

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ ПО ТЕМЕ: «Пограничные состояния. Классификация. Тактика ведения».

Цель: Усвоить современную классификацию пограничных расстройств. Освоить вопросы терапии при пограничных расстройствах и роль врача ОВП.

Задачи: расширить и закрепить знания об особенностях пациента с пограничным расстройством.

Ординатор должен знать:

1. Определение понятия “пограничное расстройство”
2. Классификация пограничных расстройств
3. Причины и распространённость пограничных расстройств
4. Особенности личности при пограничных расстройствах

Диагностические критерии пограничного расстройства личности

Возможные признаки пограничного расстройства личности

Когнитивные особенности личности при пограничных расстройствах

5. Основные виды терапии пограничных психических расстройств

Ординатор должен уметь:

должен уметь определить тактику ведения больного, необходимость привлечения психиатра для наблюдения и лечения и дать грамотный совет членам семьи для оптимизации внутрисемейных отношений

Ординатор должен иметь представление:

Об особенностях личности при пограничных расстройствах.

Ординатор должен владеть навыками:

Сбора анамнеза у пациента с подозрением на психические нарушения.

Учебно-тематический план:

Клиническое практическое занятие- 1 час

Всего- 1 час

Структура семинара

I. Подготовительный этап:

Основные понятия и положения темы:

... пограничная психиатрия - область несравненно более тонкая и сложная, требующая гораздо большего опыта, навыков и знаний, чем психиатрия большая (П.Б. Ганнушкин)

1. Введение. Определение понятия “пограничное расстройство”

К числу наиболее быстро развивающихся в последние годы областей клинической и социальной медицины относится пограничная психиатрия. Это связано не только с

тенденцией к интеграции психиатрии в общую медицину и психологию, но и с рядом объективных реальностей современной жизни, приводящих к психоэмоциональному перенапряжению людей, что требует дальнейшего совершенствования оценок психопатологических проявлений. Пластичность психики зачастую оказывается недостаточной для быстрого и адекватного приспособления к меняющимся условиям окружающей среды.

Тот факт, что увеличение числа лиц с невротическими и психосоматическими нарушениями наблюдается прежде всего в развитых странах, вероятно, объясняется не только улучшением выявляемости нарушений психической деятельности, но и комплексом факторов, способствующих их истинному росту. Заболевания невротического круга, как правило, поражают лиц трудоспособного возраста и зачастую оказываются причинами значительного снижения качества жизни больных, а также длительной и рецидивирующей нетрудоспособности .

Понятие о пограничных психических расстройствах используется для обозначения **нерезко выраженных нарушений, граничащих с состоянием здоровья и отделяющих его от собственно патологических психических проявлений, сопровождающихся значительными отклонениями от нормы.** Расстройства данной группы нарушают лишь определенные сферы психической деятельности. В их возникновении и течении значительную роль играют социальные факторы, что с определенной долей условности позволяет характеризовать их как **срыв психической адаптации.** В группу пограничных психических расстройств не включают невротические и неврозоподобные симптомокомплексы, сопутствующие психотическим (шизофрения и др.), соматическим и неврологическим заболеваниям .

Пограничная личностная организация присуща индивидам, у которых явно нестабильное поведение противоречит их внешне более стабильной структуре характера. Лица с таким диагнозом ведут хаотическую жизнь, они тяжело переносят одиночество, импульсивны, заняты собой и не способны к самоанализу. Они не могут четко отделять себя от других и используют других, чтобы избавиться от неприятных чувств или удовлетворить желание чувствовать себя благополучными. Они также позволяют использовать себя другими. Результатом является, как правило, не успех, а постоянная фрустрация, сопровождающаяся злостью и отчаянием. Пограничные индивиды широко используют защитные механизмы проекции и интроекции и проявляют чувства и установки враждебности и отвержения. Иногда у них возникают психотические симптомы – паранойяльные и бредовые. Этим больным недостает интеграции личности, они часто говорят и действуют, противоречиво.

