагностики. Дифференциальный диагноз.
  6. Общие закономерности и типичные проявления экзогенных психических заболеваний: интоксикации, инфекции, травмы, лучевое поражение.

## ТЕМА 8. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИФИЛИСЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

**Содержание:** изучение психических расстройств вследствие сифилитического поражения головного мозга, их клиники, течения, исхода; вопросов лечения, реадaptации и экспертизы; особенности течения и исходы; вопросы дифференциальной диагностики, патогенеза, лечения и профилактики психических нарушений, возникающих при этих заболеваниях; обсуждаются вопросы трудовой и судебно-психиатрической экспертизы, вопросы реабилитации и реадaptации этой группы больных.

**Учебная цель занятия:** изучение основных психических расстройств вследствие сифилитического поражения головного мозга, их связь с типом течения, особенностями исхода, в том числе: психические расстройства при сифилисе мозга, психические расстройства при прогрессивном параличе; разбор основных принципов лечения и различных видов экспертизы при данных заболеваниях (трудовая, судебная, военная); основные принципы реадaptации этих больных.

### **Задачи занятия:**

- с учетом ранее полученных знаний познакомить студентов с психическими расстройствами вследствие сифилитического поражения головного мозга;
- рассмотреть классификацию психических расстройств вследствие сифилитического поражения головного мозга, основные типы их течения и клинические формы;
- познакомить студентов с основными методами выявления психических расстройств вследствие сифилитического поражения головного мозга, выработать практические навыки оценки состояния этих больных; на основе психопатологического метода (выделение и оценка отдельных психопатологических феноменов, различение симптомов нарушения чувственной и мыслительной сфер деятельности, объединение их в ведущие синдромы);
- познакомить студентов с методами патопсихологического обследования больных с психическими расстройствами вследствие сифилитического поражения головного мозга;
- при подведении итогов практической работы обобщить изученный теоретический материал с учетом полученных результатов.

---

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Место проведения занятия:** учебная комната, ассистентская, в отдельных случаях палаты клинических отделений.

**Оснащение занятия:**

1. Таблицы.
2. Магнитофонные записи с образцами речи.
3. Образцы патологического творчества больных.
4. Истории болезни демонстрируемых больных.
5. Набор материалов для проведения психологического обследования больных.
6. Слайды по теме занятия.
7. Методические указания к проведению занятия, изданные кафедрой топографическим способом для студентов.

**План проведения занятия и бюджет учебного времени:**

1. Организационные вопросы – 5 мин.
2. Введение. Формулировка актуальности, цели и задач практического занятия – 10 мин.
3. Опрос по теме – 15 минут.
4. Проведение тест-контроля исходного уровня знаний студентов – 15 мин.
5. Рассмотрение теоретических вопросов темы, заслушивание рефератов по дополнительной литературе – 40 мин.
6. Перерыв – 10 мин.
7. Клиническая демонстрация и разбор основных симптомов у 1 – 2 больных с психическими нарушениями вследствие сифилитического поражения головного мозга – 45 мин.
8. Обсуждение историй болезни продемонстрированных и обобщение изученного на занятии теоретического материала – 30 мин.
9. Итоговой контроль уровня знаний по теме занятия. Подведение итогов занятия – 15 мин.

**Теоретический материал по теме занятия, дидактические единицы, на которые преподаватель должен обратить особое внимание студентов.**

1. Вводная часть.

Следует выделить два различных заболевания (сифилис мозга и прогрессивный паралич), которые, хотя имеют один и тот же возбудитель, значительно отличаются по клинической картине, так как в их основе лежат различные морфологические изменения мозга. Как сифилисом мозга, так и прогрессивным параличом заболевают лица с плохо лечеными или нелечеными формами сифилиса, важную роль в возникновении этих заболеваний играют дополнительные вредности: травма, алкогольная интоксикация и т.д.

Необходимо показать, что прогрессивный паралич принадлежит к наиболее тяжелым душевным заболеваниям; в основе его лежит прогрессирующий деструктивный процесс более всего выраженный в мозгу, но распределяющийся по всему организму и обязанный своим происхождением сифилису. Этим определяется и наиболее существенное в его клинике, являющееся сочетание своеобразного все нарастающего слабоумия и ряда называемых физических признаков (соматические и неврологические изменения – со стороны зрачков, речи, рефлексов и т.д.).

Преподаватель убедительно демонстрирует необходимость получения важных анамнестических сведений (со слов больного, родственников, свидетельств медицинской документации и т.д.) и их ценность в определении длительности инкубационного периода нейросифилиса, особенностей течения заболевания, использования полученных сведений для проведения дифференциальной диагностики в рамках этой патологии. Особое внимание уделяется тщательности неврологического обследования, практическая ценность этого убеждает студента при проведении дифференциальной диагностики с аналогичными синдромами, наблюдаемыми при иных заболеваниях: сосудистых алкогольных и т.д.

Необходимо как можно полнее представить результат лабораторного обследования, обсудить заключение патопсихолога, дать оценку патологии и творческой деятельности больного.

Особенно наглядной окажется (при возможности) демонстрация двух больных (сифилис мозга и прогрессивный паралич) и результат им проведенной терапии.

Однако, цель занятия не только в разрешении вопроса диагностики нейросифилиса, его лечении, мер профилактики, но и в обсуждении значения (а иногда и необходимости) трудовой, военной судебно-психиатрической экспертиз.

На практических занятиях следует подчеркнуть, что психозы на почве сифилитической инфекции стали большой редкостью в нашей стране, в свя-

---

зи с уменьшением случаев свежего сифилиса, улучшенным методом ранней диагностики и успешным своевременным специфическим лечением.

Практическое занятие целесообразно построить таким образом, чтобы внимание уделялось преимущественно анализу начальных симптомов сифилиса мозга и прогрессивного паралича, т.к. врачам психиатрам больные этой группы могут встретиться относительно чаще, чем с выраженными симптомами болезни.

Изучение клинических закономерностей в течении этих заболеваний удобнее проводить в постоянной сравнительной оценке, т.к. определенную трудность для усвоения студентами представляет собой понимание того обстоятельства, каким образом два заболевания, связанные одним этиологическим фактором, обозначаемые как нейросифилис, характеризуются различной клиникой, течением, исходом.

Именно с этой целью практическое занятие желательно начать с демонстрации больного с прогрессивным параличом, а затем показать больных с сифилисом мозга.

2. Сифилис мозга и прогрессивный паралич образуют одну группу нейросифилиса. Объединяются общим генезом, являются спирохетозом, но представляют собой ряд существенных отличий по анатомической картине и по клиническим проявлениям.

Большая возможность успеха от терапевтических мероприятий при сифилисе мозга, как более раннем процессе сравнительно с параличом, в особенности заставляют обособить сифилис мозга в собственном смысле и выявляет в клинике его наиболее характерные особенности. Соответственно более очаговому, местному характеру процесса в этом случае, сравнительно с более разлитым, охватывающим весь мозг изменениями при прогрессивном параличе, клиника сифилиса мозга представляет большее разнообразие, т.к. обусловлена специфическим процессом, локализация которого бывает очень различна.

Абсолютно необходимо подчеркнуть, что сифилис мозга, как процесс воспалительно-пролиферативный, в своей локализации ограничивается оболочками и сосудами мозга. Образование гумм, пролиферация лимфоидных элементов (околососудистых муфт) и эндартериит составляют основу морфологического субстрата сифилиса мозга.

Описанный характер процесса и локализация определяют возможность клинического выявления сифилиса мозга в виде менингеального, эпилептиформного и апоплектиформного синдромов. Независимо от фор-

мы сифилиса, каждая из них требует самой серьезной дифференциальной диагностики с соматическими заболеваниями, протекающими с наличием тех же синдромов: менингеальная форма сифилиса с менингоэнцефалитом или цереброспинальным менингитом вирусной или кокковой этиологии; эпилептиформная форма сифилиса мозга с эпилепсией, апоплектиформная форма – с гипертонической болезнью, атеросклерозом.

Студентам следует напомнить, что сифилис поражает весь организм, в частности, вегетативную нервную систему и органы внутренней секреции. Большое значение имеют особенности препсихотической личности.

Сифилис мозга по сравнению с прогрессирующим параличом развивается гораздо раньше и в смысле времени прошедшего от момента заражения, и в смысле возраста больного, явления обнаруживаются в течение первых 5 лет после инфекции, иногда уже во вторичном периоде. Возраст пациентов обычно 20 – 40 лет.

*Неврологическая симптоматика* представлена общецеребральными явлениями (головные боли, головокружение, рвота), а также разнообразными органическими симптомами: симптом Аргайль – Робертсона, анизокория, птоз века (чаще односторонний), косоглазие, снижение слуха. Могут отмечаться такие явления, как агнозия, апраксия, гемиплегии и моноплегии.

*Психическая симптоматика* при различных клинических вариантах сифилиса мозга может быть выражена невротоподобными расстройствами.

*Сифилитическая неврастения* – временная реакция нервной системы на специфическую инфекцию, реакция нервной системы на биологические изменения, связанные с сифилисом. Симптоматика сводится к головным болям, головокружениям, болям в различных местах тела, раздражительности, бессоннице, общему понижению самочувствия, к ослаблению памяти и работоспособности. В основе болезненных расстройств лежат либо сосудистые, либо менингеальные раздражения и др. изменения нервной системы.

На это указывают серологические исследования и успешность специфического лечения.

В генезе сифилитической неврастении до известной степени играют роль психогенные моменты.

