

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології,
наркології та сексології

Затверджено на методичній нараді кафедри
психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології
Зав.кафедри д.мед.н., професор В.В.Чугунов

“ _____ ” _____ 2015 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

до самостійного заняття по темі «Психологія та патопсихологія афекторно-
вольової сфери» для студентів 4 курсу медичного факультету
(спеціальність «Стоматологія»)

Запоріжжя – 2015 рік

1.1. Студент повинен знати:

- Методи психіатричного дослідження хворих. Додаткові діагностичні методики, трактовку їх результатів.
- Визначення гіперестезії, гіпостезії та алгезії. Клінічну характеристику сенестопатій. Особливості сенестопатій щелепно-лицьової ділянки в практиці лікаря-стоматолога.
- Диференційну діагностику простих і складних галюцинацій. Класифікацію галюцинацій за аналізаторами. Диференційну діагностику між справжніми і псевдогалюцинаціями. Етіопатогенетичну класифікацію галюцинацій.
- Поняття галюцинозу, його клінічні прояви та диференційно-діагностичні межі. Розлади сенсорного синтезу. Визначення поняття "деперсоналізація". Клінічні особливості порушення "схеми тіла". Клінічну характеристику дереалізації. Розлади відчуття і сприйняття в практиці лікаря-стоматолога.
- Стенічні і астенічні емоції. Патологічне підвищення настрою. Визначення манії і ейфорії. Різновиди манії. Пригнічення настрою. Клінічні ознаки депресії. Поняття ендогенної та вітальної депресії. Їх клінічні ознаки. Клінічну характеристику психогенних депресій. Психопатологічні синдроми з депресивним компонентом.
- Поняття про вольову діяльність та потяги. Етапи вольового процесу, їх характеристика. Інстинкти і їх розлади. Розлади харчових інстинктів. Розлади інстинкту самозбереження. Розлади статевого інстинкту.
- Клінічну характеристику кататонічного збудження. Клінічну характеристику маніакального збудження. Клінічну характеристику гебефренічного збудження. Клінічні ознаки кататонічного ступору. Клінічні ознаки депресивного ступору. Імпульсивні дії, їх характеристика та клінічні особливості.

1.2 Студент повинен уміти:

- Виявляти симптоми та синдроми психічних захворювань під час спілкування з хворим.

- Кваліфікувати їх характер та можливу динаміку.
- Правильно описувати психічний стан хворого в медичній документації.
- Проводити диференційну діагностику симптомів та синдромів.
- Надавати медичну допомогу при невідкладних станах.

II. Зміст самостійної роботи:

Загальна психопатологія. Розлади відчуття, сприйняття та пам'яті.

Загальна психопатологія. Розлади мислення, мови та інтелекту.

Загальна психопатологія. Порушення емоцій, потягів, вольової сфери.

Синдроми порушення свідомості.

Основні психопатологічні синдроми.

Загальна характеристика

Жодна з клінічних дисциплін не використовує у своїй практиці такої кількості найменувань для характеристики патологічних розладів, як психіатрія. Це пов'язане з тим, що її становлення базувалось переважно не на загальномедичних критеріях, які передбачають, що кожна хвороба повинна мати свої відмінні від інших етіологію, патогенез та патоморфологічні дані, а за рахунок емпіричного описання різних патологічних синдромів.

Практично всі відомі психіатри XIX - початку XX століть, особливо французькі та німецькі, потрапили до історії медицини давши своє ім'я тому чи іншому психопатологічному феномену. У пошуках універсальної теорії, яка могла б узгодити чисельні симптоми і синдроми, психіатри звертались за допомогою до досліджень французьких матеріалістів XVII століття, еволюційної теорії Ч. Дарвіна, патоморфологічних пошуків школи Вірхова, відкриттів І.М. Сеченова, І.П. Павлова та ін.

Помітну роль у формуванні уявлень про причини захворювання зіграла концепція Jackson H.J. (1864) про локалізацію функцій нервової системи. Цей автор розділив симптоми, що виникають внаслідок ураження головного мозку на негативні, або симптоми випадіння та позитивні - пов'язані із звільненням нижніх відділів мозку з-під контролю вищих.