2. Классификация пограничных расстройств

К пограничным психическим расстройствам согласно принятой на сегодняшний день классификацией могут быть отнесены:

1. Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F-06):
2. Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F-3):
3. Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F-4):
4. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F-5):
5. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F-6).

Пограничные состояния составляют группу достаточно специфических психопатологических проявлений, объединяемых схожестью тенденций развития синдромагенеза.

Пограничные состояния объединяют группу расстройств, характеризуемых главным образом преобладанием проявлений так называемого невротического уровня нарушений психической деятельности .

3. Причины и распространённость пограничных расстройств

Согласно Е.Т.Соколовой в формировании пограничной личностной структуры наиболее значимая роль отводится неблагоприятным семейным условиям. Патогенным семейным условиям придается столь важное значение, что они попадают в качестве важного основания в само определение пограничной личности. Пограничная личностная структура определяется Е.Т. Соколовой как сложившийся в патогенных семейных условиях ригидный паттерн (стиль) интра- и интерпсихических связей, системообразующие радикалы которого – психологическая недифференцированность и зависимость – характеризуют три взаимосвязанных составляющих его структуры: образ Я, стратегии саморегуляции и коммуникации.

Другие исследователи также разделяют точку зрения Соколовой. Так, М.Стоун пишет, что пограничным расстройством личности страдают, как правило, те пациенты, импульсивность и повышенная раздражительность которых явились реакцией на травму, перенесенную в детстве, в частности, на инцест. Причём, женщины становятся жертвами инцеста чаще, чем мужчины, и в связи с этим число женщин, страдающих пограничным расстройством личности, превышает количество мужчин с аналогичным расстройством в

два раза, а в некоторых случаях - в 5-6 раз (Stone, 1989; Zanarini, 1990; Paris, 1993). Еще одним фактором, обуславливающим половую диспропорцию среди пациентов с пограничным расстройством личности, является большая предрасположенность женщин к депрессиям. Под влиянием депрессивных состояний в сочетании с повышенной раздражительностью тоже может возникать клиническая картина пограничного расстройства личности. Например, согласно результатам длительного катамнестического исследования, проведенного в Нью-Йоркском государственном психиатрическом институте, у многих пациенток, страдавших пограничным расстройством личности и не являвшихся жертвами инцеста, наблюдались выраженные депрессии, а в их семьях постоянно передавались по наследству различные заболевания маниакально-депрессивного характера (Stone, 1990). В других группах пациентов с пограничным расстройством личности основными факторами, влиявшими на формирование патологии, являлись предрасположенность к расстройству внимания в сочетании с гиперактивностью, склонность "эпизодически" терять контроль над собой, которая чаще наблюдалась у юношей, или аффективные расстройства, включая маниакальную депрессию .

Об истинной распространенности психических расстройств невротического круга с точностью судить трудно (показатели обычно занижены), поскольку эти больные нередко выпадают из поля зрения психиатров (обращаются к целителям, экстрасенсам или, в лучшем случае, к врачам общей практики). Тем не менее в последние годы прослеживается отчетливая тенденция роста удельного веса пограничных психических расстройств в структуре заболеваемости населения. По данным различных авторов, показатели распространенности невротических расстройств среди мужчин составляют от 2 до 76 на 1000 населения, среди женщин – от 4 до 167 на 1000.

Соотношение мужчин и женщин в заболеваемости пограничными психическими расстройствами составляет примерно 1:4. Это является следствием не только относительно низкой распространенности заболеваемости среди мужчин, но и малой обращаемости последних за психиатрической помощью. Испытывая стыд за такие нелепые, с их точки зрения, мысли или из опасения быть отнесенными в разряд психически больных, некоторые пациенты на протяжении ряда лет с помощью выработанных индивидуальных систем "защитных мероприятий" обычно продолжают привычное социальное функционирование и, несмотря на значительное усложнение жизни, упорно избегают психиатров.

