СПб ГБПОУ «Медицинский колледж им. В. М. Бехтерева»

Методическая разработка

теоретического занятия для преподавателя

Тема:

**«История психиатрии. Основные психопатологические симптомы».**

Дисциплина: ПМ 02. МДК02.02 «Сестринский уход в психиатрии»

для специальностей среднего профессионального образования 34.02.01 «Сестринское дело» (базовый уровень подготовки)

Санкт-Петербург

2021

Методическая разработка составлена в соответствии с Государственными требованиями к минимуму содержания и уровню подготовки выпускника по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» (базовый уровень подготовки).

Составитель: Захаров А.А.

Методическая разработка рассмотрена

на заседании ПМК, одобрена, и рекомендована к применению в образовательном процессе.

Протокол №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель ПМК: Черватюк В. С. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Методист: Якуничева О.Н. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Содержание

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Содержание | № страницы |
| 1. | Пояснительная записка | 4-5 |
| 2. | Цели занятия | 6-8 |
| 3. | Уровни усвоения учебного материала | 9 |
| 4. | Хронологическая карта занятия | 10 |
| 5. | Карта материально-технического оснащения занятия | 10 |
| 6. | Межпредметные связи | 11 |
| 7. | Внутрипредметные связи | 12 |
| 8. | Литература | 13 |
| 9. | Карта самоподготовки студентов к занятию | 14 |
| 10. | Этапы планирования теоретического занятия | 15 |
| 11. | Конспект лекции | 16 - 26 |
| 12. | Карта самоподготовки к следующему занятию | 27 |
| 13. | Контролирующая программа | 28 |

Название темы: «История психиатрии. Основные психопатологические симптомы».

Время: 90 минут

Место проведения: аудитория колледжа

Вид занятия: лекция

Тип занятия: по формированию новых знаний

Оптимизация: использование межпредметных связей, активных методов, графологическая структура темы.

Пояснительная записка

Методическая разработка теоретического занятия по учебной дисциплине «Сестринский уход в психиатрии» для специальности 34.02.01 «Сестринское дело», по теме: «История психиатрии. Основные психопатологические симптомы», составлена в соответствии с Государственным образовательным стандартом.

Данная методическая разработка была создана для лучшего усвоения студентами знаний об особенностей сестринского ухода в психиатрии.

Цель занятия на базе теоретических знаний сформировать практические умения по теме занятия.

Основная цель занятия, это изучение принципов, эффективности сестринского ухода при различных видах симптомов психических расстройств. Настоящее занятие дополняет и развивает знание студентов, полученные ими ранее на других предметах, а также на предыдущих занятиях по сестринскому уходу в психиатрии. В процессе изучения курса используются основные виды занятий: теоретические, практические.

Предлагаемый в виде контролирующей программе перечень вопросов составлен таким образом, чтобы обратить внимание студентов на особенности, изучаемой темы и тем самим, связать их знания, полученные на предыдущих занятиях по учебной дисциплине и с новыми знаниями по теме настоящего занятия.

Используемые на занятии наводящие вопросы позволяют студентам более творчески отнестись к своему обучению, что поможет повысить качество их теоретических знаний и практических умений.

При проведении занятия по данным методикам необходимо учитывать индивидуальные способности. Студенты должны быть хорошо подготовлены к занятию, выполнять рекомендации преподавателя, быть активными и внимательными, для получения хороших результатов. Будущая медицинская сестра, применяя знания, полученные на занятии, сможет усовершенствовать свои способности и расширить свои возможности.

Мотивация темы:

Симптомы являются главным признаком проявления болезни, первичным признаком патологического состояния организма. При психических заболеваниях, когда мы наблюдаем определенные симптомы расстройств психической деятельности Человека, т. е. речь идет о патологическом состоянии головного мозга. В симптоме отражается патологический процесс, который определяет, изменяет порой весь строй психической деятельности Человека нарушая не только правильное отражения объективной реальности, но и правильное на него реагирования т. е. нарушается адаптация Человека к окружающему миру. Появляется конфликт Человека не только с окружающим миром но и с самим собой, что приводит его к дезадаптации с окружающим миром, нарушением всех социальных связей, навыков, неспособность к самообслуживании. Человек становится совершенно беспомощным в этом мире, нуждающемся в постоянном

уходе, наблюдении поддержки со стороны медработников. Постоянный контроль за такими больными осуществляет не только врач, но и медицинская сестра, которая

должна заметить начинающиеся ухудшения и вовремя оказать медицинскую доврачебную помощь до прихода врача руководствуясь правилом гуманизма.

За последний 2017 год в Санкт-Петербурге на психиатрический учет было поставлено около 5 000 человек. Эта цифра говорит о возрастании психических расстройств, которые связаны с социальными и экономическими причинами происходящими последнее время в России: неуверенность в завтрашним дне, низкий уровень заработной платы, невозможность трудоустроиться, криминальные причины.

Нарушаются процессы отражения реальной действительности, снижение или полное отсутствие критического отношения к болезненному состоянию, неадекватное переживание и поведение, невозможность руководить своими действиями и многие другие патологические явления отличают больных с психическими нарушениями от соматических и тем самым определяют целый ряд существенных особенностей в их лечении, наблюдении и уходе за ними.

Среднему медицинскому персоналу необходимо знать основные симптомы течения, развития заболевания, лечение, а также исходные состояния для создания максимального щадящего режима данных больных, который необходим не только для создания безопасности для себя, но и для окружающих лиц.