3. *Сифилитический реактивный эпохондрический симптомокомплекс*. Здесь сущность явлений сводится к реакции на факт заражения, а не к токсическим процессам, связанным с сифилисом. Центр тяжести приходится на препсихотическую личность.

---

Клинические формы:

1) *Менингеальная форма* – преимущественно выражены явления сифилитического менингита или менингоэнцефалита, которые могут носить острый, подострый или хронический характер. Симптомы его обнаруживаются в течение первого года после заражения, чаще в ближайшие 2 - 3 месяца. В остром периоде обычно имеют место менингеальные явления (ригидность затылочных мышц, симптом Кернинга и т.д.), повышение температуры (при острой и подострой формах), общецеребральная симптоматика, очаговая неврологическая симптоматика, а также различные разновидности помрачения сознания (делирий, онейроид, оглушение). При хроническом течении менингоэнцефалита перечисленные симптомы как бы стерты, выражены не резко. Характерны жалобы больных (при любой остроте течения) на тянущие боли в крестце и спине, парестезии в конечностях. Могут быть судорожные припадки. При исследовании ликвора имеется характерная для сифилиса мозга сифилитическая кривая с наличием так называемого «сифилитического зубца» (см. реакцию Ланге).

2) *Галлюцинаторно – параноидная форма*. При этой форме наряду с неврологической симптоматикой отмечаются расстройства восприятия и мышления (бред и галлюцинации). Галлюцинации – нередко императивные – носят очень упорный монотематический характер и плохо поддаются лечению нейролептиками. Бредовые идеи могут быть различного содержания (бред преследования, гипохондрический, но обычно он связан с галлюцинаторными переживаниями). Картина галлюциноза (Плаут 1913г) развивается постепенно, сознание ясное, носит характер голосов с неприятным содержанием, угрозы, брань в свой адрес, неприличные ругательства, отношение не всегда критическое. В отличие от алкогольного галлюциноза: упорство галлюцинаций симптомы сифилиса вообще, очаговая симптоматика, положительные данные исследования крови и ликвора. Нет изменений по алкогольному типу.

3) *Аноплектиформная форма*. В основе клинических проявлений этой формы сифилиса мозга лежат преимущественно поражения сосудов с возникновением очагов размягчения или кровоизлияния в мозг и последующим развитием очаговой неврологической симптоматики в зависимости от мест поражения. Во время инсульта могут иметь место помрачения сознания. Инсульты данной этиологии в отличие от инсультов гипертонической болезни появляются сравнительно рано (возраст 35 - 40 лет), довольно часто следуют один за другим (чего обычно не наблюдается при гипертонической

болезни). Одновременно нарастает не только выраженность неврологической симптоматики, но и явления парциального слабоумия (т.е. не носит общего характера с поражением психики, а является суммой из ряда выпадения отдельных функций). Каждый новый инсульт дает обыкновенно ряд новых симптомов выпадения и некоторое общее ухудшение. Течение болезни носит «толчкообразный» характер. В конечном счете слабоумие может достичь глубоких степеней. Все течение растягивается не только на годы, но и даже десятки лет. Отличие от прогрессивного паралича – долгая сохранность ядра личности, отсутствие равномерного и сравнительно быстрого прогрессирования, наличие ряда стойких явлений выпадения при отсутствии типичного симптома Арджиль – Робертсона и характерных расстройств речи; реакция Ланге. При отсутствии лечения больной через 2 – 3 года может стать слабоумным и нетрудоспособным.

4) *Эпилептиформная форма сифилиса мозга* развивается на основе органического поражения (менингоэнцефалитов, гумм, эндартериита мелких сосудов) и выражается в развитии судорожного синдрома, в расстройстве настроения, сознания. Неврологическая симптоматика в зависимости от локализации поражения имеет самый разнообразный характер. Дифференциальная диагностика проводится с учетом результатов серологических реакций.

5) *Сифилис мелких сосудов* – своеобразная как в клиническом отношении форма сифилиса мозга. Процесс захватывает более или менее изолированно мелкие артерии коры и других отделов. Так как измененными оказываются не отдельные сосуды, а сплошь все артерии этой категории – процесс принимает диффузный характер. Типично: отсутствие грубых очаговых расстройств, как паралич черепных нервов, афатические явления, параличи конечностей, не наблюдается инсультов. Преимущественны психические симптомы, неврологические – ослабление интеллекта, расстройства настроения, галлюцинации; иногда оглушения, недостаточность ориентировки, могут быть кататонические симптомы.

6) *Гуммозная форма* (наиболее резкая) при которой наблюдаются симптомы объемного процесса (изменение глазного дна, повышение внутричерепного давления, локальные явления выпадения). Гуммы обычно не достигают больших размеров, и все эти симптомы не носят такого быстрого прогрессирующего характера как при опухоли мозга. Важную роль в дифференциальном диагнозе играет серологическая реакция.

7) *Врожденный сифилис мозга* (конгенитальный) встречается очень редко, в формировании клинической картины имеют значение возрастные

---

особенности, локализация и распространенность поражения. У детей различают прогрессивные и стационарные формы. К первым относятся олигофрения на почве врожденного сифилиса и состояния сходные с психопатиями. Ко вторым – сифилитические менингоэнцефалиты, апаплектиформный и эпиплектиформный синдромы. Чем младше заболел ребенок – тем хуже прогноз.

При обследовании детей необходимо обращать внимание на соматические признаки: насморк с гнойными и кровянистыми выделениями, на губах трещины, морщинистая и грязно-серого цвета кожа, выпадение волос и бровей, увеличение печени и селезенки. Особенно характерна гетчинсоновская триада: полукруглые выемки на резцах, кератит, отит.

4. Для диагностики имеют значение: деформация костей черепа (седловидный нос), неврологическая симптоматика: парапарезы, гемипарезы, поражение черепно – мозговых нервов, изменение формы зрачков и их реакция на свет, изменение глазного дна. Проводятся серологические исследования (положительная реакция Вассермана в крови и ликворе) и реакция Ланге.

Сифилитический псевдопаралич требует дифференциальной диагностики с прогрессирующим параличом. Представляет собой сочетание слабоумия с теми и другими симптомами. Кроме количественных изменений ослабления формальных способностей интеллекта, памяти, способности ориентировки, могут наблюдаться отдельные галлюцинации и бредовые идеи величия с эйфорией.

В отличие от прогрессирующего паралича очаговые симптомы здесь бывают более стойкие и более грубые, чаще всего развиваются в результате инсультов. Возможны эпилептиформные припадки. Могут быть параличи черепных нервов, птоз, косоглазие, паралич лицевого нерва. Течение длительное, возможно спонтанные ремиссии.

5. Лечение сифилиса мозга проводится специфическими, противосифилитическими препаратами (препараты висмута, мышьяка, ртути, йода), а также пенициллином.

Биохинол (препарат висмута вводят внутримышечно в дозе 2 мл. через день или 3 мл. через 2 дня на курс 50 мл.).

Бисмоверол также вводят внутримышечно по 1 мл. через день в первую половину курса и в дальнейшем через 2 дня. На курс 20 мл.

Новарсенол разводят перед самым употреблением, вводят внутривенно очень медленно, вначале по 0,15мг, а затем прибавляют каждые 5 дней по 0,15 мг. до дозы 0,6 для мужчин и 0,45 для женщин. На курс 4,5 – 5г.

Миарсенол вводят внутримышечно в тех же дозировках, что и новарсенол.

Пенициллинотерапия: на курс 5млн. – 6 млн. ед.

Лечение проводят курсами, меняя препараты, наблюдая за соматическим состоянием больного.

Трудовая экспертиза.

В некоторых случаях больные возвращаются к прежней работе, но чаще необходим перевод на менее сложную работу или в лечебно – трудовые мастерские. При прогрессивном параличе, как правило, переводят на менее квалифицированную работу.

Судебно-психиатрическая экспертиза.

При выраженных явлениях заболевания несложна. В других случаях требуется подробное изучение.

Прогрессивный паралич характеризуется неуклонно нарастающим слабоумием. Клинически описан Бейлем (1822г), а роль сифилиса в его происхождении доказана Ногучи (1913г).

В связи с разработкой мероприятий по лечению сифилиса на ранних этапах в Советском Союзе прогрессивный паралич встречается редко, не более 0,2% от всех психических больных. Первые симптомы появляются через 6 – 10 – 15 лет после заражения. Чаще болеют мужчины 35 – 50 лет.

6. Как и при сифилисе мозга, при прогрессивном параличе имеются психические, неврологические и соматические нарушения, но они носят несколько иной характер.

В течение заболевания различают три периода: начальный, стадию расцвета, стадию маразма.

Клинические формы: эксциансивная, дементная, депрессивная, циркулярная; выделяют татопаралич, паралич Лиссаура, юношеский прогрессивный паралич.

*В начальной стадии* имеет место невротеноподобная симптоматика (головные боли, повышенная утомляемость, раздражительность, снижение работоспособности). Кроме того, на ранних этапах болезни появляются неправильности в поведении, выражающиеся в нарушении принятых морально – этических норм вследствие снижения критики. Больные совершают нелепые поступки, делают ненужные покупки, высказывают нелепые требования. В неврологическом статусе следует отметить появление симптома Аргайль – Робертсона, повышение сухожильных рефлексов (с обеих сторон).

