

Психические симптомы и синдромы в психиатрии

Дополнительный материал №2
для обязательного домашнего
изучения студентами

Преподаватель: Ленских Ольга
Викторовна

Материал предназначен для студентов отделений:

МДК 02.01

**Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел 1
Участие в лечебно-диагностическом процессе «Сестринский уход в психиатрии и наркологии».**

**МДК 02.01 Лечебная деятельность.
Раздел 1**

**Лечение больных психиатрического
профиля.**

Уважаемые студенты!

Предлагаю вам видеоматериалы для изучения симптомов и синдромов, возникающих у психически больных людей.

Вы обязательно должны их знать, иначе будет трудно проходить практику по психиатрии и наркологии.

Также данный материал пригодится вам при изучении таких предметов, как геронтология, неврология.

Материал взят из книги А.М.Сухаревского «Клиника мимических расстройств», М. «Медицина», 1966.- 356 С. Книга выпущена всего тиражом 8000 экземпляров. Является библиографической редкостью.

Как работать с лекцией?

Студент не только обязан изучить имеющийся учебный материал, но и должен знать значение всех **незнакомых слов, встречающихся в тексте** (посмотреть их в словаре, запомнить значение, знать перевод с другого языка т.к. часто в психиатрии перевод слова и его значение не совпадают из-за исторически сложившихся понятий).

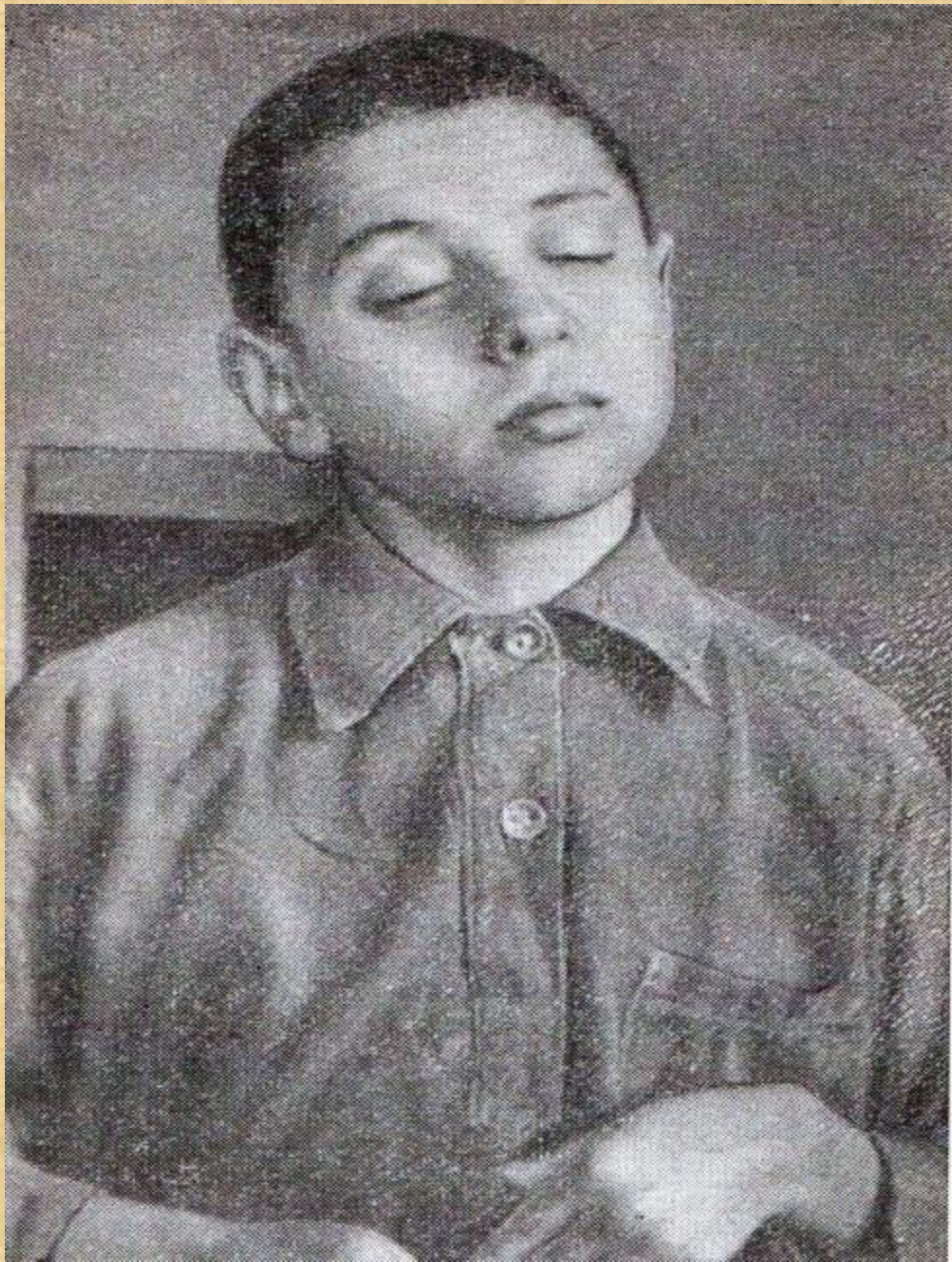
Студенту необходимо решить **ситуационные задачи и ответить на контрольные вопросы.**