Выраженность психопатологической симптоматики чрезвычайно разнообразны – от легких и кратковременных патологических психических реакций до грубых расстройств Сознания и выраженного дефекта личности. Поэтому медицинская сестра любого лечебно-профилактического учреждения часто может иметь дело с психическими расстройствами. В основе принципов ухода за больными в современных психиатрических стационарах лежат две тенденции: обеспечение безопасности больных и стремление их к максимальному не стеснению.

Цели занятия:

 1.Дидактическая: Формирование новых знаний по теме занятия.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Результаты  (освоения профессиональных компетенций) | Основные показатели оценки результата | Формы и методы контроля и оценки |
| ПК 1.2.Проводить санитарно-гигиеническое воспитание населения | - проведение санитарно-просветительной работы среди населения по профилактике заболеваний психических расстройств | Подготовка текста беседы по психическим расстройствам среди населения |
| ПК 2.3 Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно- диагностического процесса. | - демонстрация знаний принципов, правил и условий работы медицинского оборудования и применения изделий медицинского назначения | Правильное использование медицинской аппаратуры и оборудования при отпуске процедур |
| ПК 2.7 Осуществлять реабилитационные мероприятия | - демонстрация знаний показаний и противопоказаний к основным средствам реабилитации | Отпуск процедур в рамках ИПР |

2. Развивающая.

Способствовать развитию логического мышления, способности самостоятельно работать с информацией, анализировать её и делать правильные выводы.

Формы и методы контроля и оценки результатов обучения должны позволять проверять у обучающихся не только формирование профессиональных компетенций, но и развитие общих компетенций и обеспечивающих их умения.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Результаты  (Освоенные общие компетенции) | Основные показатели оценки результата | Формы и методы контроля и оценки |
| ОК1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес | - демонстрация интереса к будущей профессии | Наблюдение в процессе учебных занятий, подготовка к студенческих конференциям. |
| ОК2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество | - обоснование выбора и применения методов и способов решения профессиональных задач при осуществлении ухода за пациентом и общении с ним и его родственниками  - демонстрация эффективности и качества выполнения профессиональных задач. | Наблюдение за учебной деятельностью студента, составлением текста бесед с пациентом, подготовка докладов |
| ОК3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность | - демонстрация способности принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность. | Наблюдение за учебной деятельностью студента; |
| ОК4.Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития | - нахождение и использование информации для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития. | Наблюдение за учебной деятельностью студента; выполнение домашнего задания, внеаудиторной самостоятельной работы, аудиторной самостоятельной работы |
| ОК6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями | - взаимодействие с обучающимися, преподавателем ходе обучения  - владение коммуникативными навыками общения; | Наблюдение за учебной деятельностью студента |
| ОК7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения задач | - проявление ответственности за работу подчиненных, результат выполнения заданий. | Наблюдение за учебной деятельностью студента |
| ОК8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать повышение квалификации | - планирование обучающимся повышения личностного и квалификационного уровня;  - организация самостоятельных занятий при изучении учебной дисциплины | Выполнение внеаудиторной самостоятельной работы, решение тестовых заданий |
| ОК9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности. | - умение осваивать и использовать в работе новые информационные технологии и оборудование | Работа с информационными средствами обучения Составление электронных презентаций. |

3.Воспитательная.

Способствовать развитию профессиональных качеств

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п / п | Профессиональные качества | Возможности их формирования на занятиях через  содержание деятельности студентов |
| 1. | Организованность | При подготовке к занятию, выполнение указаний преподавателя, переход от одного вида деятельности к другому |
| 2. | Аккуратность,  Внимательность,  Дисциплинированность | При выполнении домашнего задания, при ведении медицинской документации, посещении занятий |
| 3. | Чуткость,  Доброжелательность | При общении с преподавателем и друг с другом |
| 4. | Культура речи, тактичность | При общении с преподавателем и друг с другом |
| 5. | Логическое мышление, наблюдательность | При сборе и анализе информационного материала |

Уровни усвоения учебного материала

После проведенного занятия студент должен:

Уметь:

1. Выявлять у пациента различные виды симптомов психических расстройств.
2. Устанавливать с ними психоэмоциональный контакт для осуществления грамотного эффективного сестринского ухода.

Знать:

1. Определение симптома в психиатрии.
2. Определение психосенсорных расстройств.
3. Определение иллюзий и галлюцинаций.
4. Определение расстройств памяти, эмоций, мышления, воли.
5. Причины возникновения психических расстройств.
6. Принципы организации сестринского ухода за пациентами при данных видах психических расстройств.

Виды контроля.

Предварительный контроль знаний студентов:

- фронтальный опрос

Заключительный контроль знаний студентов:

-контрольные вопросы

Хронологическая карта занятия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п / п | Название этапа | Время |
| 1. | Организационная часть | 3минут |
| 2. | Предварительный контроль знаний студентов | --------- |
| 3. | Самостоятельная работа студентов | 70 минут |
| 4. | Заключительный контроль знаний | 10 минут |
| 5. | Подведение итогов | 5 минут |
| 6. | Домашнее задание | 2 минут |

Карта материально-технического и методического обеспечения теоретического занятия по теме: «История психиатрии. Основные психопатологические симптомы».