---

*Стадия расцвета* характеризуется нарастанием клинических явлений. Больные становятся грубыми, циничными, сексуально расторможенными. Отмечаются явления тотального слабоумия. Снижается способность суждения, появляются грубые нарушения памяти, критической способности. Больные не замечают тяжести своего состояния, фон настроения у них может быть повышен (экспансивная форма). Имеют место бредовые высказывания (чаще различные разновидности бреда величия), которые отличаются нелепостью и грандиозностью, абсурдностью, контрастностью содержания бреда и поведения больного, особой стойкостью. Со стороны нервного статуса кроме симптома Аргайл – Робертсона можно отметить и другие главные симптомы: миоз (сужение зрачков), анизокарию, деформацию зрачков. Часто является асимметрия носогубных складок, девиация языка, отдельные фибриллярные подергивания мышц лица, тремор языка (вследствие чего развивается дизартрия). Речь больных может быть скандированной, отмечается ринология (гнусавость речи), логоклония (повторение отдельных слов в слове). Следствием тремора рук и нарастающего слабоумия является своеобразное нарушение почерка (диграфия). Начертания букв становится неровным, как бы дрожащим, больной не в состоянии соблюдать ровность строк, буквы к концу строки становятся крупнее, встречаются неправильные написания букв, грубые аграмматизмы, пропуски или повторения отдельных букв.

При обследовании больного с подозрением на прогрессивный паралич необходимо проверить его речь и письмо.

Сухожильные рефлексы во второй стадии заболевания чаще понижены, рефлексы с ахилловых сухожилий могут отсутствовать. Отмечается нарушение походки (шаркающая походка), координации движений, встречаются выраженные апрактические расстройства, агнозии, афазии.

Из соматических нарушений в этой стадии возможны специфические поражения печени, сифилитический мезоартрит.

*Марантическая стадия* характеризуется психическим маразмом, наличием параличей и парезов, а также тяжелыми нарушениями обмена, трофические явления (выпадение волос, трофические язвы, ломкость костей). При наличии аппетита прогрессирует кахексия. Снижаются защитные функции организма, легко возникают интеркуррентные заболевания.

Клиническая картина прогрессивного паралича быстро нарастает, и в течение 1,5 – 2 лет при отсутствии лечения могут развиваться явления глубокого слабоумия и наступить летальный исход. Поэтому врач любой специальности должен знать клинику этого заболевания (учитывая весь комплекс

характерных симптомов) и уметь диагностировать его, если не в начальной, то хотя бы при появлении второй стадии заболевания.

Клинические формы:

1) Экспансивная (классическая) форма была наиболее распространена в прошлом веке. Она характеризуется наличием маниакального синдрома в сочетании с нарастающими явлениями слабоумия и неврологическими расстройствами. Больные бывают эйфоричны, многоречивы, возбуждены, высказывают бредовые идеи величия, своеобразно оформляют свою внешность, украшают себя медалями, цветами и т.д. Они циничны, в их разговоре преобладает сексуальная тематика. Иногда возникают проходящие вспышки гнева. Больные быстро теряют свои прежние знания и навыки.

2) Дементная форма в настоящее время наиболее распространена (70% всех случаев). В клинической картине преобладает прогрессивно нарастающее тотальное слабоумие в сочетании с благодушием и отсутствием критического отношения к своему состоянию. При нарастании паралитической деменции больные теряют интерес к окружающему, становятся вялыми, они не отвечают на вопросы, не могут сами себя обслуживать, нуждаются в уходе. Имеются уже описанные выше неврологические и соматические нарушения.

3) Депрессивная форма характеризуется подавленным настроением, ипохондрические жалобы приобретают нелепый характер. Больные высказывают бредовые идеи самообвинения, греховности, нигилистический бред. Кроме того, как и при любой форме прогрессивного паралича, выражены явления деменции.

4) Циркулярная форма характеризуется последовательной сменой маниакального и депрессивного синдромов на фоне нарастающего тотального слабоумия.

5) Различают еще припадочную форму (с наличием судорожного синдрома), параноидную форму, при которой имеются бредовые переживания, иногда в сочетании с галлюцинациями, а также атипичные формы паралича (табопаралич – случаи с отсутствием коленных рефлексов; паралич Лисауэра – артикуляционные расстройства, логоклонии, аграмматизмы, апраксии, нарушения почерка. Астрофический дегенеративный процесс с атипичным распределением изменений, приурочивается к области того или иного центра речи).

6) При ювенильной форме прогрессивного паралича отмечаются костные деформации, кератиты, отиты, гетчинсоновские зубы, эндокринные расстройства в форме адипозо-генитальной дистрофии, гипогенитализма и

---

гипофизарных расстройств. Неврологическая симптоматика: гиперкинезы, хореоформные, миоклонические. Важную роль для диагностики играют серологические исследования.

Психические нарушения характеризуются нарастающим слабоумием, апатией, спонтанностью и слабодушием. Развитие заболевания как правило медленное, постепенное. Ухудшается успеваемость, появляется раздражительность, злобность, сексуальность, прожорливость, утрачиваются знания, нарастают расстройства памяти. Возможно появление припадков.

Неврологические симптомы почти те же, что и у взрослых. Характерны: рефлекторная неподвижность зрачков и расстройства речи. Часто у детей имеется очаговая симптоматика (гемипарезы, спастические паразпарезы, мозжечковые симптомы). Положительная реакция Вассермана, Ланге – плейоцитоз, повышенное содержание белка.

При обследовании больных на первый план выступает выраженная интеллектуальная деградация, грубое нарушение критики, расстройство внимания и памяти, отсутствует побуждение к деятельности, благодушие, беспечность.

У детей могут быть затруднения в постановке диагноза, т.к. врожденный сифилис предшествует прогрессивному параличу и у них уже имеется снижение интеллекта.

Нередко отмечается психопатоподобное поведение, судорожные проявления.

Длительность болезни без лечения 5 – 10 лет.

Лечение при отсутствии противопоказаний больному с прогрессивным параличом назначается пиротерапия (чаще маляротерапия – преподаватель раскрывает суть терапии!).

В дальнейшем рекомендуется пенициллинотерапия 8 – 10 млн. ед. на курс. При необходимости после перерыва курс пенициллина можно повторить.

При наличии противопоказаний к пиротерапии ограничиваются пенициллинотерапией и комбинированным противосифилитическим лечением.

7. *Реакция Ланге* – паралитический тип реакции – полное просветление в первых 4 – 6 пробирках и затем постепенный переход к нормальной окраски (9 – 10 пробирок), в остальных пробирках цвет не изменен. Цифровое выражение реакции Ланге выглядит следующим образом 666654321000 («паралитическая зет»).

Тип сифилиса мозга – изменение окраски начинается со второй, реже с первой пробирки, достигает максимума в третьей – четвертой или пятой пробирках и постепенно возвращается к норме в седьмой – восьмой пробирках. Цифровое выражение: 011232110000.

*Микроскопические данные со стороны ЦНС:*

- 1) Утолщение и мутность мозговой оболочки – хронический лептоменингит.
- 2) Атрофия извилин, внутренняя водянка, зернистый эпидемит IV желудочка.
- 3) Перерождение миелиновых нервных волокон.
- 4) Очаговые перерождения миелиновых оболочек.

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Классификация психических расстройств вследствие сифилитического поражения головного мозга.
2. Клиника психических расстройств при сифилисе мозга.
3. Клиника психических расстройств при прогрессивном параличе.
4. Симптомы инициального периода прогрессивного паралича.
5. Клинические особенности слабоумия при прогрессивном параличе.
6. Психотические расстройства при прогрессивном параличе.
7. Неврологическая и лабораторная диагностика при прогрессивном параличе.
8. Особенности клиники психических расстройств в детском и подростковом возрасте вследствие сифилитического поражения головного мозга.
9. Методы лечения прогрессивного паралича.
10. Методы лечения психических расстройств вследствие сифилиса головного мозга.

**Вопросы к курсовому экзамену:**

1. Сифилис мозга. Прогрессивный паралич (стадии, неврологические симптомы, серологическая диагностика, патологическая анатомия).

---

## ТЕМА 9. АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОМАНИЯ

**Содержание:** изучение хронического алкоголизма и алкогольных психозов, наркоманий и токсикоманий, их клиники, течения, исхода; вопросов лечения, реадaptации и экспертизы.

**Учебная цель занятия:** изучение основных психических расстройств при хроническом алкоголизме и алкогольных психозах, наркоманиях и токсикоманиях, их связь с социальными факторами, личностными особенностями, их исход. Разбор основных принципов лечения и различных видов экспертизы при данных заболеваниях (трудовая, судебная, военная). Основные принципы реадaptации больных с этими заболеваниями.

### **Задачи занятия:**

- изучение вопросов этиологии и патогенеза хронического алкоголизма и алкогольных психозов, клинических проявлений, терапии, организации лечебной помощи, особенностей юношеского и женского алкоголизма; прогноз, военная, трудовая и судебно-психиатрическая экспертиза;
- изучение вопросов этиологии и патогенеза наркоманий и токсикоманий, их клинических проявлений, терапии, организации лечебной помощи, особенностей в юношеском и детском возрасте; прогноз, военная, трудовая и судебно-психиатрическая экспертиза;
- рассмотреть варианты течения хронического алкоголизма и клинические формы алкогольных психозов;
- рассмотреть варианты течения различных форм наркоманий и токсикоманий;
- познакомить студентов с основными методами выявления хронического алкоголизма, наркоманий и токсикоманий, выработать практические навыки оценки состояния больных с алкоголизмом и алкогольными психозами; на основе психопатологического метода (выделение и оценка отдельных психопатологических феноменов, различение симптомов нарушения чувственной и мыслительной сфер деятельности, объединение их в ведущие синдромы);
- познакомить студентов с методами патопсихологического обследования больных с алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями;
- при подведении итогов практической работы обобщить изученный теоретический материал с учетом полученных результатов.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Место проведения занятия:** учебная комната, ассистентская, в отдельных случаях палаты клинических отделений.

