

**Казахский национальный университет имени аль-Фараби
Факультет философии и политологии
Кафедра общей и прикладной психологии**

Медицинская психология

**Лектор: к.психол.н., старший преподаватель
Кудайбергенова С.К.**

2022-2023 учебный год

Лекция 8 Психические заболевания (2)

Шизофрения. Эпилепсия

1. Клинико-патопсихологическая характеристика шизофрении
2. Клинико-патопсихологическая характеристика эпилепсии
3. Психологическое сопровождение лечебного процесса и реабилитации при хронических психических заболеваниях

Шизофрения

В переводе с греческого shiso – расщепляю, frenio – душа. Это психическое заболевание, которое протекает с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа (снижение энергетического потенциала, прогрессирующая интровертированность, эмоциональное оскудение, искажение психических процессов). Часто прогрессирование болезни приводит к разрыву прежних социальных связей, снижению психической активности, значительной дезадаптации больных в обществе.

Современная систематика форм течения шизофрении:

- непрерывнотекущая шизофрения,
- приступообразно-прогредиентная (шубообразная);
- рекуррентная (периодическое течение - наиболее благоприятный вариант).

По темпу течения процесса выделяют:

- малопрогредиентную;
- среднепрогредиентную;
- злокачественную.

В зависимости от разных подходов психиатрических школ, в разных районах по эпидемиологическим исследованиям выявляется различное количество больных шизофренией. Оно колеблется от 2,5 до 10 человек на 1000 населения старше 15 лет. Болезнь может начаться в любом возрасте (чаще в 15-25 лет). Чем раньше проявляется заболевание, тем более неблагоприятен его прогноз.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВЛЕНИЙ ШИЗОФРЕНИИ

Особенности личностной сферы

У больных шизофренией отмечается снижение, притупление эмоциональности, состояние апатии (безразличие ко всем явлениям жизни). Больной становится безразличным к членам семьи, теряет интерес к окружающему, утрачивает дифференцированность эмоциональных реакций, у него появляется неадекватность в переживаниях. Имеет место нарушение волевых процессов: снижение волевого усилия от незначительного до резко выраженного, болезненного безволия (**абулия**).

Особенности мышления

Для мышления больных шизофренией характерно то, что нарушение на уровне понятий не исключает относительной сохранности формально-логических связей. Происходит не распад понятий, а **искажение** процесса обобщения, когда у больных возникает множество случайных, ненаправленных ассоциаций, отражающих чрезвычайно общие связи.

Эти больные не выделяют значимых существенных связей между предметами и явлениями, однако не оперируют, как олигофрены, второстепенными конкретно-ситуационными признаками, а актуализируют чрезмерно-общие, не отражающие реальной действительности, часто слабые, случайные, формальные признаки.

При проведении методик "исключение предметов", "классификация предметов" больные часто производят обобщение на основе личного вкуса, случайных признаков, предлагая несколько вариантов решения, при этом не отдавая предпочтения ни одному из них. В данном случае можно говорить о **разноплановости** мышления, когда суждение о каком-то явлении протекает в разных плоскостях.

Начальная стадия нарушений мышления раньше, чем в других методиках, выявляется в пиктограммах. Здесь обнаруживаются расстройства аналитико-синтетической деятельности (соотнесение абстрактно-смысловых и предметно-конкретных компонентов). Больные могут выбирать образ, неадекватный содержанию понятия, могут предлагать пустой, выхолощенный, бессодержательный набор предметов, псевдоабстрактные образы, сами по себе лишённые содержания, или часть, фрагмент какой-то ситуации и т.д.