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование обеспечения | Необходимое количество | Имеется в наличии |
| 1. | Учебный журнал группы | 1 | 1 |
| 2. | МР занятия для преподавателя | 1 | 1 |
| 3. | Вопросы для предварительного контроля знаний студентов (фронтальный опрос) | 1 | 1 |
| 4. | Контрольные вопросы для заключительного контроля знаний | 1 | 1 |
| 5. | Мультимедийная установка | 1 | 1 |

Схема интегрированных связей

«Межпредметные связи»

«Истоки» «Выход»

Учебные дисциплины Учебные дисциплины

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Русский язык и культура речи | Учебная дисциплина «Сестринский уход в психиатрии»  Тема:  «История психиатрии. Основные психопатологические симптомы» | СД в терапии |
| СД в терапии | СД в педиатрии |
| СД в неврологии | СД в психиатрии |
| ОЗЗ | Младшая м/с по уходу за больными |
| Анатомия и физиология человека | УП, ПП, ПДП |
| Фармакология | Квалификационный экзамен |
| Общая психология |  | Работа в ЛПУ |
| Латинский язык |  | Дипломная работа |

«Внутрипредметные связи»

«Истоки» «Выход»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Тема «История психиатрии. Основные психопатологические симптомы» |  |
| Лекция: «Неврозы, реактивные психозы»» | Лекция: «Основные психопатологические синдромы». |
| Лекция:  «Психопатологические синдромы» |  | УП, ПП |
|  |  |
| Лекция: «Инфекционные и возрастные психозы» | Д/З |
| Лекция: « Эпилепсия» | Квалификационный экзамен |
| Лекция: «Шизофрения, Биполярное аффективное расстройство» |  | Диплом |

Литература для студентов:

1. Ю. Г. Тюльпин «Психические болезни с курсом наркологии». Учебник для медицинских училищ и колледжей. Москва. «ГЭОТАР-Медиа». 2014 г. и.
2. А. М. Спринц, И.В. Семенов, О.Ф. Ерышев. «Психиатрия» Учебник для средних медицинских заведения. Санкт-Петербург. СпецЛит 2016 г. и.

Литература для преподавателя:

1. Лебедев. Б. А., Дунаевский В.В.
   * 1. Психические расстройства и уход за больными.
     2. Ленинград. «Медицина» Ленинградское отделение. 1981 г. и.
2. Архангельский А. Е. Общая психопатология. Санкт-Петербург.
   1. «Образование» 1994 г. и.
3. П. Г. Сметанников «Психиатрия» руководство для врачей. Издание 4 – е переработанное и дополненное. Санкт-Петербург СПбМАПО, 1997 г. и. з.
4. Тюльпин Ю. Г. Психические болезни с курсом наркологии.
   * 1. Учебник для медицинских училищ и колледжей.
     2. Москва. «ГЭОТАР-Медиа» 2014 г. и.
   1. Спринц А. М., Семенова Н. В. Ерышев О. Ф.
      1. Психиатрия, 3 изд. СПБ Спецлитер. 2016 г.

**Карта для самостоятельной внеаудиторной работы студента**

**По теме: «История психиатрии. Основные психопатологические симптомы».**

Цель: расширять и закреплять знания по данному разделу.

Должен представлять: организацию психиатрической помощи в России, подразделения психиатрической помощи. Особенности работы медперсонала. Основные психические процессы в норме: ощущений, восприятия, мышления, памяти воли, эмоции.

Должен знать: определение симптомов в психиатрии, патологию ощущений, восприятия, психосенсорных расстройств, иллюзий, галлюцинаций, мышления, памяти, воли, эмоций – причины возникновения, принципы лечения и организации сестринского ухода за пациентами при данных видах психических расстройств.

Должен уметь: выявлять у пациента различные виды психических расстройств на уровне симптомов. Устанавливать с ними психоэмоциональный контакт для осуществления грамотного эффективного сестринского ухода.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вопросы для подготовки** | **Истоки и литература** | **Установочные инструкции** | **Вопросы для самоконтроля** |
| 1. Что изучает психиатрия и ее отличие от неврологии? 2. Какие методы применяются в психиатрии при обследовании пациента? 3. Каких отечественных и зарубежных психиатров в знаете и их роль в психиатрии? | Учебник: Ю.Г.Тюльпин «Психические болезни с курсом наркологии» Москва. Издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА» 2014 Г. И.  Лекционный материал | 1.Прочитайте учебник Введение стр. 10-18, Глава 3 стр 95-109.  2. Ответьте на поставленные вопросы.  №Запишите в тетрадь определение психосенсорных расстройств, иллюзий и галлюцинаций, а так же классификацию этих расстройств. | 1. Что включает в себя понятия симптомы и их роль в распознавании болезни? 2. Что включает в себя понятие психосенсорные расстройства? 3. Иллюзии и галлюцинации в чем отличие и при каких заболеваниях встречаются? 4. Назовите основные симптомы расстройств памяти, мышления, эмоций и воли? |

**Контроль:** проверка записи в тетради, написание реферата, решение ситуационных задач.

**Этапы планирования занятия**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Название этапа | Содержание и метод проведения | Цель | Время | Оснащение |
| 1. | Организационный этап | Проверка присутствующих, заполнение журнала, установление дисциплины. | Мобилизовать внимание студентов, настроить на работу. | 2 | Учебный журнал |
| 2. | Формулировка темы, разбор ее значимости, обоснование.  Определение целей занятия | Говорим о значимости темы, объяснение и акцентирование внимания на план и цели занятия | Мотивация к познавательной деятельности. Раскрытие теоретической и практической значимости темы. | 3 | Методическая разработка. |
| 3. | Предварительный контроль знаний | Фронтальный опрос | Выявить исходный уровень знаний студентов | 10 | Вопросы для фронтального опроса |
| 4. | Основной этап | Изложение нового материала | Раскрытие теоретической значимости темы занятия | 60 | Презентация |
| 5. | Заключительный контроль знаний | Контрольные вопросы | Систематизация знаний по теме. | 10 | Контрольные вопросы |
| 6. | Заключительный этап: |  | | | |
| Подведение итогов | Заключение преподавателя, оценка деятельности каждого студента с обоснованием. | Стимуляция познавательной деятельности. | 2 | Учебный журнал. |
| Домашнее задание | Задание на самостоятельную работу к следующему занятию. | Ориентировка в подготовке к следующему занятию. | 3 | Карта самоподготовки к следующему занятию. |

Конспект лекции.