4. Особенности личности при пограничных расстройствах

Пограничные формы психических расстройств условно объединяются в одну группу болезненных нарушений на основе признаков, включающих достаточно характерные проявления. Их обнаружение позволяет проводить дифференциацию пограничных состояний как с основными «непограничными» патологическими проявлениями, так и с состоянием психического здоровья.

К числу наиболее общих нарушений, характерных для пограничных состояний, относятся следующие.

- Преобладание невротического уровня психопатологических проявлений на всем протяжении заболевания.

- Взаимосвязь собственно психических расстройств с вегетативными дисфункциями, нарушениями ночного сна и соматическими проявлениями.

- Ведущая роль психогенных факторов в возникновении и декомпенсации болезненных нарушений.

- Наличие в большинстве случаев «органической predisпозиции» (минимальных неврологических дисфункций мозговых систем), способствующих развитию и декомпенсации болезненных проявлений.

- Взаимосвязь болезненных расстройств с личностно-типологическими особенностями больного.

- Сохранение больными критического отношения к своему состоянию.

Наряду с этим пограничные состояния характеризуются отсутствием:

- психотической симптоматики, определяющей психопатологическую структуру болезненного состояния;

- прогрессирующего нарастающего слабоумия;

- личностных изменений, типичных для эндогенных психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия и др.).

Пограничные психические нарушения могут возникать остро или развиваться постепенно, их течение может носить разный характер и ограничиваться кратковременной реакцией, относительно продолжительным состоянием, хроническим течением.

С учетом этого, а также на основе анализа причин возникновения в клинической практике выделяют различные формы и варианты пограничных состояний. При этом используют разные принципы и подходы — нозологическую, синдромальную, симптоматическую оценку, а также анализ течения пограничного состояния, его «остроты», «хроничности», динамической взаимосвязи различных клинических проявлений.

Симптоматические проявления пограничных расстройств:

1. переживание пустоты и скуки (хроническое);
2. аффективная (эмоциональная) нестабильность – частые перепады настроения;
3. повторяющиеся суицидальные попытки;
4. хроническое самоповреждающее поведение;
5. хроническое заедание стресса;
6. отсутствие контроля за гневом;
7. невыносимость личностного одиночества;
8. нестабильность самоотношения: то сверхидеализация, то полное уничтожение себя.

Пациенты, страдающие ПЛР, часто жалуются на то, что они хронически чувствуют скуку или пустоту. Когда они подавлены, встревожены или раздражены, а они чувствуют эти эмоции очень ярко, у них создается впечатление, что они находятся под нападением внешних врагов и намекают на то, что они никчемны, злы или оказались в смертельной опасности. Тоже касается и их, так называемых импульсов заботиться о себе, это тоже кажется нападением из вне. Пациенты с пограничными расстройствами хронически находятся в состоянии подавленной ярости и сильно боятся своих «импульсов» нападать на других и себя и это угрожает всей их личностной идентификации.

Для большинства пациентов с пограничным расстройством личности характерны повышенная агрессивность, склонность к демонстративным суицидальным действиям, а также импульсивность в общении с окружающими, в особенности, с близкими людьми. Тем не менее, даже при отсутствии этих признаков, состояние пациента может соответствовать диагностическим критериям пограничной организации личности, хотя для большинства пациентов характерен полный набор упомянутых признаков.

При пограничных расстройствах личности наиболее часто встречаются определённые защитные механизмы. Они примитивные, тяжелое наследие тяжелого детства. Эмоциональное развитие ребенка останавливается, он никогда не приобретает механизмов высокого уровня, например рационализация и т.д.

1. Сверхидеализация. Например, влюбленность в учителя, в профессора. Рано или поздно объект допускает промах – происходит прозрение.

2. Обесценивание – основано на снижении ценности той цели, которая была ранее значима для субъекта; при этом неприятные переживания от неудачи уменьшаются.

3. Проективная идентификация (человек приписывает другому свои мысли и т.д.). «Они все меня терпеть не могут» – проекция, на самом деле «я их терпеть не могу». Чаще всего проецируются негативные чувства.