Концепція Jackson знайшла своє відображення у дослідженнях Kraepelin E. (1920) про реєстри психопатологічних синдромів.

Він виділив невротичні, афективні, галюцинаторні, маячні, дискінетичні та енцефалопатичні розлади.

Виходячи з глибини ураження психіки французькі дослідники H. Epi та J. Rouart (1936) розробили власну шкалу, виділивши 8 груп основних синдромів: невротичні, параноїдні, онейроїдні, сенестопатичні, маніакально-меланхолічні, сплутано-ступорозні, шизофренічні та цементуючі.

Ідеї Jackson були трансформовані і розповсюджені на клінічну синдромологію А.В. Цим дослідником був сформульований принцип нозологічної специфічності психопатологічних синдромів, згідно якого по мірі прогресування патологічного процесу синдроми перетворюються з простих у складні та з малих у великі. Він наполягав на наявності досить сталого співвідношення між позитивними і негативними синдромами та нозологічними одиницями, стверджуючи, що окремо розглянутий клінічний симптом або синдром, сам по собі ні про що не свідчить, виражаючи лише "певний епізод безперервного розвитку хвороби".

Він виділяв 9 груп (кіл) позитивних і 10 груп (кіл) негативних синдромів, які розташовані один за одним виходячи зі ступеню тяжкості та наростання нозологічної специфічності. У числі перших: емоційно-гіперестетичні, афективні та невротичні розлади, вербальний галюциноз і паранояльні стани, кататонічні, галюцинаторно-параноїдні, парафренні синдроми потьмарення свідомості, парамнезії, судомні та психоорганічні синдроми. У числі других: виснажуваність психічної діяльності, суб'єктивно усвідомлена зміненість, об'єктивно визначена зміненість, дисгармонія особистості, падіння

енергетичного потенціалу, зниження рівня особистості, амнестичні розлади, тотальна недоумкуватість і психічний маразм.

Варто зазначити, що на сьогодні будь-яка класифікація психічних симптомів не відповідає повною мірою різноманітності існуючих у психіатрії понять, даючи лише загальне уявлення про їх властивості.

Розлади відчуттів та сприйняття

Всю інформацію із зовнішнього та внутрішнього середовища людина отримує за допомогою процесів сприйняття і відчуття.

Це - початковий етап, перший ступінь пізнавальної діяльності людини, чуттєвого пізнавання оточуючої дійсності .

Відчуття - це відображення окремих властивостей предметів і явищ матеріального світу, що безпосередньо впливають на органи відчуттів. Це, філо- і онтогенетично, одна з найбільш ранніх функцій.

Сприйняття - відображення цілісного образу предметів і явищ оточуючого світу, що діють на організм через відчуття.

Це активний процес аналізу і синтезу відчуттів шляхом співставлення їх з попереднім досвідом. Наприклад, сприйняття дощу через відчуття вологи і холоду. Невід'ємною умовою нормального сприйняття виступають механізми пам'яті.

Розлади відчуття

Гіперестезія - підвищення інтенсивності відчуттів. Звичайні подразники - світло, звуки, запахи, дотики здаються надмірно інтенсивними.

Гіпестезія - підвищення порогу чутливості до подразників. Оточуючі предмети втрачають яскравість і чіткість, стають одноманітними, невизначеними. У звуках зникає сила і виразність, у кольорах відтінки.

Анестезія - повна втрата відчуттів, що може виникати як в окремих рецепторах, так і в декількох одразу (глухота і сліпота одночасно). Алгезія - втрата відчуття болю.

Парестезії - відчуття неіснуючого подразника. Наприклад “повзання мурашок по шкірі” при нервовому перенапруженні.

Сінестезії - явища підміни рецептора, які полягають у тому, що зовнішній подразник, який адресований одному аналізатору, викликає одночасно відповідь з іншого або одразу декількох (запахи, звуки фарби "зливаються в одне").

Сінестезії можуть виникати у творчих людей не будучи хворобливою ознакою. Наприклад, відчуття картини, як музики.