**История психиатрии. Основные психопатологические симптомы.**

Русская психиатрия свои ветви дает с начала XYIII столетия. В отличии от стран другого мира лицам которые страдали сумасшествием (меланхолики, схизофреники, параноики) могли безнаказанно приписывать себе сношение с дьяволом, не боясь быть сожженными на костре. К таким людям относились очень гуманно и содержали их при монастырях. Так же решение вопроса о вменяемости – суд выносил решение, в случае признания психического расстройства, в помещение умалишенных в монастырь – где они и заканчивали свой жизненный путь. В 1723 году Петр Великий запретил посылать «сумасбродных» в монастыри и издал Указ о создании для них госпиталей. Однако, не смотря на Указ Петра, Синод по-прежнему посылал сумасбродных в монастыри. Исторический период русской психиатрии начинается с 1762 года когда Петр III написал следующую резолюцию: «Безумных не в монастыри определять, но построить на то нарочитый дом, как то обыкновенно и в иностранных государствах учреждены доллгаузы, - а в прочем быть по сему».

Конечно ни кто не знал, что такое долгаузы и Сенату пришлось послать запрос в Академию наук, но и там среди ученной коллегии не нашлось знающего Академика. Ответ поручили историографу Мюллеру, который не дал описания доллгаузов. Но за то предложил свой проект. Таким образом Мюллера принято считать пионером на поприще организации попечения душевнобольных.

Создавались 3 этажные дома: штат был из надсмотрщиков, лекарей, докторов. В 1765 году в царствование Екатерины II были учреждены 2 доллгауза в Новгороде, в Зеленецком, а второй в Москве, в Андреевском монастыре.

В 1834 году Первый русский профессор психиатрии был Петр Александрович Бутковский в харьковском университете при кафедре хирургии и науке о душевных болезнях.

В Петербурге в 1836 году в Медико-хирургической академии преподавании психиатрии начал адьюнкт-профессор П. Д. Шипулинский.

В 1876 году заведовал кафедрой И. П. Мержеевский – работы носили клинико-анатомо-физиолгический характер – изучал мозг олигофренов.

И. М. Балинский с 1857 года кафедра психиатрии при медико-хирургической академии.

С 1864 года начались большие реформы в оказании психиатрической помощи которые связаны с врачами - психиатрами: П. И. Ковалевским, Л.Ф Рагозин. П. Д. Максимов, П. П. Кащенко и т.д.

Первый отечественный съезд психиатров России состоялся в 1887 году. Который был посвящен организации психиатрической службы в России в условиях гнета самодержавия.

В 1893 году кафедру психиатрии в медико-хирургической академии возглавил В. М. Бехтерев, который ранее возглавлял кафедру в Казани. (работы Бехтерева).

Ученики Бехтерева: П. А.Останков, В. П. Осипов. В. П. Протопопов.

Второй Съезд психиатров состоялся в 1905 году где выступили В. М. Бехтерев и В. П. Сербский.

В 1911 году состоялся первый съезд русского союза психиатров и невропатологов созванный в память С. С. Корсакова.

И. М. Сеченов. И. П. Павлов.

В. М. Бехтерев, С. С.Корсаков, Виктор Хрисанфович Кандинский., П. Б. Ганнушкин. П. П. Кащенко.

Труды В. М. Бехтерева: «Введение в патологическую рефлексологию»

«Гипноз, внушение, телепатия»

«Избранные работы по социальной психологии»

«Объективная психология»

«Мозг и его деятельность»

**II Основные психопатологические симптомы.**

Первый уровень познания мира сего начинается с ощущений.

Ощущения делятся на простые (цвет, теплый, холодный, горький, кислый, висцеральные, кинестетические, статические, болевые и т.д.) и сложные (восприятие формы, предмета, звуковых сигналов…).

Определение: Ощущение это восприятие отдельных свойств предмета такие как: форма, цвет, теплый, холодный, горький, кислый, висцеральные, кинестетические, статические, болевые и т.д.

Различают три вида ощущений в зависимости от нахождения источника информации по отношению к живому организму:

Экстерорецептивные ощущения, когда информация поступает из внешнего мира.

Интерорецептивные ощущения – информация поступает изнутри организма.

Проприоцептивные ощущения - ощущения движения и положения тела.

**Патология ощущений.**

**Парастезии** – неприятно преходящие появляющиеся в различных частях тела ощущения: мурашки, онемения, похолодания.

**Сенестопатии** – «психосоматические ощущения» тягостные мучительные ощущения в одном или различных частях тела: чувства тока в позвоночнике, ощущение боли в грудной клетке /позвоночник режут пилой/, покалывание, давления, жжения, скручивания. Сенестопатии могут быть постоянными, либо возникать эпизодически в виде острых приступов.

Ощущения воспринимающиеся как чуждые, сделанные, действуют током /сенестопатический, сенсорный автоматизм/ (Синдром Кандинского – Клерамбо – Шизофрения).

**Сенестезии -** разнообразные двигательные нарушения не связанные с неврологической патологией: потеря равновесия, шаткость походки, головокружение – нередко сопровождающиеся страхом.

**Синестезии**  – при раздражении одного анализатора, возбуждение возникает одновременно и в другом анализаторе (цветной звук).

**Анестезия** это выпадение одного или нескольких видов чувствительности. Разновидностью анестезии является **алгезия** – утрата чувства боли.