Использование примитивных защит является яркой чертой характера людей с пограничной организацией личности, и поскольку они полагаются на такие архаичные и глобальные операции, как всемогущий контроль, отрицание, проективная идентификация и расщепление, то, когда они регрессируют, их бывает трудно отличить от психотиков. Важным различием между пограничным и психотическим типом людей в сфере защит является следующее: когда терапевт даёт пограничному пациенту интерпретацию примитивной формы ощущений, тот обнаруживает некоторую временную способность реагировать. Если терапевт делает аналогичную интерпретацию с психотически организованным человеком, тот станет ещё более спокойным. Они способны использовать защитные механизмы высокого уровня лишь какое-то время, до первого стресса.

Кроме того, пограничные пациенты и похожи, и отличаются от психотиков в сфере интеграции идентичности. Их ощущение собственного «Я», вероятнее всего, полно противоречий и разрывов. Когда их просят описать собственную Личность, они подобно психотикам испытывают затруднения. В отличие от психотических пациентов они никогда не отвечают конкретно или до эксцентричности поверхностно, но всегда стремятся отвести интерес терапевта от сложной природы их Личности. Они не до конца уверены в том, кто они.

Тестирование реальности не нарушено, но есть периоды. Когда с пограничными пациентами правильно беседуют, они демонстрируют понимание реальности, сколь бы сумасшедшими или кричащими ни казались их симптомы. Диссоциация-Я не понимаю, что со мной происходит в какой-то момент. Параноидные эпизоды – ревность.

Диагностические критерии пограничного расстройства личности

Для пограничного состояния свойственны выраженная нестабильность межличностных отношений, образа Я, эмоциональная неустойчивость, а также выраженная импульсивность. Все признаки расстройства возникают в молодом возрасте и проявляются во многих ситуациях. Для диагностики необходимо наличие пяти (или более) из следующих признаков:

1) склонность прилагать чрезмерные усилия с целью избежать реальной или воображаемой участи быть покинутым;

2) склонность вовлекаться в интенсивные, напряженные и нестабильные взаимоотношения, характеризующиеся чередованием крайностей – идеализации и обесценивания;

3) расстройство идентичности: заметная и стойкая неустойчивость образа или чувства Я;

4) импульсивность, проявляющаяся как минимум в двух сферах, которые предполагают причинение себе вреда (например, трата денег, сексуальное поведение, злоупотребление психоактивными веществами, нарушение правил дорожного движения, чрезмерное переедание);

5) рецидивирующее суицидальное поведение, намеки или угрозы самоубийства, акты самоповреждения;

6) аффективная неустойчивость, очень переменчивое настроение (например, периоды интенсивной дисфории, раздражительности или тревоги, обычно продолжающиеся в течение нескольких часов и лишь изредка несколько дней и больше);

7) постоянно испытываемое чувство опустошенности;

8) неадекватные проявления сильного гнева или трудности, связанные с необходимостью контролировать чувство гнева (например, частые случаи проявления раздражительности, постоянный гнев, повторяющиеся драки);

9) преходящие вызываемые стрессом параноидные идеи или выраженные диссоциативные симптомы.

(Американская психиатрическая ассоциация, 1994: с. 654)

Пограничные люди не всегда находятся в беспокойном состоянии и могут испытывать длительные периоды стабильности, но во время кризиса они обычно приходят на психотерапию и имеют сложную и несколько хаотичную клиническую картину. Кроме того, у них часто проявляются другие проблемы, такие как общее тревожное расстройство, паническое расстройство, состояния психогенной фуги, большая депрессия, некоторые расстройства личности (Millon, 1981).