Сенестопатії - різноманітні неприємні поліморфні відчуття, що динамічно локалізуються у різних ділянках тіла, внутрішніх органах і мають невизначений (на відміну від вісцеральних галюцинацій) характер. Проявляються відчуттям жару, стягування, перевертання і т.д. Зустрічаються сенестопатії при шизофренії, депресивних станах та деяких видах інтоксикацій.

Локалізація їх у порожнині рота може дезорієнтувати лікаря-стоматолога, підштовхнувши його до неправильного діагнозу.

Розлади сприйняття

I. Порушення сенсорного синтезу (психосенсорні розлади)

Дереалізація - відчуження світосприйняття з втратою орієнтації у часі та просторі. Такі хворі скаржаться на те, що світ змінився, все навколишнє сприймають чужим, мертвим, тьмним, застиглим, неральним.

З дереалізацією пов'язують відчуття присутності в кімнаті сторонньої людини при наявності критичності до цього, зміни сприйняття плину часу (він то зупиняється, то збігає занадто швидко) та розлади аперцепції - здатності пов'язувати між собою окремі явища.

Мають багато спільного з дереалізацією симптоми, що виникають при поєднанні розладів сприйняття і пам'яті:

Deja-vu - “раніше бачене”;

Jamais vu - “ніколи не бачене”;

Deja entendu - “раніше почуте”.

В такому стані незнайомі хворим предмети чи ситуації сприймаються як давно відомі і, навпаки.

А. Ріск (1901) були описані редуплікаційні парамнезії, при яких хворий одні й тіж самі події переживав у різних варіаціях по декілька разів. Це були однакові і одночасно у чомусь відмінні події, обставини, люди.

Деперсоналізація - стан, при якому порушується усвідомлення свого психічного і фізичного “Я”, власні думки і дії сприймаються відчуженими від особистості.

Як правило, деперсоналізація розвивається на фоні тих або інших дереалізаційних розладів. Вона може супроводжуватися розладом самоусвідомлення і зміною самооцінки, навіть до повної втрати відчуття власного “Я” і його єдності.

У деяких випадках, в силу відчуженості власних вчинків, думок, почуттів, що сприймається хворими як наслідок якихось сторонніх впливів, мова йде про маячну деперсоналізацію.

Метаморфозії - порушення зорового сприйняття форми, величини і пропорцій предметів. Їх впізнають (на відміну від ілюзій), але сприймають спотворено. Розрізняють:

- макропсії - предмети стають величезними;
- мікропсії - неприродно зменшеними;
- дисмегалопсії - перекручуються у різних напрямках навколо осі;
- порропсії - втрату відчуття перспективи.

Порушення “схеми тіла” - сприйняття свого тіла, як зміненого. Хворому здається, що він став набагато важчим або легшим, зменшився або збільшився, змістилися окремі його частини. Наприклад, голова відокремилась від тулуба, надзвичайно збільшилась або зменшилась.

Агнозія - повна “душевна сліпота”, неможливість впізнати та пояснити значення сенсорних відчуттів.

II. Ілюзії.

Ілюзія - хибне сприйняття реально існуючого об'єкту.

За органами відчуттів розрізняють: зорові, слухові, нюхові тактильні та смакові ілюзії, а також ілюзії загального відчуття (становища у просторі).

Частіше за все виділяють такі типи ілюзій: фізичні, фізіологічні, афективні, вербальні та парейдолічні.

Фізичні ілюзії - викликані фізичними властивостями предмету. Наприклад, північне сяйво чи міраж в пустелі.

Фізіологічні ілюзії - їх поява може бути пов'язана з особливостями роботи аналізаторів. Наприклад, при раптовій зупинці потягу здається, що оточуючі предмети ще рухаються. Іноді у психічно хворих можуть виникати думки про спеціальне значення таких явищ.

Ілюзії вербальні - перекручене, хибне сприйняття змісту реальної розмови оточуючих. При цьому питання одного із сторонніх співрозмовників, а також відповіді іншого сприймаються хворим як зовсім інші. У цих розмовах хворому чуються принизливі та образливі зауваження на його адресу, погрози розправи, що викликають у нього страх та тривогу.