**Патология восприятия.**

Совокупность формирования всех ощущений в нашем Сознании называется восприятием

Для восприятия характерно:

- Целостность и предметность.

-Опосредовательность прошлого опыта. Произвольное и непроизвольное восприятие.

-Связь с прошлым опытом.

- Избирательность восприятия.

-CONST восприятия при определенном внутреннем состоянии и внешних условий.

1.Патология интенсивности восприятия:

- усиление восприятия – гиперпатия: необычно красочное восприятие окружающего мира. Свет ослепляет. Звук оглушает. /МДП/.

-снижение восприятия – гипопатия: тусклое, блеклое восприятие окружающего мира, собственного тела, мыслей, чувств - Деперсонализация.

Восприятие окружающего мира в тусклом свете (болезненное бесувствие) носит название Аллопсихической дереализации.

-утрата вкуса ощущений: пища стала пресной, нет чувства яркости восприятия, тело стало каким то другим – носит название Соматопсихической деперсонализации.

Аутопсихическая деперсонализация: нет радости, горя, утрата чувств, эмоций, нелепые мысли, мозг как бы затуманен. Наблюдается фаза патологически сниженного настроения /депрессии/.

2. Искаженное восприятие:

Психосенсорные расстройства возникают при отравлении химическими препаратами, при инфекционных заболеваниях, ЧМТ, хронических воспалительных заболеваниях головного мозга и его оболочек.

При патологии больной человек видит, как изображение предметов и людей движутся, то приближаются, то отдаляются – порропсия.

Увеличиваются в размерах - макропсии.

Уменьшаются в размерах – микропсии.

Иногда деформируются и перекашиваются, изгибаются и обезображиваются – дисмегалопсии, дисморфопсии.

Предметы окружающего мира меняются по величине и строению – Метаморфопсии.

Восприятие бесконечно раздвигающего пространства вызывает у больных растерянность, недоумение, тревогу и страх.

Расстройства схемы тела: аутометаморфопсия – увеличение рук, ног, головы, невесомость.

Не узнавание частей своего тела – Аутотопогнозия Пика.

3. Извращение восприятия:

Иллюзии и галлюцинации

**Иллюзии – это искаженное восприятие реально существующих предметов и явлений.**

Иллюзии классифицируются по органам чувств: зрительные, слуховые, обонятельные, осязательные, тактильные.

Иллюзии делятся на **физиологические** связанные с особенностями функционирования органов чувств. Иллюзии Мюллера.

**Физические иллюзии**, обусловленные объективными свойствами окружающей среды: ложка, опущенная в стакан воды, воспринимается в искривленном виде.

**Психические иллюзии**: обычно связанные с эмоциональным состоянием человека: обычный пень в темном лесу принимается за спрятавшего человека.

Зрительные иллюзии кажется измененные по форме, окраске, величине, взаиморасположению предметов.

**Парэйдолические** иллюзии: узоры на окнах, на обоях воспринимаются как устрашающие, угрожающие, превращаясь в причудливые картинки /делирий/.

Иллюзии встречаются как у здоровых, так и больных людей.

**Галлюцинации:** - чувственно - субъективное переживание восприятия образов, предметов и явлений, объективно несуществующих в реальном мире. Галлюцинации в отличии от иллюзий встречаются только у больных людей.

Галлюцинации так же как и иллюзии делятся по органам чувств. Могут быть простыми и сложными.

Простые в виде **аккоазм и фотопсий**: шум, треск, неясность звуков, вспышки света, искры из глаз.

Сложные галлюцинации: сценоподобные: одновременно зрительные, слуховые тактильные… .

К сложным галлюцинациям относятся истинные и ложные /псевдогаллюцинации/.

Слуховые обманы восприятия в виде мужских и женских голосов, которые могут быть осуждающего, комментирующего, приказывающего – императивного характера.

**Гипногагические галлюцинации** появляются при засыпании.

**Гипнопомпические галлюцинации** появляются при пробуждении.

**Истинные галлюцинации** воспринимаются как чувственная реальность предметов и явлений, которых нет в окружающей среде.

**Истинные галлюцинации характеризуются**:

Отсутствие объективного раздражителя – «видения», восприятия того, чего нет в реальном мире, или переживания ощущений, не вызванные объектом.

Больные убеждены в действительности чувственного – в том, что ощущаемое существует действительно реально. При этом они считают, что и окружающие это видят и слышат. Разубедить таких больных в нереальности восприятия этого не возможно.

**Псевдогаллюцинации** это галлюцинаторные образы, возникающие не реально, внутри головы больного и не отождествляются с окружающей средой. Ощущение чувства навязанности, сделанности, сопровождаются чувством отчужденности. Такие больные воспринимают эти галлюцинации как не что чужое – то чего не должно быть – т.е. проявляют формальную критику в отличии от больных которые испытывают исинные обманы восприятия. Псевдогаллюцинации это грозный симптом и характерен для шизофрении.

**Функциональные галлюцинации** при шуме воды из крана слышится голос.

**Экстракампинные галлюцинации** больной переживает зрительный образ не перед глазами, а где-то с боку, сзади.

**Аутоскопические галлюцинации** больной переживает виденье своих двойников.

**Эйдетизм** – способность чувственно, с яркостью непосредственного восприятия представлять зрительные и слуховые образы, ранее виденных /слышанных/ предметов, звуков в течение значительного промежутка времени.

**ПАТОЛОГИЯ ПАМЯТИ.**

Память это способность запоминать, хранить и воспроизводить информацию.