**Оснащение занятия**

1. Таблицы.
2. Магнитофонные записи с образцами речи.
3. Образцы патологического творчества больных.
4. Истории болезни демонстрируемых больных.
5. Набор материалов для проведения психологического обследования больных.
6. Слайды по теме занятия.
7. Методические указания к проведению занятия, изданные кафедрой топографическим способом для студентов.

**План проведения занятия и бюджет учебного времени**

1. Организационные вопросы – 5 мин.
2. Введение, формулировка актуальности, цели и задач практического занятия – 10 мин.
3. Опрос по теме – 15 минут.
4. Проведение тест-контроля исходного уровня знаний студентов – 15 мин.
5. Рассмотрение теоретических вопросов темы, заслушивание рефератов по дополнительной литературе – 40 мин.
6. Перерыв – 10 мин.
7. Демонстрация больных по теме занятия (4-5 человек), изучение творчества больных, писем, заявлений и т.д., работа с таблицами; изучение актов судебно-психиатрической экспертизы. Клиническая демонстрация и разбор основных симптомов у больного с алкоголизмом или с алкогольными психозами, наркоманиями и токсикоманиями – 45 мин.
8. Обсуждение истории болезни продемонстрированных и обобщение изученного на занятии, теоретического материала – 30 мин.
9. Итоговой контроль уровня знаний по теме занятия, подведение итогов занятия – 15 мин.

**Теоретический материал по теме занятия, дидактические единицы, на которые преподаватель должен обратить особое внимание студентов.**

---

## Хронический алкоголизм, алкогольные психозы

### 1. Вводная часть

В начале занятия дается определение хронического алкоголизма, его распространенности, социального значения (подвержен самый работоспособный возраст – 25 – 45 лет). Акцентируется внимание на своеобразном его «омоложении» (юношеский алкоголизм), подчеркивается значение женского алкоголизма. Указываются факторы, способствующие формированию этого заболевания (ЗТМ, плохое питание, астенизирующий фактор, психогении, шизофрения, эпилепсия и др.). Особое внимание обращается на период бытового пьянства (систематическое употребление алкоголя небольшими дозами, эпизодическое – до выраженных состояний интоксикации). Подчеркивается, что переход в заболевание идет постепенно, незаметно через формирование психологической (психической) зависимости.

2. Выделяются диагностические признаки хронического алкоголизма:

- 1) изменение толерантности к алкоголю;
- 2) утрата чувства самоконтроля;
- 3) переход к системе одиночного пьянства;
- 4) амнестические формы опьянения;
- 5) абстинентный синдром или состояние лишения алкоголя;
- 6) характер влечения к алкоголю (обсессивный, компульсивный);
- 7) алкогольная деградация личности;
- 8) алкогольные психозы.

Для практического удобства выделяют 3 стадии алкоголизма (по Портнову А.А.), подчеркивается, что переход из стадии в стадию происходит постепенно иногда годами.

Первая стадия (неврастеническая).

Формируется патологическое (обсессивное) влечение к алкоголю, повышается толерантность, теряется контроль над количеством выпитого, исчезает защитный рвотный рефлекс, появляются амнестические формы опьянения.

Подчеркиваются формирующиеся соматические функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, желудка, печени. Со стороны нервной системы – тремор век, рук, кончика языка, гипергидроз, красный разлитой дермографизм, диффузное оживление сухожильных рефлексов.

Вторая стадия.

Усиление появившихся алкогольных симптомов – еще большее повышение толерантности, исчезновение самоконтроля над количеством выпитого, учащение и углубление амнестических форм опьянения.

Появление качественно новых симптомов – болезненное влечение к алкоголю носит компульсивный (насильственный) характер, формируется абстинентный – похмельный синдром (физическая зависимость организма от алкоголя), который проявляется незначительным повышением температуры тела, усилением тремора рук, век, языка. Исчезает аппетит. Повышается потливость, учащается пульс с нарушением ритма, возникают неприятные ощущения в области сердца, желудка. Отмечается общая физическая слабость, головная боль. Поверхностный сон с кошмарными сновидениями, бессонница. Возможно появление гипнагогических галлюцинаций, тревоги, страха.

Появляется чувство стыда, раскаяния. Отмечается раздражительность, вспыльчивость, недержание аффекта. Резко снижается работоспособность. Длительность от 2-х до 5 суток.

Больные испытывают потребность опохмелиться, прием даже небольших доз алкоголя смягчает или временно снимает абстинентные явления. Абстиненция проявляется тяжелей и длительней при употреблении суррогатов алкоголя.

Формируются запои, сроки которых постепенно увеличиваются, а светлые промежутки сокращаются.

Изменяется характер самого состояния опьянения (грубо-органический) – оно более выражено, все больше имеет место аффект гнева, раздражительность. Появляется придирчивость, утрюмость, агрессивность в поведении.

Развивается алкогольная деградация личности. Меняются аффективные реакции, снижаются критические способности. Преобладает эйфорический тон настроения, беззаботность, назойливость, плоский юмор, которые легко могут смениться на утрюмую раздражительность, злобность. Развивается эгоистичность, утрачиваются прежние интересы, появляется безразличие к близким, к выполнению профессиональных обязанностей, что приводит к утрате социальных связей, распаду семьи. Исчезает нравственное чувство, нарастает социальная деградация.

Общие изменения затрагивают и интеллект: снижается память, способность к творчеству, сообразительность. Мышление становится руинным, снижается способность схватывать особенность той или иной ситуации, отсюда бестактность в поведении.

---

Со стороны внутренних органов функциональные изменения переходят в органические. Нередко отмечаются эндокринные нарушения: нарушения половой функции, иногда и других эндокринных желез.

Отмечается физическая слабость. Сон поверхностный, сопровождается кошмарными сновидениями, часто бессонница. Нередки гипнагогические галлюцинации. Больные испытывают страх, тревогу. Появляется чувство стыда, раскаяния. Появляются мысли о том, что окружающие знают причину недомогания и презирают или смеются над ним. Резко снижается работоспособность.

Абстинентное состояние появляется на выходе из опьянения и обычно продолжается от 2-х до 5 суток. Больные в этот период начинают испытывать стремление к опохмелению, причем прием даже небольших доз алкоголя смягчает или временно снижает абстинентное состояние. Они прибегают к употреблению алкоголя по нескольку раз в день. Снижая таким образом абстиненцию, больные вынуждены прибегать к ежедневным приемам алкоголя и тогда пьянство приобретает запойный характер, а промежутки между запоями постепенно сокращаются. В этой стадии опьянения бывают более выражены, приобретают грубо-органический характер, в них все больше преобладает аффект гнева, раздражительность. Больные, выпив, становятся угрюмыми, придирчивыми, готовыми по любому поводу вступить в ссору, нередко сопровождающуюся агрессией, избиением близких, разрушением вещей. II стадия характерна и тем, что в ней появляются признаки патологического развития личности – деградация (деградация описана выше), а также появлением психозов по типу психотических состояний: алкогольный делирий и острый алкогольный галлюциноз.

#### *Патологическое опьянение.*

Возникает у лиц с той или иной неполноценностью нервной системы (ЗТМ, нейроинфекция) или у лиц психопатического склада характера.

Возникает внезапно вслед за обычным опьянением. Гиперемия лица сменяется бледностью, исчезает связанность речи, атаксия походки и жестов, утрачивается способность ориентироваться в окружающем, появляются аффекты страха и тревога. Возникают иллюзии и зрительные галлюцинации, бредовая оценка окружающего. Наступает двигательное возбуждение, возможны агрессивные действия. Продолжительность от 30 – 40 мин. до 1 – 2 часов. Обычно заканчивается длительным сном с полной амнезией острого психотического эпизода, клинически напоминает сумеречное состояние сознания с элементом делирия.

*Алкогольный делирий (белая горячка, делириум тременс).*

Предшествует бессонница с кошмарными сновидениями. Обычно спустя несколько дней после алкоголизации, особенно при наличии дополнительных факторов (пневмония, травма и т.д.). В начальном периоде устрашающие гипнагогические галлюцинации, за тем обильные зрительные иллюзии и истинные зрительные галлюцинации. Синдром Липмана – появление галлюцинации вкшненного содержания. Зрительные галлюцинации устрашающего характера – часто мелкие животные, насекомые. Нередко к ним присоединяются слуховые и тактильные галлюцинации. Они неотличимы от реальности. Сознание помрачено, ориентировка нарушена, критика отсутствует. Поведение соответствует переживаниям, сопровождается чувством страха, тревоги и двигательным возбуждением. Значительные соматоневрологические нарушения. Течение, как правило, благоприятное 3 – 8 дней. Выход критический, но иногда постепенный (остаточный бред).

*Профессиональный делирий.*

Иногда больной как бы выполняет свои служебные или рабочие обязанности. Считает, что находится на работе и занимается своим делом. Отмечается суетливое возбуждение.

*Тяжелый (лихорадочный) вариант белой горячки.*

Чаще развивается при ежедневном многомесячном употреблении больших доз крепких алкогольных напитков и их суррогатов. Как правило, развитию психоза предшествуют упорная рвота и судорожные припадки. В начале развивается типичная картина белой горячки. Значительно повышается температура до 40, появляются гиперкинезы, тяжелое психомоторное возбуждение с аффектом страха. Затем нарастает оглушенность сознания, речь становится отрывистой, бессвязной, бормочущей. Часто возникает молчаливое, суетливое возбуждение с ограниченным размахом движений. В дальнейшем развивается сопор, во время которого может наступить смерть. Длительность до 2-х недель. Выход через длительную астению, иногда в Корсаковский амнестический симптомокомплекс.