Ілюзії афективні - ілюзії, які виникають у стані напруженого чекання, страху, тривожно-пригніченого настрою. При подібних обставинах замість стетоскопу в руках лікаря хворий може побачити ніж чи пістолет, а у шумі вітру дихання настигаючих його переслідувачів.

Ілюзії парейдолічні - спотворене сприйняття, при якому хворий дивлячись, наприклад, на шпалери, килими, ліплення на стелі чи тріщини на стіні сприймає їх як яскраві динамічно мінливі картини, на яких змінюють одне одного фантастичні пейзажі, чудовиська, казкові герої тощо. Такі ілюзії переважно виникають в ініціальних стадіях гострих психозів.

В літературі описана також ілюзія установки, яка виникає при багатократному порівнянні пар предметів. В результаті їхня вага сприймається то більш легкою, то більш важкою в залежності від того у якій послідовності вони чергуються.

Ілюзії слід відрізняти від інтелектуальних висновків (наприклад, гарно оброблене ювеліром скло сприймається як діамант) і функціональних галюцинацій (див. нижче).

III. Галюцинації

Галюцинації - несправжнє, уявне сприйняття неіснуючих подразників.

Існує декілька класифікацій галюцинацій за різними ознаками.

За ступенем складності

Прості (елементарні) - до них належать:

- акозми - елементарні слухові галюцинації (шум, тріск);
- фотопсії - елементарні зорові галюцинації (спалахи, п'ятна).

Складні - галюцинації з певним змістом, наприклад, музика; Комбіновані - в яких один об'єкт сприймається декількома аналізаторами.

За аналізаторами

Зорові (оптичні) - сприйняття неіснуючих зорових образів:

- аделоморфні - нечіткі розмиті зорові образи;
- мікро- та макроскопічні зменшені чи збільшені;
- поліоптичні - чисельні однакові зорові образи;
- аутокопічні галюцинації - хворий бачить поряд з собою власного двійника;
- негативні аутокопічні - хворий не бачить себе у дзеркалі;
- геміаноскопічні - виникають в одній половині поля зору.

Слухові (вербальні) - сприйняття акустичних образів, голосів, яких насправді не існує. Голоси можуть бути:

- коментуючими - коментують вчинки хворого;
- імперативними - наказовими, що особливо небезпечно;
- контрастуючими (антагоністичними) - діалог голосів, які ведуть суперечку.

Зазвичай частина голосів при цьому засуджує хворого, а частина виправдовує;

- нейтральними - їх зміст не стосується особи хворого.

Тактильні - відчуття повзання по шкірі або під шкірою якихось істот. До їх числа належать генітальні галюцинації Маніана - хворі відчувають, що їх статевими органами хтось маніпулює, робить непристойні дії тощо.

Нюхові - сприйняття уявних запахів різної інтенсивності і відтінків. Переважно, вони мають неприємний відразливий характер - трупний запах, гниття, запах сірководню.

Смакові - їжа набуває невластивих їй смакових властивостей. Як і при нюхових галюцинаціях, йдеться про відразливі відчуття, які викликають відмову від вживання їжі.

Нюхові та смакові галюцинації є ознакою несприятливого прогнозу при шизофренії.

Вісцеральні - хворий стверджує, що всередині його тіла, частіше за все в животі, знаходяться живі істоти - жаби, змії. Вони можуть "пересуватись, повзати" і т.д., викликаючи вкрай неприємні відчуття.

За повнотою розвитку

Істинні галюцинації сприймаються як реальність і мають зовнішню проекцію, виразність та конкретність. Справжні галюцинації частіше виникають при екзогенних психічних захворюваннях.

Псевдогалюцинації переважно супроводжують ендогенні психічні захворювання, характеризуються відсутністю екстрапроєкції галюцинаторного образу (наприклад, голос, що чується в голові "внутрішнім вухом", образ, що бачиться "внутрішнім оком") і наділені не стільки тілесністю, скільки образністю, тобто мають суб'єктивний характер.

Диференційна діагностика істинних та псевдогалюцинацій надзвичайно важлива в психіатричній практиці і проводиться за декількома основними ознаками:

1. Критерій проєкції. Справжні мають зовнішню, а псевдогалюцинації внутрішню проєкцію в межах чуттєвого горизонту.