Патология памяти:

Количественные расстройства памяти:

**Амнезия** отсутствие памяти.

**Ретроградная амнезия** – выпадение событий предшествующих заболеванию.

**Антероградная амнезия** – потеря памяти на события с момента заболевания.

**Антероретроградная амнезия** – потеря памяти на события до и после заболевания.

**Фиксационная амнезия** – потеря способностей запоминать текущие события.

**Прогрессирующая амнезия** – характеризуется постепенным ослаблением памяти в начале на текущие события. Затем недавнее прошлое, события нескольких лет.

События далекого прошлого может помнит довольно долго и с мельчайшими подробностями.

Болезненное усиление памяти – **гипермнезия.**

Болезненное ослабление памяти – **гипомнезия**.

Качественные расстройства памяти или парамнезии:

**Конфабуляция** – ложное воспоминание того чего не было в жизни больного т.е. замещение пробелов памяти вымышленными событиями.

**Псевдореминисценции** перенос события в жизни больного из одного времени в другое.

**Криптомнезии** ослабление памяти, при которых больной не может отличить факты и события, действительно имевшие место, от кого-либо услышанных, прочитанных или увиденных во сне.

**Анэкфория –** вспоминание при упоминании, о каком – то событии или явлении забытые больным или здоровым человеком.

**Эйдетизм** – яркая образная память, сохраняющая в течение многих лет до мельчайших подробностей только что увиденного, слышимого.

**Палимсесты** выпадение из памяти событий во время острых психотических состояний (Делирий).

Расстройства памяти всегда указывают на атрофические процессы головного мозга и характеры для лиц с органической, травматической, сосудистой патологии головного мозга. Для интоксикации головного мозга любой этиологии. Инволюционные процессы организма – увядание организма его старение.

Корсаковский синдром триада:

Снижение памяти на текущие события.

Ретроградная амнезия.

Конфабуляции фантастического содержания.

Симптомы виденного, слышанного, ни когда не виденного и никогда не слышанного относят к явлениям Дереализации.

**ПАТОЛОГИЯ МЫШЛЕНИЯ.**

Мышление это отражение наиболее общих свойств явлений и предметов окружающего внешнего мира, способность к установлению внутренних причинных связей между предметами и явлениями окружающего мира.

Мышление формируется и формулируется в речи, поэтому об особенностях мышления можно судить только при наличии речевой продукции у того или иного человека, хотя патология конкретно – действенного мышления (низкая, элементарная форма установления внутренних связей между предметами отображается на образы восприятия) проявляется в нарушениях оперировать (действовать) с конкретными объектами окружающего мира.

Краткие сведения из психологии о мышлении:

Две стороны мышления:

1. Мышление как процесс /ассоциативная деятельность/.

2. Результат продукция мышления.

Сам процесс мышления слагается из ряда операций: сравнение, отвлечение, обобщение, абстракция – конкретизация, что в целом образует аналитико – синтетический процесс.

Пути формирования абстракции: ощущение – восприятие - представление-понятие.

Процесс мышления выражается в ассоциативной деятельности.

Ассоциации это установление связей между предметами и явлениями.

Ассоциации бывают поверхностные /механические/. К ним относятся ассоциации по сходству /форме, цвету. рифме/, по контрасту /обратное сходство/ - черное, белое. По смежности временной и пространственной.

Понятие – это отражение внутренней сущности предметов и явлений, отражается существенные свойства или качества. Понятия всегда формируется на основе восприятий и представлений.

Суждения – это однозначное утверждение или отрицание – это единица мысли. Суждения оперируют понятиями, и завершается в форме понятий. Это отражение связей между предметами и явлениями.

Умозаключение – это такая связь между мыслями, понятиями, суждениями в результате которого из одного или нескольких суждений мы получаем новое суждение, извлекая его из содержания исходных суждений.

Различают два вида суждений:

Индуктивное от общего к частному и дедуктивное от частного к общему.

Патология мышления принято делить на две большие группы:

1 группа: Патология ассоциативной деятельности и суждений /процесса мышления/.

2 группа: Патология идей /результата мышления, формирование суждений и

умозаключений/.

**Патология процесса мышления:**

Количественные нарушения мышления – патология темпа.

Качественные нарушения.

Аментивное, бессвязное, инкогерентное мышление.

1. Количественные нарушения мышления:

**-ускоренное мышление** /поверхностные ассоциации, многоречивые, легковесные, скачка идей. Речь не поспевает за мыслями.(МДП-маниакальная фаза).

-**заторможенность мышления**: бедность ассоциаций, лаконичность, односложность (Депрессии, МДП – депрессивная фаза).

**Ментизм (Мантизм)** – хаотический наплыв мыслей в голове больного, без какой либо логической последовательности, (МДП – маниакальная фаза.

2. Качественные нарушения мышления – искажение и извращение формирования суждений и умозаключений в процессе выведения окончательного Знания.

**Резонерство** – характеризуется как бесплодное рассуждательство, бесцельное нанизывание слов при правильном грамматическом строе предложения. Больной

теряет целенаправленно мыслить, и в речи больных наблюдается бесплодные . абстрактные рассуждения, вычурные философские высказывания (Шизофрения)

**Патологическая обстоятельность мышления** – у больных появляется тугоподвижность, излишняя детализация и многословность (Органическое поражение головного мозга. Эпилепсия).

**Атактическое замыкания (Атактическое мышление)** при этом виде расстройств больные строят предложения грамматически правильно, а смысловой нагрузки нет (Шизофрения).

**Шизофазия** – характерно повышенная речевая активность, речевой напор, речевая неистощаемость при отсутсвии потребности в собеседнике. (Шизофрения).