- При ассоциативном эксперименте отмечаются ассоциации атактические, эхололические, отказные, по созвучию.
- Искажение процесса обобщения происходит в сочетании с нарушениями последовательности и критичности мышления. Например, разглядывая рисунок Х. Бидструпа, больные не понимают юмора, юмор переносится на другие, неадекватные объекты.
- При проведении многих методик у больных отмечается **резонерство**. Резонерство при шизофрении отличается выхолощенностью ассоциаций, потерей целенаправленности, соскальзываниями, претенциозно-оценочной позицией, склонностью к большим обобщениям по поводу относительно незначительных объектов суждения.
- **Соскальзывание** проявляется в том, что больные, адекватно рассуждая, вдруг сбиваются с правильного хода мыслей на ложную ассоциацию, затем опять могут рассуждать последовательно, не исправляя ошибок. Непоследовательность суждений **не зависит** от истощаемости, сложности заданий.

Эпилепсия

Эпилепсия – это обычно хронически протекающее заболевание, характеризующееся наличием пароксизмальных расстройств, эпизодически возникающих расстройств в сознании, настроении. Заболевание в большинстве случаев приводит к постепенному изменению личности и своеобразному снижению интеллекта. На отдаленных этапах болезни могут возникать острые и затяжные психозы.

Этиология эпилептической болезни не установлена. Большинство исследователей считают, что в происхождении заболевания большое значение принадлежит наследственному фактору, кроме этого значительная роль в этиологии эпилепсии отводится экзогенным вредным факторам (внутриутробным и ранним постнатальным органическим повреждениям головного мозга, особенно токсико-аллергическим и травматическим).

Один из характерных признаков эпилепсии – судорожный припадок. Обычно припадок начинается внезапно. Иногда за 1-2 дня до припадка появляются предвестники: плохое самочувствие, раздражительность, головная боль и т.д. Во время так называемого большого припадка больной теряет сознание, падает, у него начинаются тонические судороги (резкое напряжение мышц туловища и конечностей). Затем начинаются клонические судороги (сильные толчкообразные сокращения мышц конечностей, шеи, туловища). Длительность припадка – 3-4 минуты. После припадка появляется чувство вялости и сонливости. Во время припадка зрачки не реагируют на свет. Перед судорожным припадком может иметь место аура. Частота припадков может быть разная: от ежедневных до одного-двух раз в год.

Помимо типичных судорожных припадков бывают атипичные, которые проявляются полным отсутствием судорожных компонентов:

- малые припадки характеризуются потерей сознания на несколько минут, при этом больной не падает;
- сумеречное состояние сознания – более или менее глубокое помрачение сознания, нарушение ориентировки, наличие бреда, галлюцинаций, иллюзий устрашающего характера;
- амбулаторный автоматизм – на фоне сумеречного состояния сознания больной может производить достаточно сложные упорядоченные действия. Сюда относится сомнамбулизм (лунатизм).