Так как никакие из свойств или паттернов характеристик не присутствуют постоянно, и изменчивость – один из признаков пограничного расстройства личности, оценка и диагноз этого расстройства более сложны по сравнению со многими другими диагностическими категориями. Исследования с применением традиционных психологических тестов до настоящего времени свидетельствуют о том, что пограничные клиенты часто имеют высокие показатели по «невротическим» и «психотическим» шкалам Миннесотского многофазного личностного опросника (*MMPI*), особенно по шкалам 2 (депрессия), 4 (психопатическое отклонение), 6 (паранойя), 7 (психастения), и 8

(шизофрения) (Widiger, Sanderson, & Warner, 1986). Эмпирические исследования также подтвердили гипотезу о том, что пограничные клиенты имеют тенденцию хорошо выполнять структурированные тесты типа шкалы Векслера для определения интеллекта взрослых (*WAIS*), но плохо выполняют неструктурированные проективные тесты, обнаруживая при этом признаки расстройства мышления.

Возможные признаки пограничного расстройства личности

При предъявлении проблем и симптомов:

- 1) разнообразный набор проблем и симптомов, которые могут меняться каждую неделю;
- 2) необычные симптомы или необычные комбинации симптомов;
- 3) интенсивные эмоциональные реакции, которые непропорциональны ситуации;
- 4) саморазрушительное поведение и склонность наказывать себя;
- 5) импульсивное, плохо спланированное поведение, которое позже признается как глупое, «сумасшедшее» или контрпродуктивное;
- 6) кратковременные проявления психотических симптомов, которые удовлетворяют критериям реактивного психоза по *DSM-IV* (что может быть ошибочно диагностировано как шизофрения);
- 7) путаница в целях, приоритетах, чувствах, сексуальной ориентации и т. д.;
- 8) чувство пустоты, возможно, локализованное в области солнечного сплетения.

В межличностных отношениях:

- 1) недостаток устойчивых близких отношений (возможно, замаскированный устойчивыми неблизкими отношениями или отношениями, которые являются устойчивыми до тех пор, пока не становится возможной полная близость);
- 2) склонность идеализировать или порочить других людей, с возможными резкими переходами от идеализации до клеветы;
- 3) тенденция не различать близость и сексуальность.

В психотерапии:

- 1) частые кризисы, частые телефонные звонки психотерапевту или требования особого подхода к планированию сессий, выработке окончательных планов и т. д.;
- 2) крайне выраженные или частые неверные истолкования высказываний, намерений или чувств психотерапевта;
- 3) необычно сильные реакции на изменение времени встреч или их места, перерывы в психотерапии или ее завершение;
- 4) повышенная чувствительность к прямому контакту глазами, физическому контакту или близкому расстоянию между собеседниками;
- 5) крайне выраженное двойственное отношение ко многим проблемам;
- 6) страх изменений или необычно сильное сопротивление изменениям.

Когнитивные особенности личности при пограничных расстройствах

При пограничных расстройствах личности свойственны следующие когнитивные особенности:

- 1) основные допущения;
- 2) дихотомическое мышление;
- 3) слабое чувство идентичности.

1. В теории Бека **основные допущения** человека играют центральную роль во влиянии на восприятие и интерпретацию событий, а также в формировании поведенческих и эмоциональных реакций. В когнитивной психотерапии с пограничными людьми часто обнаруживаются три важнейших основных допущения, и, по-видимому, они играют центральную роль в возникновении этого расстройства. Эти допущения таковы: «Мир опасен и враждебен», «Я бессилен и уязвим» и «По своей сути я неприемлем».

Очевидно, убеждение человека в том, что мир опасен, а сам он бессилен, имеет важные последствия, которые являются более серьезными, чем частные опасения. Это заставляет сделать вывод, что всегда опасно ослаблять бдительность, идти на риск, показывать слабость, ослаблять контроль над собой, попадать в ситуацию, из которой сложно выпутаться, и т. д. Это приводит, среди прочего, к хронической напряженности и тревоге, бдительности к признакам опасности, осторожности в межличностных отношениях и дискомфорту в связи с неконтролируемыми эмоциями.

Тенденция быть осторожным, избегать риска и быть предусмотрительным и настороженным, вместо того чтобы просто решать проблемы по мере их возникновения, поддерживает убеждение человека, что это поведение необходимо, и мешает ему

обнаружить, что более прямой, уверенный подход также может быть эффективным. В результате переживания такого человека имеют тенденцию поддерживать у него представление о том, что он относительно бессилён и уязвим и должен оставаться бдительным и занимать оборонительную позицию.