**Шперрунг** - остановка мысли, отсутствие мыслей.

3**.Аментивное, бессвязное, инкогерентное мышление**: отдельные слова, слоги не носят какого-либо значения или смысла. Возникают при грубом помрачении Сознания обусловленные тяжелыми соматическими и инфекционными заболеваниями.

**ПАТОЛОГИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ.**

**ЭМОЦИЯ** – волную, потрясаю. Эмоции являются одним из механизмов саморегуляции. Эмоции это психический процесс субъективного отношения человека к окружающему миру, а также к самому себе и выражающийся в удовлетворении или неудовлетворении своих потребностей. Эмоции это одна из форм отражения реальной действительности нашим сознанием. Надо понимать, что эмоции отражают не сами явления и предметы, а их отношения к субъекту, определяет их значимость для удовлетворения тех или иных потребностей и мотивов.

Эмоции (чувства) по уровню развития делятся на 3 вида:

**Низшие чувства** возникают в связи с переживанием инстинктивных потребностей и удовлетворением инстинктов /пищевой, половой, самосохранения/.

**Высшие эмоции**, чувства возникают у Человека в связи со сложными морально-этическими, эстетическими и интеллектуальными потребностями –чувство любви, долга, патриотизма, служебный долг, воинский долг и т.д. Эти чувства формируются в течении все жизни.

Между высшими и низшими чувствами находятся **эгоистические чувства**, которые, по всей видимости, связаны с врожденным инстинктом агрессивности. Если не придавать значение, в воспитании человека в формировании высших чувств, то на передний план могут выступать эгоистические чувства.

Эмоции тесно связаны с другими психическим процессами: ощущение, восприятие, представление, память, мышление, воля, а так же зависят и от состояния внутренних органов организма.

При определенных состояниях эмоции могут переходить в патологию.

Кратковременное расстройство эмоциональной деятельности носит название аффекта.

**Физиологический аффект** – эмоциональная кратковременная бурная реакция, на какой-либо внешний раздражитель, сопровождающийся двигательной реакцией. Так проявляет себя гнев, ярость.

**Патологический аффект** – эмоциональное кратковременное психическое расстройство, возникающее на интенсивную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, за которым следует общая слабость, безразличие и часто глубокий сон, сопровождающийся частичной или полной ретроградной амнезией.

Более длительное по времени эмоциональное состояние называется **настроением,** которое зависит от внешних и внутренних факторов.

У здорового человека настроение может быть спокойным, пониженным, бодрым, угрюмым, раздражительным.

Повышенное настроение называется **гипертимией,** а пониженное носит название **гипотимии.**

Если чувства или эмоции возникают по ничтожному поводу, то они оказывают сильное воздействие на человека, захватывая всю его личность, всю глубину – это носит название **эмоциональной гиперестезии.** Такие люди часто склонны к самоанализу и встречаются у лиц перенесших травму головного мозга, при инфантилизме.

В психопатологии встречаются довольно часто два симптома, которые необходимо отличать друг от друга:

**Чувственная тупость** – характеризуется снижением чувств в местах наибольшего накала / любовь к родителям, близким родственникам/, а в дальнейшем и к друзьям, к окружающему внешнему миру. Этот симптом почти всегда характерен для эндогенного заболевания шизофрении.

**Эмоциональное или чувственное оскудение** возникает при грубых органических процессах сопровождающихся слабоумием /деменцией/. При эмоциональном оскудении происходит ослабление высших чувств и на этом фоне сохраняются и даже усиливаются низшие чувства.

**Слабодушие** – легкое возникновение эмоциональной реакции, они, как правило нестойкие. При слабодушие человек не способен управлять своим поведением.

При **эмоциональной лабильности** отмечается полярность эмоциональных реакций от положительных до отрицательных. Этот симптом присущ для больных органическим поражением головного мозга.

**Искажение эмоционального реагирования:** неадекватность эмоциональных реакций по силе и знаку. Т.е. двойственность по знаку эмоциональных реакций встречается при шизофрении.

**Эйфория повышенное настроение**. Больному хорошо, чувство приятного расположения. Фон настроения повышен. Это благодушно спокойное повышение настроения не сопровождающиеся повышенной возбудимостью. Сопровождается оттенком успокоения, тихое болезненно повышенное настроение.

Встречается у сосудистых больных, слабоумных, органиков часто встречается благодушно повышенное настроение.

Если Эйфория сопровождается на фоне оглушенности сознания с нелепо дурашливым поведением, что часто встречается при опухолях головного мозга, то такое состояние носит название **Мория**.

**Дисфория** – тоскливо злобное настроение. Оттенком является элемент раздражительности и злобы. Характеризуется внезапным возникновением и кратковременным протеканием и выходом из дисфорического состояния. Наблюдается при сосудистых заболеваниях головного мозга, ЧМТ, Эпилепсия. **Апатия**: не обнаруживает ни какого чувства, а просто регистрирует то, что воспринимается. Полное отсутствие каких либо эмоциональных реакций на поступающие сигналы из внешнего мира. Больные не испытывают ни каких субъективных отношений.

**Экстаз** – состояние экзальтации. Встречается при эпилепсии и других органических заболеваниях головного мозга. Это восторженно приподнятое настроение с переживанием радости, с оттенком тревоги, ирритации напряжения. Экстаз это скорее прогнозирование радости, незавершенная радость. Здесь как бы смешиваются стенические и астенические компоненты эмоций.

**РАССТРОЙСТВО ВНИМАНИЯ.**

Внимание характеризуется протяженностью во времени. Определяет направленность психической деятельности человека. Входит во все формы познавательного процесса.

Человек может быть сосредоточен на объекте внешнего мира, его сознание полностью заполнено данным образом. Внимание направляет психическую деятельность на определенный объект, сосредоточенность его на них или иных мыслях и представлениях.