*Алкогольный галлюциноз.*

Массивные слуховые галлюцинации с соответствующим по содержанию бредом. Сознание ясное, ориентировка не нарушена, соматические расстройства чаще отсутствуют. Содержание «голосов» чаще угрожающее. Длительность от 1 до 8 недель. Иногда переход в хронический.

---

### *Острый параноид.*

Первично бред. В дальнейшем могут появляться различные психотические вкрапления. Часто бред преследования. Нередки шизофреноподобные состояния.

Течение психозов более тяжелое при интоксикации суррогатами алкоголя, иногда болезнь заканчивается летально. Во второй стадии нередко у больных появляются эпилептиформные припадки как в состоянии опьянения, так и вне его.

Со стороны внутренних органов функциональные изменения переходят в нередко выраженные органические изменения, особенно в области сердечно-сосудистой системы, печени и желудка. Отмечаются нередко и эндокринные нарушения: нарушения половой функции, а иногда и других эндокринных желез.

Третья исходная (запойная) стадия (35 – 45 лет).

Характеризуется понижением толерантности, т.е. непереносимостью алкоголя, больные пьянеют от небольших его доз. Интолерантность к алкоголю. Больные быстро и сильно пьянеют от таких его доз, которые раньше вызывали у них лишь легкое опьянение. Невыносимость к алкоголю может быть объяснена нарушением обмена веществ вследствие нарушения функциональной способности печени. Защитные реакции исчезают, развивается алкогольная анорексия.

Астенический синдром выражен более резко. Продолжительность его до 2-х недель. Соответственно влечение к алкоголю выражено в еще большей степени и наблюдается более продолжительное время. Выраженные явления абстиненции больной стремится купировать многократными, через каждые 1-1,5 часа повторяющимися приемами алкоголя. Амнезия периода опьянения возникает даже при небольших дозах алкоголя. Дробное применение алкоголя мешает развитию абстиненции, в связи с чем возникают длительные запои с небольшими перерывами между ними. Характер опьянения носит черты грубо-органического, а нередко заканчивается и сопорозным состоянием.

Эта стадия характеризуется появлением острых алкогольных психозов, возникающих в период абстиненции.

Особое внимание уделяется бреду ревности, формированию которого способствует появление и развитие импотенции. Подчеркивается его социальная опасность и других алкогольных психозов.

III стадия (исходная, запойная) энцефалопатическая. Характеризуется интолерантностью к алкоголю, более тяжелыми и длительными до 2-х

недель абстиненции, т.к. соматические нарушения носят выраженный органический характер и функция пораженных органов декомпенсируется. Формируется истинный запой – систематическое употребление алкоголя дробными дозами в течение суток. Развивается алкогольная анорексия. Углубляются неврологические, психопатологические признаки алкогольной энцефалопатии, резко выражена алкогольная деградация личности. Обнаруживается дальнейшее интеллектуально-мнестическое снижение. У 30 % больных наблюдаются эпилептиформные припадки.

В этой стадии часты алкогольные психозы, часто принимающие затяжное и хроническое течение.

Сон нарушен в той или иной мере, и, чтобы уснуть, больные вынуждены на ночь напиваться. Нередко при засыпании у них появляются гипнагогические галлюцинации. Сон прерывистый, поверхностный, типа «прерывистой дремоты». У больных отмечается тревожно-параноидная установка мышления, нередко выражены идеи отношения. Более часто выражены идеи ревности, которые известный русский психиатр Сербский называл «клеймом алкоголизма». Иногда может наблюдаться депрессивное состояние, суицидальные попытки (7,5 %), которые осуществляются в пьяном или похмельном состоянии. Трудоспособность больных в этой стадии резко нарушается.

Углубляются неврологические психопатологические признаки алкогольной энцефалопатии, резко выражена алкогольная деградация личности, обнаруживается дальнейшее интеллектуально-мнестическое снижение, в ряде случаев достигающее до выраженных псевдопаралитических состояний. Взрывчатость, возбудимость, аффекты злобы и гнева на фоне беспечности и благодушия перемежаются с вялостью, апатией, отсутствием инициативы, пониженным эмоциональным фоном.

Для больных в этой стадии характерны: слабость, образование абстрактных понятий и резко сниженная способность оперировать ими; затруднение с определением тонких различий и сходства между объектами восприятия: ослабление способности к запоминанию текущих событий и воспроизведение недавнего прошлого; недостаточность этических оценок жизненных ситуаций.

При тяжелых степенях алкоголизма почти у 30 % больных наблюдаются эпилептиформные припадки. Со стороны центральной нервной системы, системы органов пищеварения и др. наблюдаются уже органические, трудно обратимые или необратимые заболевания. В этой стадии часты алкогольные психозы, чаще принимающее затяжное и хроническое течение.

---

*Хронический алкогольный галлюциноз.*

Вытекает из различных форм алкогольных психозов, чаще из остро-го алкогольного галлюциноза. Протекает на фоне ясного сознания, иногда к наплыву вербальных галлюцинаций присоединяется бред. Голоса носят угрожающий, антагонистический характер, функциональные галлюцинации. Постепенно к ним появляется критическое отношение.

*Алкогольный бред ревности.*

Систематизированный бред. Сначала идеи ревности появляются в состоянии опьянения и похмелья, затем постепенно становятся постоянными. Больные становятся агрессивными, социально опасными. Может присоединиться бред преследования, отравления.

*Корсаковский психоз:* описан в 1887 году. Полиневритический алкогольный психоз. Корсаковский синдром + полиневрит. Грубые расстройства памяти. Расстроена способность к запоминанию и репродукции. Нарушение фиксационной памяти, отсюда расстройства ориентации. Явления ретроградной амнезии. Конфобуляция содержания. Затруднено усвоение нового материала. Настроение вначале тревожное, боязливое, затем сменяется апатией, вялостью. Сознание ясное. Снижение интеллекта. Полиневрит: парез или параличи с атрофией мышц, ослабление или исчезновение рефлексов сухожильных, нарушения чувствительности, болезненность нервных стволов и т.д. Развитие постепенное, иногда сразу после делирия. Течение хроническое, многолетнее.

*Алкогольный псевдопаралич:* редок. На фоне интеллектуального снижения псевдопаралитический синдром (эйфория, нелепый бред величия). Расстройства речи, изменение сухожильных рефлексов, атаксия.

*Псевдоэнцефалит Гайе-Вернике:* развивается остро после делирия. В виде оглушенности, спутанности, с периодами сонливости и возбуждения. Атаксия, параличи глазодвигательных нервов, гиперкинезы. Течение злокачественное, часто со смертельным исходом.

*Дипсомания.*

Некоторые авторы выделяют ее как особую форму алкоголизма, который проявляется в периодических приступах неудержимого влечения к алкоголю. Запой всегда предшествует беспокойно-тоскливое настроение. В промежутках между приступами больные совсем не испытывают потребности в алкоголе и даже относятся с отвращением. Во время приступа избегают общества людей. Пьют в одиночку в огромных количествах, проявляя большую выносливость к алкоголю. Многими авторами такие приступы расцениваются как выражение дисфорических состояний различной природы. Чаще

отмечается у лиц психопатическим складом характера, склонных к периодическим колебаниям настроения.

3. Судебно-психиатрическая экспертиза.

Больные, страдающие хроническим алкоголизмом, признаются вменяемыми. Исключением являются случаи тяжелой деградации личности и больные, страдающие алкогольным психозом. Они признаются невменяемыми и направляются на принудительное лечение.

4. Особенности женского алкоголизма.

1) Алкоголизм у женщин реже развивается из бытового пьянства, обычно после психотравмы.

2) Соматические нарушения наступают значительно быстрее, значительно страдают эндокринные функции – функции щитовидной железы, прекращаются месячные, страдает детородная функция, угасает инстинкт материнства.

3) Рано развивается деградация личности, чаще по психопатоподобному-истерическому типу.

4) Такие черты, как лживость, распушенность отмечаются чаще, чем у мужчин.

5) Запой бывают реже, чаще пьют систематически

6) Алкогольные психозы и эпилептики возникают чаще.

В связи с большей частотой рецидивов и кратковременностью ремиссий лечение более затруднено.

5. Для педиатрического факультета.

У маленьких детей (от нескольких месяцев до нескольких лет) при алкоголизации быстро развивается токсическая энцефалопатия, заканчивающаяся летальным исходом. У маленьких детей при интоксикации алкоголем – спутанность сознания, оглушенность, сопор, кома. У более старших детей, если развивается психоз, то по своей клинике он приближается к делирию.

Отмечаются общие закономерности и особенности юношеского алкоголизма.

1) имеет злокачественное течение;

2) переход от бытового пьянства к выраженному хроническому алкоголизму совершается в более короткое время (1-3 года);

3) быстрее развиваются соматические и неврологические нарушения (гастриты, циррозы печени, ложная упитанность, падении зрения);

---

4) алкогольные психозы встречаются несколько чаще, чем у взрослых, чаще отмечаются судорожные припадки;

5) психическая деградация развивается по психопатоподобному (истерическому) или шизофреническому типу.

6. Вопросы лечения вначале обсуждаются в общем плане.

Лечение хронического алкоголизма должно в себя включать меры общественно-административного и медицинского воздействия. В этом отношении следует подчеркнуть организацию лечебно-трудовых профилакториев (Верхотурье).

Общие принципы лечения:

1) Дезинтоксикация.

2) Общеукрепляющее.

3) Снятие абстиненции.