Некоторые рассматривают мир как опасное и враждебное место, при этом полагая, что могут рассчитывать на собственные силы и способности в борьбе с различными угрозами. Но пограничные люди считают себя слабыми и бессильными. Другие люди, полагаящие, что они неспособны эффективно отвечать на требования повседневной жизни, решают свою дилемму, становясь зависимыми от того, кого они рассматривают как способного заботиться о них (и у них формируется паттерн зависимости). Но убеждение лиц с пограничным расстройством в том, что они по своей сути неприемлемы, блокирует этот выбор, поскольку это убеждение заставляет их сделать вывод о том, что зависимость влечет за собой серьезный риск отвержения или нападения, так как может обнаружиться неприемлемость. Пограничные люди сталкиваются с дилеммой: убежденные в том, что они относительно беспомощны во враждебном мире, они вынуждены выбирать между автономией и зависимостью, не решаясь склониться ни к одному из двух вариантов.

2. Как продемонстрировал Бек (Beck, 1976; Beck et al., 1979), люди часто допускают ошибки в мышлении, которые он называет «когнитивными искажениями» и которые часто приводят к нереалистичным оценкам ситуаций. Пограничные люди могут иметь полный диапазон когнитивных искажений, но одно конкретное искажение, которое Бек обозначает как «**дихотомическое мышление**», является особенно типичным и проблематичным для них. Дихотомическое мышление — это тенденция оценивать переживания в терминах взаимно исключающих категорий (например, хороший или плохой, успех или неудача, надежный или предательский), вместо того чтобы рассматривать переживания как расположенные на континууме. Это «черно-белое» мышление ввиду отсутствия каких-либо промежуточных категорий приводит к крайним интерпретациям событий, которые обычно находятся в среднем диапазоне континуума. Крайние оценки ситуаций ведут к крайним эмоциональным реакциям и крайним действиям.

Поскольку дихотомическое мышление может продуцировать крайние эмоциональные реакции и действия, а также резкие переходы от одного крайнего настроения к другому, это в значительной степени обуславливает резкие колебания настроения и яркие изменения в поведении, что является признаком пограничного расстройства личности.

Неспособность пограничных пациентов осуществлять адаптивный контроль над крайними эмоциональными реакциями играет главную роль в их трудностях.

3. Последний фактор, который, по-видимому, играет важную роль в пограничных расстройствах, — это **слабое или непостоянное чувство идентичности**. Неразбериха с целями и приоритетами делает для этих людей трудным последовательно и эффективно достигать долгосрочных целей, особенно перед лицом резких эмоциональных изменений. Это приводит к неэффективности и слабому чувству собственной эффективности. Это в свою очередь ведет к недостатку мотивации и настойчивости и приводит еще к меньшему успеху перед лицом неприятностей. Недостаток ясного чувства себя затрудняет для пограничных личностей принятие решения о том, что делать в неоднозначных ситуациях, и приводит к низкой переносимости неопределенности. В результате этим людям трудно поставить под сомнение собственное убеждение о том, что они по сути своей неприемлемы, и сохранять ясное чувство собственной идентичности в отношениях с другими людьми, свободно выражающими свои мнения и чувства.

Основные допущения, дихотомическое мышление и слабое чувство идентичности не просто по отдельности влияют на развитие ПРЛ. Они формируют сложную систему. Эта система включает в себя множество циклов, которые имеют тенденцию увековечивать себя и которые стойки к изменению под воздействием переживаний человека.

Наиболее важным следствием любого пограничного психического расстройства является развитие у больного в той или иной мере выраженной социальной дезадаптации.

Заболевание пограничным психическим расстройством может иметь серьезные социальные последствия для больного. Так, страдающие паническим расстройством лишаются возможности пользоваться общественным транспортом или перестают справляться с обязанностями на работе и оставляют работу вообще. При декомпенсациях личностных расстройств у больных возникают затруднения в поддержании адекватных межличностных взаимоотношений, что зачастую приводит к многочисленным конфликтам, разводам. Депрессивные больные зачастую переживают суицидальные мысли, а при отсутствии адекватной терапии предпринимают суицидальные попытки.