Психолог Джеймс разделил Внимание на 2 типа:

Пассивное внимание. Человек независимо от своего желания, воли оказывает сосредоточенным на тех или иных событиях, явлениях. Происходит это в силу каких то обстоятельств. Характерно непроизвольность возникновения и отсутствие напряжения необходимое для его сосредоточения. Характеризуется ослаблением и угасанием.

Активное внимание. Человек может сосредотачивать его только сознательно – усилием воли. Сосредоточенное внимание на нужном нам представлении и видении.

Свойство внимания:

- волевое сознательное условие человека.

- Избирательность внимания.

- Напряженность внимания.

Когда сосредоточенность нарастает, а напряженность ослабевает - происходит адаптация человека.

Свойство Внимания:

Концентрация Внимания, его сосредоточенность, связь внимания с группой представлений, мыслями, объектами.

Объем внимания: количество разнородных предметов /объектов/, которые одновременно могут находиться в поле внимания. Внимание может быть широким и узким.

Распределенность внимания: количество объектов, людей, которые могут одновременно располагаться в центре внимания.

Устойчивость внимания: временная предрасположенность сосредоточенного внимания.

**П а т о л о г и я в н и м а н и я.**

**Слабость активного внимания.** Характерно для неврозов. Трудно сосредоточиться над целым кругом представлений. Слабость внутренних представлений.

**Слабость активного внимания и патологическое преобладание пассивного внимания.**

**Патологическая концентрация внимания,** параноики, реактивные состояния/. Фиксация больных на психотравмирующих представлениях.

**Персеверация:** прилипание внимания к отдельным представлениям.

**ПАТОЛОГИЯ ВОЛЕВЫХ ПРОЦЕССОВ.**

Все формы психической активности связаны с деятельностью.

Понятия: Движение, Действие. Деятельность.

Движение – перемещение в пространстве. Имеет большое значение в психической деятельности человека.. Сеченов –« все завершается мышечным движением ».

Действие – комплекс движений направленный на определенную цель. По действию можно судить о его деятельности.

Совокупность действий характеризующих данную личность называется деятельностью.

Разновидность действий:

Инстинктивные действия возникают в связи с удовлетворением инстинктивной потребности. Они целенаправленные неосознаваемые.

Волевые действия сознательны и целенаправленны. Требуют сосредоточения активного внимания.

Простые и сложные волевые акты. Простые волевые акты не требуют особых усилий.

**Патология воли.**

**Гипербулия** усиление активной деятельности. За все хватается и не доводит до конца – МДП. Паранойяльные больные доказывают свою справедливость своих идей. Внешнее усиление психической активности. Ложное направление ведет к дезадаптации больного.

**Гипобулия** – ослабление активной деятельности. Больные не способны к активной деятельности, к формированию сложного волевого акта.

**Абулия** – полное отсутствие каких – либо волевых действий.

**Парабулия** – извращение волевой деятельности:

Парамимия-извращение мимики.

Эхолалия повторение чужих слов.

Эхопраксия - повторение различных жестов, действий.

Негативизм – немотивированное противодействие.

Мутизм – молчание.

Каталепсия – восковая гибкость. Симптом воздушной подушки.

Эмбриональная поза.

Парапраксии объединение всех неадекватных проявлений в поведении больных шизофренией.

**Карта для самостоятельной внеаудиторной работы студента**

**По теме: «Основные психопатологические синдромы».**

Цель: расширять и закреплять знания по данному разделу.

Должен представлять: основные психологические типы личности и уровни эмоционального реагирования в норме.

Должен знать: определение синдрома. Причины возникновения, принципы лечения и организации сестринского ухода за пациентами при различных синдромах.

Должен уметь: выявлять у пациента различные симптомы и по совокупности симптомов определять синдромальный уровень, что необходимо для осуществления грамотного сестринского ухода.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вопросы для подготовки** | **Истоки и литература** | **Установочные инструкции** | **Вопросы для самоконтроля** |
| 1.Какие синдромальные уровни расстройств Вы знаете?  2. Что характерно для невротического расстройства личности?  3. Что характерно для психопатического расстройства личности?  4. назовите бредовые синдром?  5. Назовите синдромы расстройства Сознания  6. Назовите синдромы расстройств вол?  7. Назовите эмоциональные синдромы? | Учебник: Ю.Г.Тюльпин «Психические болезни с курсом наркологии» Москва. Издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА» 2014 Г. И.  Лекционный материал. | 1.Прочитайте учебник стр 110 – 161.  2. Ответьте на поставленные вопросы.  3. Запишите в тетрадь определение синдромов, их классификацию. | 1.Какие уровни синдромов Вы знаете?  2. При каких заболеваниях встречаются невротические расстройства?  3. При каких заболеваниях встречаются психопатические синдромы?  4. Какие вы знаете синдромы выключенного и расстроенного Сознания |

**Контроль:** проверка записи в тетради, написание реферата, решение ситуационных задач.

**Контролирующая программа**

**Вопросы для предварительного контроля знаний**

**Фронтальный опрос**

1. Дайте определение симптомов?
2. Какие симптомы расстройства ощущений Вы знаете?
3. Назовите симптомы расстройства восприятия?
4. Назовите эмоциональные симптомы?
5. Назовите симптомы расстроенного мышления?

**Вопросы для заключительного контроля знаний**

1. При каких заболеваниях встречаются расстройства ощущения?
2. При каких заболеваниях встречаются истинные обманы восприятия?
3. Чем отличаются истинные обманы восприятия от ложных?
4. Назовите симптомы патологии памяти?
5. При каких заболеваниях встречаются патология памяти?