2. Критерій об'єктивної реальності і чуттєвої яскравості. Справжні галюцинації мають для хворого всі ознаки реального сприйняття і трактуються, як існуючі насправді.
3. Критерій зробленості. Справжні, на відміну від псевдогалюцинацій не переживаються як навіяні, "зроблені" кимось.
4. Критерій актуальності поведінки. При псевдогалюцинаціях поведінка хворих не завжди відповідає їх змістові, є певні елементи розуміння хворобливості свого стану.
5. Критерій соціальної впевненості. При справжніх галюцинаціях хворі впевнені, що люди, які знаходяться поряд, відчують ті самі переживання.
6. Критерій спрямованості на фізичне і психічне "Я". Справжні галюцинації спрямовані переважно на фізичне "Я", а псевдогалюцинації - на психічне "Я" особи.
7. Критерій залежності від часу доби. Істинні галюцинації, як правило, посилюються надвечір, а псевдогалюцинації не мають добових коливань.

За етіопатогенезом

Афектогенні - виникають одразу після психотравми і відображають її зміст.

Домінантні - виникають через поступове посилення психотравмуючої ситуації, коли певні думки на фоні потужного афекту стають домінантними. Наприклад, при афективному психозі хворий може чути голоси, які під час депресивної фази засуджують його, а під час маніакальної - всіляко звеличують.

Рефлекторні - виникають разом з реальним подразником, але сприймаються в іншому аналізаторі і зникають після припинення дії подразника. Наприклад, хворий під музику бачить сяйво.

Функціональні - реальний і галюциаторний образи локалізуються в одному аналізаторі (під перестук колес хворий чує голос).

Викликані - симптом Ліпмана - у хворого надавлюванням на очні яблука можна викликати зорові галюцинації.

Навіяні - симптом Рейхарта - хворий бачить на чистому аркуші паперу малюнки, читає текст.

Особливі види галюцинацій

Гіпнагогічні - галюцинації, що виникають при засинанні.

Гіпнопомпичні - галюцинації, що спостерігаються при пробудженні.

Галюцинації типу Шарля Боне - виникають в органах відчуттів, на які впливає патологічний процес. Сліпий бачить; глухий чує і т.д..

Екстракампінні - галюцинаторний образ виникає за межами поля зору. Наприклад, хворий твердить, що за його спиною стоїть демон.

Галюциноз - психопатологічний стан, що характеризується постійною наявністю тих, чи інших галюцинацій, частіше - слухових, при збереженні критичного ставлення до них. Галюцинози спостерігаються при алкоголізмі, шизофренії, епілепсії, органічних ураженнях головного мозку.

Педункулярний галюциноз - описаний Lhermitte J., виникає при ураженні середнього мозку в ділянці мозкових ніжок і 4-го шлуночку. При цьому, як правило, надвечір виникають рухливі мікроптичні галюцинації.

Галюциноз Plaut (1913) - один з проявів сифілісу головного мозку, характеризується слуховими галюцинаціями, які супроводжуються критичним ставленням до них з боку хворого.

III. Рекомендована література.:

Основна:

1. Психіатрія /За ред. О.К.Напрієнка.- К., 2003
2. Психіатрія (клініко-діагностичні алгоритми): Навчально-методичний посібник/ За ред. проф. Л.М. Юр'євої.-Д.:АРТ-ПРЕС, 2002.-168с.
3. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство для врачей и студентов. - М.:ТОО «Техлит», 1997.-496с.
4. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике.- СПб.,1999.-518с.
5. Клиническая психиатрия/ Под ред. Н.Е.Бачерикова.-К.: Здоров'я,1989-512с.
6. Руководство по психиатрии /Под ред А.В.Снежневского.-В 2-х томах.- М.:Медицина, 1983.
7. Руководство по психиатрии /Под ред. А.С.Тиганова.- В 2-х томах- М.: Медицина,1999г.
8. Руководство по психиатрии /Под ред. Г.В.Морозова.- В 2-х томах._М.: Медицина,1988