ЭЭГ при эпилепсии

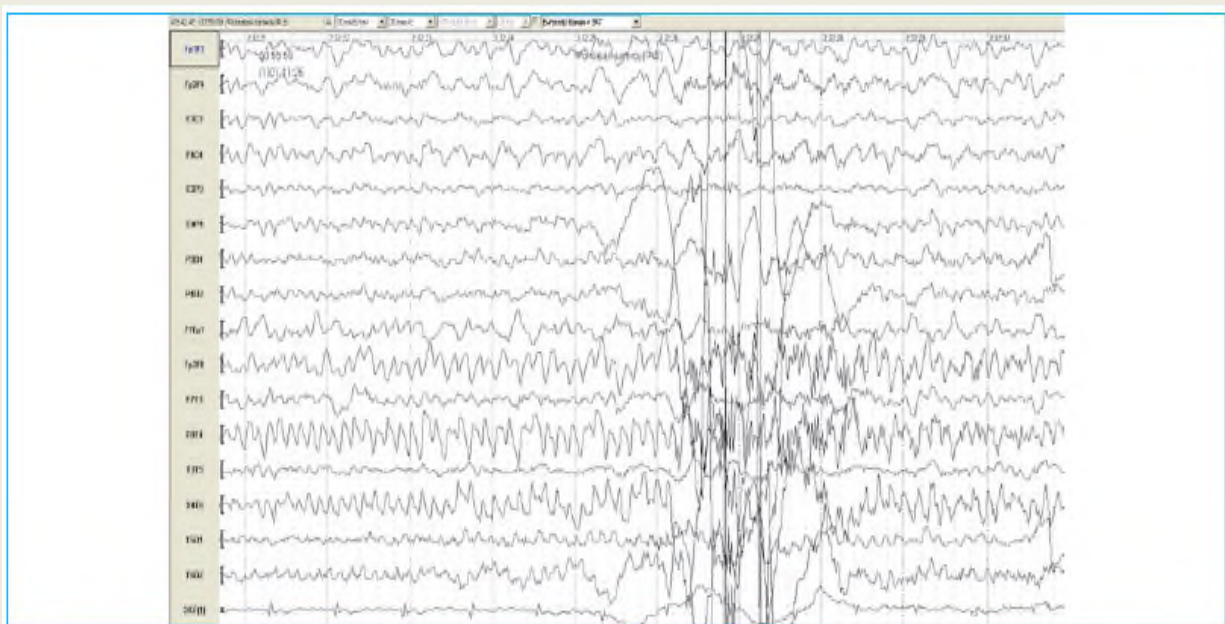


Рис. 1. ЭЭГ-паттерн приступа МВЭ с ГС, исходящего из правого гиппокампа

Характеристика проявлений

эпилепсии

Изменения личности по эпилептическому типу – это тугоподвижность, замедленность всех психических процессов, склонность к застреванию на деталях, обстоятельность мышления, невозможность отличить главное от второстепенного, дисфории (приступы расстройств настроения, чаще склонность к злобно-тоскливому).

Результатами болезни являются трудности с использованием нового опыта, слабость комбинаторных способностей, ухудшение воспроизведения прошлого опыта. Следует отметить полярность аффекта – сочетание аффективной вязкости и эксплозивности (взрывчатости). Больные долго помнят обиду, мстят за нее. Отмечается подчеркнутый до карикатурности педантизм в отношении одежды, порядка в доме и т.п. Существенной чертой эпилептиков является инфантилизм, выражающийся в незрелости суждений, свойственная некоторым больным неадекватная религиозность. Часто встречается утрированная до слащавости, до подобострастия любезность; сочетание повышенной чувствительности, ранимости с брутальностью, злобностью. Лицо этих больных малоподвижно, маловыразительно, мимические реакции бедны, больные скупы и сдержанны в жестах.

Работа с семьей психически больного: формирование правильного отношения к болезни

1. Уважительные отношения.
2. Принцип спокойствия, определенности и открытости.
3. Принцип последовательности и предсказуемости. Четкие рамки, правила и пределы ожидаемого
4. Принцип дружелюбной дистанции. Помни, что он болен! Отделяйте болезнь от человека. Если ваш родственник тяжело болен, то ограничьте контакты
5. Позитивный настрой, даже при неудачах. Возможность сохранения достоинства
6. Поощрение положительных сдвигов. Хвала и конкретные замечания
7. Принцип реальности. Трансформация целей: долгосрочные – в ряд краткосрочных. Постоянная помощь и поддержка. На вопросы, касающиеся долгосрочных целей, отвечайте – не знаю. Не допускайте, чтобы болезнь вашего родственника превратила вашу жизнь в хаос. Будьте активны. Не вовлекайте в вашу деятельность больного человека.
8. Продолжайте свое образование по общению с душевнобольными.

Литература к лекции 8

1. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб, 2010
2. Блейхер В.М, Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология. Москва-Воронеж, 2006
3. Соловьева С.Л. Медицинская психология. Конспект лекций. М.-СПб, 2004
4. Пушкина Т. Медицинская психология

Интернет-ресурсы:

<http://www.azps.ru>

<http://www.koob.ru/>

<http://www.psychology.ru>

<http://www.flogiston.ru>

<http://www.twirpx.com>