4) Лечение путем выработки тошнотной и рвотной эмоционально-отрицательной условной реакции на алкоголь (условно-рефлекторный метод) при помощи апоморфина, эмитина, ликоподиума селяго (баранец) и др.

5) Лечение сенсibiliзирующими к алкоголю веществами (метод клинической изоляции): антабусом (дисульфирам, тетурам), темпозила (цитраткарбамид кальция, циаמיד).

6) Животным углем, метранидазолом.

7) Терапия нейрoлептиками.

8) Терапия антидепрессантами.

9) Терапия антагонистами опиоидов (налуксон).

10) Психотерапия:

а) рациональная;

б) целенаправленная (индивидуальная и коллективная);

с) гипнотерапия;

д) релаксация – аутогенная тренировка;

е) групповая психотерапия;

ф) стресс-психотерапия (по Довженко), кодирование;

г) методом Шичко;

h) нейролингвистическое программирование (НЛП).

11) Поддерживающая и продиворексидивная терапия.

## *Наркомания, токсикомания*

### 1. Вводная часть

Наркомании представляют собой сборную группу заболеваний, каждое из которых является хроническим расстройством, развивающимся на основе употребления одного или нескольких веществ, отнесенных в международных договорах, конвенциях и национальном законодательстве к наркотикам (наркотическим средствам). Употребление наркотиков приводит к выраженной стойкой психической и физической зависимости, сопровождающимся быстро развивающейся тяжелой психической деградацией и стойкими сомато-неврологическими расстройствами, опасными для жизни. Производство, приобретение, хранение и распространение наркотиков законодательством рассматривается как уголовное преступление

Токсикомании также представляют собой сборную группу заболеваний, каждое из которых является хроническим расстройством, развивающимся на основе употребления химического вещества, не являющегося наркотическим, принимаемого с целью получения приятного психического состояния, в результате которого формируется стойкая психическая и физическая зависимость, психическая деградация, психозы и соматические нарушения. Производство, хранение и распространение этих веществ не рассматривается как уголовное преступление.

2. К наркотикам относятся опиаты (героин), производные конопли (гашиш), кокаин, некоторые психостимуляторы (эфедрон, фенамин, экстази), некоторые снотворные (барбитураты, галлюциногены (ЛСД)).

Опиаты. В настоящее время основным способом потребления опиатов является внутривенное их введение. Но возможны и иные способы, включая курение, питье настоя, подкожные инъекции. Внутривенное введение также определяет большую интенсивность переживаний во время опьянения и большую злокачественность развития заболеваний.

После приема препарата переживается чувство полного душевного и телесного комфорта, блаженного покоя. Сознание пребывающих в состоянии эйфории остается ясным с сохранением ориентировки во времени и пространстве. Помимо переживания состояния ленивого довольства, возникают образные представления сцен желаемого. По окончании состояния опьянения, продолжительность которого составляет от 2 до 6 часов, развивается тягостное состояние, продолжающееся от 2 до 4 часов. Больные в те-

---

чении этого периода испытывают вялость, сонливость, тяжесть в теле, головную боль, снижение настроения.

При передозировке у злоупотребляющих отмечаются сонливость, смазанность речи, оглушенность, которая может перейти в сопорозное и коматозное состояние. Затем может наступить паралич дыхательного центра и смерть.

В некоторых случаях на фоне опьянения развивается психоз, который может приобрести хроническое течение.

Первая стадия опийной наркомании. Скорость формирования психической зависимости зависит от препарата. При нерегулярном пероральном введении зависимость формируется через 1-3 месяца, при внутривенном введении «соломки» после десятка инъекций, а при внутривенном приеме героина достаточно 1-3 инъекций. Помимо почти насильственного влечения к повторному приему, начавшие злоупотреблять наркотиками на 1-й стадии при перерыве приема испытывают признаки абстиненции, характерные для психической зависимости, состоящие в развитии депрессивно-дисфорического состояния, проявляющегося озлобленностью, возбудимостью по любому поводу, снижением настроения, чувством безнадежности, снижением аппетита и бессонницей.

Если достать препарат не удастся, то явления абстиненции постепенно в течение нескольких дней проходят. Однако влечение к приему наркотика сохраняется в течение 2-3 месяцев. В последующие месяцы даже при благоприятном течении возможно внезапное пробуждение влечения к наркотику, особенно если принимавший снова окажется в компании наркоманов или в той обстановке, в которой он ранее принимал наркотик.

Уже до достижения 1-й стадии наркомании, злоупотребляющие становятся склонными к совершению асоциальных или антисоциальных действий, если они необходимы для того, чтобы достать необходимый наркотик. При невозможности достать делаются попытки заменить его какими-нибудь таблетками или алкоголем.

Вторая стадия развития опийной наркомании. К концу 1-й стадии толерантность к принимаемому наркотику заметно возрастает и первоначальная доза, вызывающая желаемый эффект, возрастает более чем в 2-3 раза. Многие переходят на ежедневный прием препаратов, на введение его 2 раза в день.

При достижении 2-й стадии меняются сами переживания после введения препарата. Исчезает приятное состояние «прихода», проявлявшегося ощущением теплой волны, разлитой по всему телу. Вместо желаний

уединиться ради созерцания и переживания грезоподобных фантазий больные становятся общительными, взвинченными, деятельными, болтливыми. Теперь препарат не столько доставляет удовольствие, вызывая состояние блаженной эйфории, сколько лишь выводит из тягостного абстинентного состояния и возвращает на некоторое время способность более или менее нормально действовать. Такое состояние держится в течение 2-6 часов, после чего снова возникает потребность в приеме новой порции наркотика.

При вынужденном перерыве у наркоманов во 2-й стадии развития заболевания обнаруживаются признаки физической зависимости, которая становится все более выраженной.

Через 6-8 часов после прекращения приема препарата возникает насильственное (компульсивное) влечение к повторному приему. При этом развивается дисфорическое состояние, проявляющееся злобностью к окружающим. Одновременно отмечаются сердцебиение, слезотечение и слюноотделение, набухание слизистой носа, проявляющееся гнусавостью голоса, упорное чихание, боли в области сердечного толчка, сжимающие боли за грудиной.

На 2-4-е сутки появляются боли в мышцах рук, ног и шеи, чувство онемения в конечностях, боли в мышцах спины, живота, в кишечнике, понос, иногда рвота. Затем на протяжении последующих 1-2 недель указанные явления постепенно проходят, причем за время абстиненции больные худеют. Однако полное восстановление состояния, когда проходят явления легкой дисфории и депрессии и исчезает сильное влечение к наркотику, продолжаются от 6 месяцев до года.

Во 2-й стадии также возможно внезапное появление признаков абстиненции после длительного благополучного состояния (псевдоабстинентный синдром) с появлением соматических признаков абстиненции, хотя и менее выраженных, чем при истинной абстиненции. Псевдоабстинентный синдром может развиваться после неблагоприятных переживаний в обстановке, напоминающей ту, в которой происходило ранее злоупотребление, а также после обострения соматических заболеваний. Развитие псевдоабстинентного синдрома является наиболее частой причиной появления рецидива заболевания у больных, успешно лечившихся ранее.

У некоторых из злоупотребляющих препаратами этой группы могут развиваться психозы.

#### *Наркомании и токсикомании, вызванные стимуляторами.*

К стимуляторам относят обширную и неоднородную группу препаратов, оказывающих выраженное психостимулирующее действие. Они при-

---

надлежат к разным по химической природе видам химических соединений, имеющим чаще всего растительное происхождение.

Наибольшее распространение в этой группе как наркотики имеют в настоящее время гашиш и другие препараты, получаемые из конопли (*Cannabis Cannabis*), произрастающей и культивируемой во многих странах Азии, Африки и Южной Америки. В последние годы особенно большой спрос в странах Америки, а затем и в Европе получил кокаин, получаемый из листьев произрастающего в Южной Америке растения колы (*Erythroxylon Cola*). Чрезвычайно сильным наркотиком оказался изобретенный в последние десятилетия эфедрой, получаемый путем кустарной переработки препаратов эфедрина или дикорастущих растений эфедры - *Ephedra equisetina*, *E.intermedia*, *E.distachya* («кузьмичева трава»). Кроме того, все более широкое распространение получают такие синтетические стимуляторы, как экстази (MDMA), фенциклидин, метамфетамин и др.

*Наркомания, вызванная препаратами конопли (гашишемания).*

Основным действующим началом гашиша являются каннабиоиды, представляющие достаточно многочисленную группу, включавшую до 20 соединений, из которых наиболее активным является 9-дельта-тетра-гидроканнабиол. На территории Средней Азии и Казахстана наибольшее употребление имеет гашиш, или анаша, представляющие собой смолистое вещество, которое собирается с поверхности растения, особенно с поверхности цветущих верхушек женских особей конопли. Кроме того, употребляется марихуана, представляющая собой высушенную травяную смесь, содержащую в 10 и более раз меньше активных каннабиоидов.

При одиночном курении испытывается состояние ленивого блаженства. При коллективном курении всю компанию охватывает заразительное веселье, распространяющееся от одного к другому, или состояние злобно-го настроения, которое также способно «заразить» всю компанию. На фоне опьянения отмечаются повышенная яркость восприятия, искаженное восприятие окружающих предметов, пространства, ощущение «невесомости».

У курящих достаточно быстро формируется 1-я стадия (психическая зависимость). Через 1-2 месяца интенсивного курения при попытке прервать его отмечаются в течение нескольких дней слабость и сонливость с присоединением позднее депрессии, которые снимаются лишь возобновлением курения.