5. Заключение. Перспективы и виды терапии пограничных психических расстройств

Проблема пограничных психических расстройств обширна и значима. Однако при своевременной постановке диагноза и назначении адекватной терапии невротическая патология достаточно хорошо поддается редукции и позволяет пациентам возвращаться к полноценной активности во всех сферах жизнедеятельности.

Непременным залогом успешности терапии пограничных психических расстройств является принцип комплексности подхода, включающего в себя наряду с полноценной фармакотерапией широкий спектр психотерапевтических, физиотерапевтических и социально-реабилитационных мероприятий. Наряду с полноценной фармакотерапией основных и сопутствующих заболеваний лечебный процесс включает целый набор отработанных, доказавших свою эффективность психотерапевтических, двигательных, физиотерапевтических и многих других методик. Применяемые в клинике методики можно условно разделить на психотерапевтические, физиологические, психологические и социотерапевтические.

1. Психотерапевтические методики – рациональная психотерапия, многоступенчатая аутогенная тренировка, гипнотерапия, психотерапевтическое опосредование и потенцирование лечебных мероприятий и пр.

2. Физиологические методики, проводимые в соответствии с иммунным и нейрогормональным статусом больных с определением суточных биоритмов:

- двигательные (дыхательная и релаксационная лечебная гимнастика, аэробика, лечебная гимнастика на тренажерах);

- физиотерапия (лечебный массаж, гидротермовоздействия, электро- и светолечение, КВЧ-терапия);

- иглорефлексотерапия, лазеротерапия;

- гипербарическая оксигенация;

- разгрузочная диетотерапия.

3. Психологические – анализ взаимоотношений, психодрама, транзактный анализ, нейролингвистическое программирование, гештальт-терапия, "эриксоновский гипноз", умственная гимнастика и др.

4. Социотерапевтические методики – культтерапия, библиотерапия, музыкотерапия, танцтерапия, арттерапия, вечера поэзии и пр.

Широкий спектр лечебно-диагностических мероприятий обеспечивает тонкое переплетение разнонаправленных воздействий, конечной целью которых является разрыв патологических стереотипов и компенсация болезненных проявлений. Тем самым достигается и успешно развивается интеграция психиатрической и общесоматической служб, создающая благоприятные условия для терапии больных невротическими расстройствами.

Экологические, ксенобиотические, социально-психологические причины в нашей стране, по существу, изменили популяционную норму социально-функциональных возможностей индивидуума. К сожалению, усилий одних медиков зачастую оказывается

недостаточно для положительных изменений. Однако сближение позиций врачей и социальных работников, создание профилактической сети, повышение уровня знаний населения в вопросах психопрофилактики и психогигиены могли бы значительно способствовать улучшению психического здоровья нации и снижению уровня заболеваемости пограничными психическими расстройствами.

Обучающиеся оформляют конспекты (тезисы, рецензии).

II. Основной этап

1. Вступительное слово ведущего семинара.
2. Выступление обучающихся.
3. Рецензирование выступлений.
4. Коллективное обсуждение.
5. Корректировка ответов.

III. Заключительный этап

1. Подведение итогов работы педагогом.
2. Ответы на вопросы.
3. Тестирование.
4. Ситуационные задачи
5. Задание для самоподготовки:
 - ознакомиться с содержанием семинарского занятия
 - изучить основную и дополнительную литературу к теме семинара

Хронокарта занятия

	На 1 час
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	2 мин
Тестирование	4 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	7 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	25 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	4 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	3 мин

Тесты

Вопрос:ПК-5

001. Классификация пограничных состояний включает

Варианты ответа:

- а) психопатии
- б) реактивные состояния и психозы
- в) неврозы
- г) все перечисленное
- д) верно а) и в)

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос:ПК-5

002. Для психопатий характерно

Варианты ответа:

- а) стойкие аномалии личности
- б) дисгармония эмоционально-волевой сферы
- в) преобладание своеобразного, преимущественно аффективного мышления
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-5

003. Для психического инфантилизма при психопатии характерно все перечисленное, кроме того, что он

Варианты ответа:

- а) носит парциальный характер
- б) выявляется в преобладающей роли незрелости мышления аффективной сферы
- в) характеризуется наличием незрелости, несамостоятельности, необходимости поддержки
- г) выявляется появлением оппозиции, псевдосамостоятельности
- д) носит тотальный характер

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос: ПК-5

004. К особенностям психопатических личностей относится все перечисленное, кроме

Варианты ответа:

- а) слабости самообладания, самоконтроля
- б) наличия аффективных колебаний
- в) тенденции к возникновению реактивных состояний при трудностях
- г) недостаточной способности приводить манеру своего поведения к меняющимся условиям внешней среды
- д) эндогенных, внешне не мотивированных сдвигов

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос: ПК-5

005. Основными характерными признаками психопатий по П.Б.Ганнушкину являются

Варианты ответа:

- а) тотальность характерологических нарушений
- б) стойкость характерологических нарушений
- в) выраженность до степени изменения социальной адаптации
- г) все перечисленные

д) ни один из перечисленных

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-5

006. Общие признаки аффективных психопатий включают

Варианты ответа:

а) синтонность, общительность

б) свободное проявление чувств

в) естественность и понятность эмоций

г) преобладание или одного фона настроения, или лабильность, неустойчивость его

д) все перечисленное

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос:ПК-5

009. Фазы при психопатиях

Варианты ответа:

а) возникают без видимой причины, аутоотонно

б) не исключена их связь с внешними влияниями, психогенными воздействиями, менструальным циклом, соматическими заболеваниями, изменениями погоды

в) стойкие фазы свидетельствуют о более глубоком (по сравнению с реактивно обусловленной декомпенсацией) нарушении

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-5

010. Возможны следующие фазы психопатий

Варианты ответа:

а) стертые

б) дистимии

в) тяжелые аффективные (депрессивные)

г) все перечисленные

д) верно б) и в)

Правильный ответ: 4(Г)

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие факторы имеют ведущее значение в формировании психической травмы. ПК-5
2. Основные принципы терапии неврозов ПК-6
3. Формы реактивного психоза ПК-5
4. Неврастении (клиническая картина, основные принципы терапии) ПК-5, ПК-6

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ПК-5,ПК-6

ЗАДАЧА 1.

Пациентка 20 лет проживает в психоневрологическом интернате. В отделении адаптирована, однако вне интерната самостоятельно жить не может. Самостоятельно питается, одевается, соблюдает основные правила гигиены, помогает в уборке отделения. Речь очень бедная, словарный запас крайне мал – несколько десятков слов. Речь косноязычная, состоит из коротких простых фраз. Читать и писать не умеет. С рождения отмечались явления гидроцефалии (во время беременности мать больной злоупотребляла алкоголем).

Перечислите психопатологические симптомы и синдромы. Установите диагноз заболевания. Определите тактику лечения больной.

ПК-5,ПК-6

ЗАДАЧА 2

Больная 76 лет находится на лечении в неврологическом отделении. В течение дня ничем не занимается, сидит на кровати, пассивно наблюдает за происходящим вокруг в палате. Благодушна. Интересы сводятся к витальным потребностям. Речь бедная, примитивная. Память на текущие события и события прошлого грубо снижена. Способность к самообслуживанию снижена – нуждается в помощи медперсонала. К своему состоянию относится без критики. В течение 30 лет страдает гипертонической болезнью, переносила повторные эпизоды острых нарушений мозгового кровообращения. Настоящая госпитализация в связи с транзиторной ишемической атакой.

Перечислите психопатологические симптомы и синдромы. Установите диагноз заболевания. Определите тактику лечения больной.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

ПРИЛОЖЕНИЕ



Рис. 1.8. Структура психических явлений