Додаткова

1. Каннабих Ю.В., «История психиатрии», Москва ,1923
2. Блейлер Э., «Руководство по психиатрии» ,изд-во «Врач» ,Берлин ,1920
3. Гиляровский В.А., «Учение о галлюцинациях», БИНОМ ,Москва ,2003
4. Крепелин Э., «Введение в психиатрическую клинику», БИНОМ, Москва, 2004
5. Корсаков С.С., «Общая психопатология», БИНОМ,Москва ,2004
6. Суханов С.А., «Семиотика и диагностика душевных болезней» товарищество типографии А.И. Мамонтова, Москва ,1905
7. Снежневский А.В., «Общая психопатология», МЕДпресс-информ Москва, 2001

8. Ганнушкин П.Б., «Клиника психопатий», изд-во НГМА ,Нижний Новгород, 2000
9. Гаррабе Ж., «История шизофрении», Москва – Санкт-Петербург, 2000
- 10.Аммон Г., «Динамическая психиатрия», Санкт-Петербург, 1996
- 11.Крафт-Эбинг Р., «Половая психопатия», изд-во «республика», Москва 1996
- 12.Случевский И.Ф., «Психиатрия», медгиз, ленинградское отделение,1957
- 13.«Шизофрения, мультидисциплинарное исследование», под ред. А.В. Снежневского, «медицина», Москва ,1972
- 14.Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В., «Психиатрия», «Медицина», Москва ,1968
- 15.Семке В.Я., «Истерические состояния», «медицина», Москва ,1988
- 16.Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., «Клиническая психиатрия» в 2-х томах,«медицина», Москва ,2002
- 17.Святощ А.М., «Неврозы и их лечение», медгиз, Москва, 1959
- 18.Бамдас Б.С., «Астенические состояния», медгиз, Москва, 1961
- 19.Кемпински А., «Меланхолия», наука, Санкт-Петербург, 2002
- 20.Кемпински А., «Экзистенциальная психиатрия», СПб изд-во «совершенство», 1998
- 21.Авруцкий Г.П., Недува А.А., «Лечение психически больных» М, «медицина», 1988
- 22.Нуллер Ю.Л.. «Депрессия и деперсонализация». 1981
- 23.Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. ,«Аффективные психозы» ,1988
- 24.Пападопулос Т.Ф., «Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика)». М., Медицина, 1975
- 25.Шнайдер К., «Клиническая психопатология», М.,«сфера», 1999
- 26.Принципы и практика психофармакотерапии: Пер. с англ. С.А. Малярова / Ф.Дж. Яничак, Дж.М. Дэвис, Ш.Х. Прескорн, Ф.Дж. Айд мл. – К.: Ника-Центр, 1999 – 728 с.

27. «Лечебная физическая культура в психиатрической больнице»
В.И.Запускалов, С.А.Каспарова и др. (под. ред. И.З.Копшицер) М
Медицина 1965
- 28.Гиляровский В.А. «Психиатрия» 1954
- 29.Кречмер Э. «Об истерии» СПб 2002
- 30.Кречмер Э. «Строение тела и характер»
- 31.Личко А.Е. «Психопатии и акцентуации характера у подростков»
- 32.Леонгардт К. «Акцентуированные личности»
- 33.Зейгарник Б.В. «Патопсихология» 1986
- 34.Ясперс К. «Общая психопатология» М. «Практика» 1999
- 35.Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии в 2-х томах СПб изд-во
«Белый кролик» 1996
- 36.Юнг К.Г. Работы по психиатрии СПб изд-во «Академический проект»
2000
- 37.Блейхер В.М. «Расстройства мышления» 1983
- 38.Кандинский В.Х. «О псевдогаллюцинациях»
- 39.Осипов В.П. «Курс общего учения о душевных болезнях,
государственное изд-во РСФСР ,Берлин ,1923

4. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою:

№	Основні завдання	Вказівки/питання
1.	Етіологія	Назвати основні етіологічні і патогенетичні фактори
2.	Клініка	Назвати основні клінічні синдроми
3.	Діагностика	Дати перелік методів, які використовують для

		діагностики, знати їх суть
4.	Диференційна діагностика	Заповнити таблицю для диференційного діагнозу
5.	Лікування	Скласти типові схеми лікування