На 2-й стадии — физической зависимости — при прекращении употребления появляются признаки абстиненции в виде неприятных и болезненных ощущений в различных участках тела, мышечного тремора (дрожки), кожного зуда, которые могут держаться до 2 недель.

На 3-й стадии возможно развитие апатического слабоумия, но лишь у лиц, злоупотребляющих гашишем в течение многих лет.

У 15% курящих гашиш развиваются острые психозы с помрачением сознания на фоне опьянения и даже хронические шизофреноподобные психозы.

#### *Кокаиновая наркомания.*

Кокаин – главный алкалоид листьев кока – *Erythroxylon*. Проявления кокаиновой наркомании близки к проявлениям других зависимостей, вызванных стимуляторами. В настоящее время кокаин чаще употребляется внутривенно. При его введении отмечается необыкновенно быстро, «на кончике иглы», чувство душевного и телесного блаженства, необыкновенного комфорта, чувство «любви ко всем людям». Субъективно переживается «повышение творческих возможностей», наблюдается увеличение двигательной активности. При передозировке возможны признаки психоза, судорожные приступы. Может наступить внезапная смерть вследствие остановки сердца или паралича дыхательного центра.

При прекращении употребления развиваются выраженная тревога, раздражительность, озлобленность, слабость, желание вновь принять кокаин.

При хроническом, в том числе ежедневном введении кокаина наркозависимость формируется в течение нескольких недель. У больных наблюдается рост толерантности, меняется клиническая картина опьянения, причем постепенно исчезает эйфорический эффект от приема наркотика, а дисфория (злобно-тоскливое настроение) в абстиненции усиливается. Вследствие этого в дальнейшем основным мотивом злоупотребления становится не получение удовольствия, как на начальных этапах формирования наркомании, а исключительно преодоление тягостного психического и соматического состояния. Со временем у больных устанавливается почти постоянная апатическая депрессия, снижается память, нарастает общее истощение. У злоупотребляющих кокаином часто развиваются: психозы, которые могут принимать хроническое течение, причем развитие таких состояний возможно уже при первом употреблении препарата.

#### *Эфедроновая токсикомания.*

Эфедрон – вещество, получаемое путем переработки медикаментов, содержащих эфедрин, включая такие, как солутан, глазные капли и мази, капли от насморка и др.

При внутривенном введении у употребляющего через 10–20 минут развивается маниакальноподобное состояние, когда возникает душевный

---

подъем, ощущение физического и душевного комфорта с чувством подъема всех жизненных сил. Человек становится подвижным, болтливым, крайне отвлекаемым, высказывает идеи переоценки своей личности. Усиливается сексуальное возбуждение, но при продолжении злоупотребления в дальнейшем развивается импотенция.

Эфедроновая наркомания формируется очень быстро: после 2-3 инъекций появляется влечение, после 10-15 - психическая зависимость. Однократный прием препарата делает неизбежным развитие наркомании более чем у половины рискнувших принять препарат внутривенно. При первых инъекциях длительность приятного для наркомана состояния составляет 8 часов. Но с каждым новым приемом длительность его сокращается, пока не доходит до 1-2 часов, в связи с чем возникает потребность в повторном приеме. Также быстро формируется абстинентное состояние, которое проявляется угнетенным настроением, вялостью, утомляемостью, нарастающим физическим дискомфортом, болями в различных частях тела, головными болями, нарушениями сна. Постепенно эти состояния становятся все более тяжелыми.

Формирование 2-й фазы завершается в период от 2 до 3 недель. У больных складывается своеобразный цикл «запойного» приема препарата: препарат принимается каждые 2-4 часа в течение 2-5 суток, после чего влечение к нему постепенно падает. Во время «запоя» больные не спят, не едят, доходят до глубокого изнеможения. Суточная доза вводимого эфедрона возрастает с 2-3 мл до 30-80 мл (но разовая доза увеличивается не более, чем в 2 раза из-за плохой переносимости, что вынуждает многократно повторять инъекцию). После этого начинается «отход», проявляющийся резкой астенией, тяжелой бессонницей, которая чередуется с сонливостью. А через несколько дней вновь возобновляется влечение к эфедрону, и начинается новый «запойный» период.

Постепенно интервалы между запоями сокращаются до 2-3 дней. Абстинентный синдром становится все тяжелее и достигает 2 недель. У больных могут развиваться психозы. Они быстро деградируют в социальном отношении, забрасывают учебу, не желают трудиться. Течение эфедроновой наркомании осложняется признаками хронического отравления марганцем, который накапливается в организме в результате использования препарата, который обычно плохо очищен от марганца, применяемого при получении эфедрона. На 2-3-й год употребления таких препаратов отмечаются парез мягкого неба, языка, лицевых мышц, появление мелких судорог мышц лица, шеи, плечевого пояса.

*Наркомания, вызванная препаратами амфетаминового ряда.*

Эту группу составляют препараты амфетамин (бензедрин, фенамин), метиламфетамин (риталин, центедрин), метилфенамин (мет, первитин), альфа-йод-первитин («ширка»), MDMA («экстази»), фенциклидин («ангельский порошок»), ПЦП). Из стимуляторов амфитаминового ряда в настоящее время в стране наиболее актуальны экстази и фенамин. В целом характер вызываемых ими нарушений близок к вызываемым эфедрином. После приема препаратов появляется чувство бодрости, прилива жизненных сил, повышение активности, идеи переоценки собственной личности, нарушается сон. Нарастает толерантность. Злоупотребляющие постепенно становятся бездеятельными, замкнутыми, перестают испытывать радость от чего-либо. У них снижается сексуальная активность. При прекращении приема развивается абстиненция.

Употребление психостимуляторов ведет к формированию периодического употребления с циклами «запоев», чередующихся с периодами неупотребления, или в форме «уик-эндов» (по 2 дня в неделю), или в форме «бинджингов» (кетамин), с многократным приемом в течение 2 дней с 2-дневными перерывами.

При прекращении приема препарата больные испытывают раздражительность, озлобление, чувство усталости, внутреннего беспокойства, которые держатся иногда до 24 часов. Абстинентное состояние без купирования может продолжаться 2-3 недели.

У больных могут развиваться психозы длительностью от 2-3 недель до многих месяцев.

*Токсикомании, вызванные употреблением транквилизаторов.*

Токсикомания, вызванная транквилизаторами, явление, достаточно распространенное. Транквилизаторы употребляются токсикоманами сначала исключительно в форме таблеток перорально. Но принимаются они в дозах, которые намного превышают терапевтические.

Через 15-20 минут после приема развивается чувство внутреннего покоя. Злоупотребляющие выглядят оглушенными. Речь становится невнятной, походка шаткой. Нарастает сонливость, развивается сон. При передозировке может наступить сопорозное или коматозное состояние. При увеличении толерантности препараты могут приниматься и внутривенно. При внутривенном приеме транквилизаторов развивается эйфория, но на короткий промежуток времени, поскольку она быстро переходит в сон, который при передозировке вызывает сопорозное состояние.

При прекращении приема транквилизаторов, которые принимались длительное время, развивается абстиненция, интенсивность которой менее

---

выражена, чем при опийной наркомании. Чаще отмечаются чувство тревоги, страха, головная боль, нарушения сна и аппетита, мышечный тремор, подергивание мышц. Могут наблюдаться эпилептические припадки.

*Токсикомании, вызванные барбитуратами.*

Препараты могут использоваться перорально, но в настоящее время чаще практикуется внутривенное введение, при котором наблюдается алкогольное опьянение.

Отмечаются расторможенность, развязность, некоторая многоречивость, нечеткость речи, нарушения походки, покраснение лица. В дальнейшем развивается сонливость.

Систематическое употребление барбитуратов в течение 1-3 лет приводит к деградации личности. Развивается глубокая опустошенность, вплоть до состояния полного безволия, пренебрежения какой-либо продуктивной деятельностью. Развивается крайний эгоцентризм. Все интересы сосредотачиваются на проблемах, связанных с добыванием препаратов. В дальнейшем у злоупотребляющих развивается снижение памяти, нарастает замедленность мышления, утрата профессиональных навыков, эмоциональное обеднение.

Абстинентное состояние, развивающееся при злоупотреблении барбитуратами, характеризуется значительной тяжестью. На следующие сутки после прекращения употребления препаратов отмечается тревожное, мрачное настроение, боли по ходу нервных стволов, тремор, подергивание отдельных групп мышц, кишечные колики. На 4-5 день могут развиваться эпилептические припадки.

*Токсикомании, вызванные ингалянтами.*

Ингалянты – жидкие, преимущественно органические вещества, общим свойством которых является способность интенсивно испаряться при комнатной температуре с образованием паров, вдыхание (ингаляция) которых оказывает токсикоманическое действие с развитием необычных психических состояний и быстрым развитием психической и физической зависимости с последующей деградацией личности.

Действующими веществами, определяющими клиническую картину привыкания и формирования зависимости, являются алифатические и ароматические углеводороды.

Техника употребления включает вдыхание паров жидкости. При первых употреблениях приходится преодолеть реакцию отвращения на неприятный запах вещества. После достижения приятного состояния сеансы употребления становятся регулярными, ежедневными или даже повторяющи-

мися в течение дня, отмечается увеличение дозы, вызывающей желаемый эффект (прежняя становится недостаточной).

В дальнейшем у злоупотребляющих становится заметным снижение интеллекта. У них теряется сообразительность, ухудшается память, способность ориентироваться в обстановке и усваивать новый материал.

*Наркомании, вызванные употреблением галлюциногенов.*

Галлюциногенами называется разнородная в химическом отношении группа препаратов, прием которых сопровождается с достаточно высокой частотой появлением галлюцинаций, ради которых и производится прием препарата.

Эпидемиологическое значение для стран Запада и для РФ приобрел синтетический препарат диэтиламид лизергиновой кислоты (LSD-250), который быстро приводит к психической зависимости.

Кроме того, в нашей стране отмечается употребление таких медикаментов, как циклодол, димедрол, астматол, которые иногда принимают с целью вызвать появление галлюцинаций. После приема этих препаратов отмечаются галлюцинаторные переживания, калейдоскопически сменяющие друг друга, причем сцены, приятные для созерцающего, могут сменяться устрашающими видениями. На высоте психоза может утрачиваться ясность сознания, а больные могут обнаруживать возбуждение с агрессивным поведением. По выходе из психоза все переживания выпадают из памяти.

### **Контрольные вопросы по теме занятия**

1. История выделения хронического алкоголизма в самостоятельное заболевание.
2. Симптомы трех стадий хронического алкоголизма.
3. Классификация алкогольных психозов.
4. Клиника алкогольного делирия.
5. Клиника алкогольного галлюциноза.
6. Клиника алкогольного Корсаковского психоза.
7. Клиника алкогольной энцефалопатии Гайе-Вернике.
8. Методы лечения хронического алкоголизма.
9. Особенности течения хронического алкоголизма в детском и подростковом возрасте.
10. Методы лечения алкогольных психозов.
11. Эпидемиология наркоманий и токсикоманий.
12. Симптомы трех стадий наркоманий и токсикоманий.
13. Классификация наркоманий и токсикоманий.

- 
14. Клиника опиоманий.
  15. Клиника гашишемании.
  16. Клиника кокаиnamании.
  17. Клиника зависимости от стимуляторов.
  18. Клиника зависимости от барбитуратов и транквилизаторов.
  19. Клиника зависимости от галлюциногенов.
  20. Клиника зависимости от ингалянтов.
  21. Особенности течения наркоманий и токсикоманий в детском и подростковом возрасте.
  22. Методы лечения наркоманий и токсикоманий.

### **Тестовые задания по теме занятия**

- 1. Все следующие симптомы свидетельствуют о возникновении алкоголизма, кроме:**
  - a) снижение толерантности к алкоголю
  - b) появление амнестических форм опьянения
  - c) исчезновение рвотного рефлекса
  - d) нарушение количественного контроля
  - e) возникновение психической зависимости
  
- 2. Важнейший признак, отличающий больного алкоголизмом от злоупотребляющего алкоголем:**
  - a) высокая толерантность
  - b) социальная дезадаптация
  - c) наличие психической или физической зависимости
  - d) наличие изменений со стороны внутренних органов
  - e) низкая активность печеночной алкогольдегидрогеназы
  
- 3. Синдром, наиболее характерный для 2-ой стадии алкоголизма, наркоманий, токсикоманий:**
  - a) деменция
  - b) абстиненция
  - c) обсессивное влечение
  - d) синдром потери контроля за количеством выпитого
  - e) ни один из перечисленных

- 4. Все следующие симптомы свидетельствуют о возникновении алкоголизма, кроме:**
- a) снижение толерантности к алкоголю
  - b) появление амнестических форм опьянения
  - c) исчезновение рвотного рефлекса
  - d) нарушение количественного контроля
  - e) возникновение психической зависимости.
- 5. Важнейший признак, отличающий больного алкоголизмом от злоупотребляющего алкоголем:**
- a) высокая толерантность
  - b) социальная дезадаптация
  - c) наличие психической или физической зависимости
  - d) наличие изменений со стороны внутренних органов
  - e) низкая активность печеночной алкогольдегидрогеназы
- 6. Злоупотребление алкоголем снижает среднюю продолжительность жизни:**
- a) да
  - b) нет
- 7. Признаком второй стадии алкоголизма является абстинентный синдром:**
- a) да
  - b) нет
- 8. В возникновении алкоголизма играют роль наследственные факторы:**
- a) да
  - b) нет
- 9. Тетурам (антабус) снижает влечение к алкоголю у больных алкоголизмом:**
- a) да
  - b) нет

---

**10. Что из приведенного затрудняет диагностику хронического алкоголизма:**

- a) отрицание больным злоупотребления
- b) тенденция семьи к недооценке степени употребления
- c) не регламентированная режимными рамками профессиональная деятельность
- d) все сказанное

**Вопросы, включенные в билеты к курсовому экзамену**

1. Клиника острой алкогольной интоксикации. Степени алкогольного опьянения. Диагностика алкогольного опьянения. Патологическое опьянение, диагностика, судебно-психиатрическая оценка, купирование.
2. Хронический алкоголизм (определение, стадии развития, отличия от бытового пьянства). Течение и прогноз.
3. Основные принципы терапии алкоголизма. Задачи лечения на различных этапах. Конкретные терапевтические методы.
4. Абстинентный синдром. Условия и причины его возникновения. Типичные проявления при различных заболеваниях.
5. Алкогольные психозы. Систематика. Условия возникновения. Прогноз.
6. Белая горячка. Продромальный и развернутый период психоза. Психопатологические и соматические проявления. Прогноз.
7. Лечение алкогольного делирия. Уход и надзор.
8. Алкогольный галлюциноз. Клиника, течение, исход, терапия.
9. Корсаковский психоз. Основные проявления. Условия возникновения. Терапия. Прогноз.
10. Наркомании (определение, основные критерии диагноза, вещества, относимые к наркотикам). Вопросы профилактики и терапии.
11. Опийная наркомания. Клиника острой и хронической интоксикации препаратами группы опия. Опийный абстинентный синдром, терапия.
12. Токсикомании. Химические вещества и лекарственные средства, вызывающие зависимость. Методы профилактики и терапии.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

### Основная:

1. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И. Психиатрия. М.: МЕД пресс-информ, 2002, 574 с.
2. Психиатрия. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. / Под ред В.П. Самохвалова. – Ростов н/Дону.: Феникс, 2002. – 576 с.
3. Психиатрия: Национальное руководство. / под ред. Т.Б. Дмитриевой., В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000с.

### Дополнительная:

1. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа. Познание и врачевание от древности от наших дней. Пер. с англ. – М., – 1995. – 608 с.
2. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. 1976, – Ташкент, 325 с.
3. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология: Пособие для врачей. Ростов н/Д.: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 1998, – 416 с.
4. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А., Коростийф В.Н., Кожина А.М., Синайко В.М., Мозговая В.М., Демина О.О. Пропедевтика психиатрии. Уч. Пособие для студентов медвузов и врачей-интернов. Ростов на Дону: Феникс, 2003, – 192 с.
5. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. В 2 томах. – Киев: Изд. «Сфера», 1999. т.1. 299 с., т.2, 435 с.
6. Гиндикин В.Я. Справочник. Соматогенные и соматоформные психические расстройства. М.: Триада-Х. – 2000, 255 с.
7. Гройсман А.Л. Медицинская психология. 1997, - М.: Магистр, 360 с.
8. Каплан Г., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2-х томах. Пер. с англ. - М. 1994, - 672 – 528 с.
9. Каплан Г., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Пер. с англ. дополненный. М.: ГОТАР Медицина. 1998, 505 с.,
10. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. – М. 1985, 304 с.
11. Клиническая психология. / Под ред. М. Перре, У. Баумана. – СПб: Питер, 2002. – 1312 с.
12. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. - М., 1985, – 284 с.

- 
13. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М., 1995. – 559 с.
  14. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. – Минск, 1993. – 478 с.
  15. Конечный Р., Боухал М. Психология и психоанализ характера: Хрестоматия./ Ред.-сост. Райгородский Д.Я. – Самара, 1997. 640 с.
  16. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства. Томск, Изд. Томского ун-та. 2000, 110 с.
  17. Личко Л. Е. Психопатии и акцентуации характера у детей и подростков. – Л.: 1983, 256 с.
  18. Медицинская этика и деонтология. / Под ред. Морозова Г.В. и Царегородцева Г.И. М.: Медицина, 1983, – 269 с.
  19. Менделевич М.Д. Психиатрическая пропедевтика. М.: Медицина. 1998, – 200 с.
  20. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 584 с.
  21. Никол Р. Практическое руководство по детско-юношеской психиатрии. Британский подход. Пер. с англ. В. Гафуров. Екатеринбург: УралИНКО, 2001, – 217 с
  22. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. – М., 1987, 166 с.
  23. Приказ МЗ и МП № 294 от 30 октября 1995 г. «О психиатрической и психотерапевтической помощи». // Календарь психотерапевта, 1996, № 1, С. 36-78.
  24. Психиатрия / Под ред. Р. Шнайдера. Пер. с англ. М.: Практика, 1998, – 600 с.
  25. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. – М., 1970, 215 с.
  26. Рустанович А.В., Шамрей В.И. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. Изд. 3-е. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 203 с.
  27. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства. — Л., 1987, – 182 с.
  28. Фуллер Торри Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. - С-Пб., 1996. – 448 с.
  29. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. – М., 1997, 1056 с.



*Учебное издание*

Тимур Сергеевич Петренко  
Константин Юрьевич Ретюнский  
Сергей Иванович Ворошилин  
Сергей Иванович Богданов  
Анатолий Алексеевич Прокопьев

**ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

*Учебно-методическое пособие*

ISBN 978-5-89895-853-4

*Редактор Е. Бортникова  
Дизайн, верстка И. Дзигунова*

Издательство УГМУ:  
620028, г. Екатеринбург,  
ул. Репина, 3, каб. 310  
Тел.: (343) 214-85-65  
E-mail: [pressa@usma.ru](mailto:pressa@usma.ru)