Часть I

Мимические расстройства в клинике шизофрении

У ряда больных шизофренией наблюдаются патологические синкинезии (содружественные движения), в том числе и в мимической области, приводящие к излишним, ненужным, неэкономным и неуклюжним движениям.

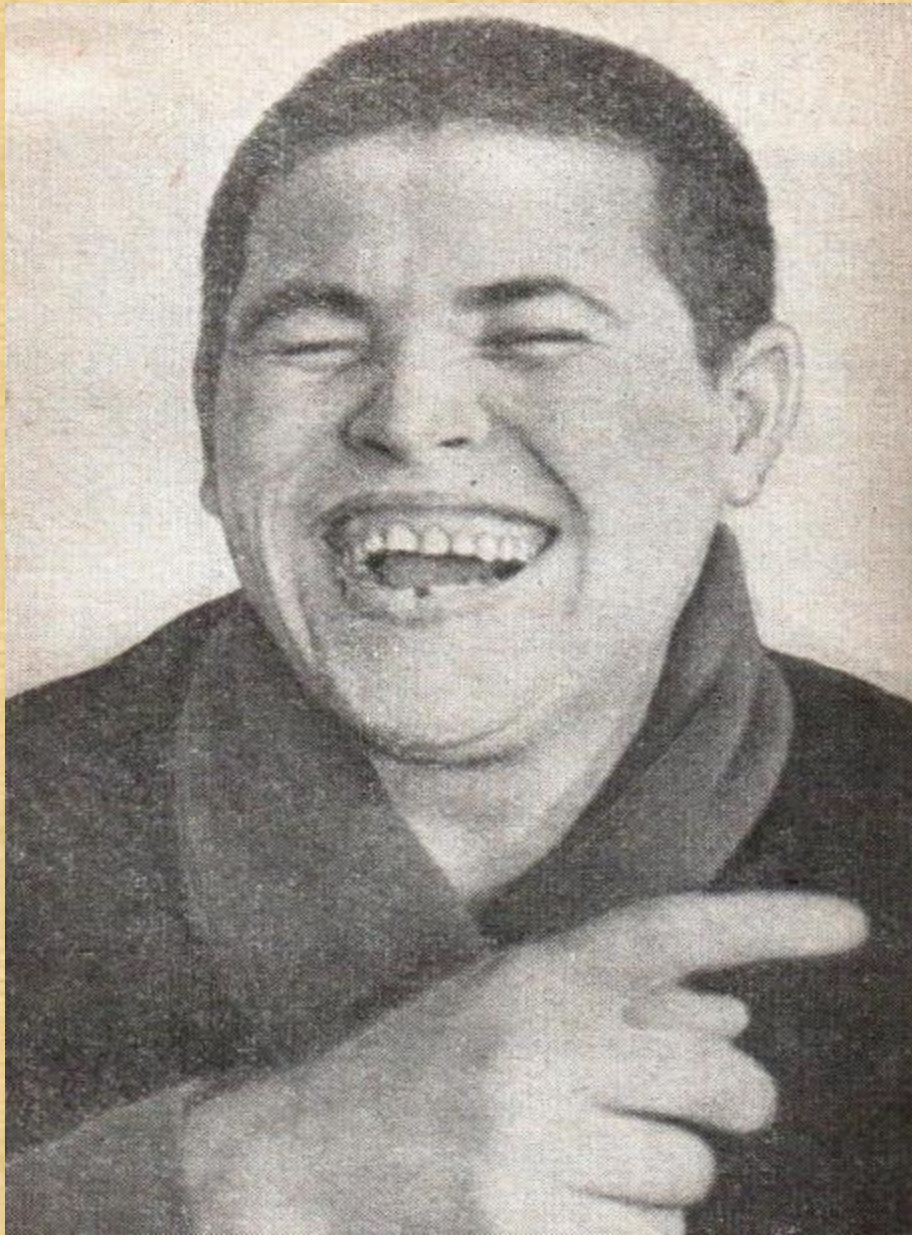
Психотическая симптоматика также оказывает свое воздействие на механизм моторных функций.



Манерность

Иногда вычурность и манерность больных шизофренией бывают настолько яркими, что диагноз предположить не трудно.

Эти симптомы характерны для таких типов болезни как кататонический и гебефренный.



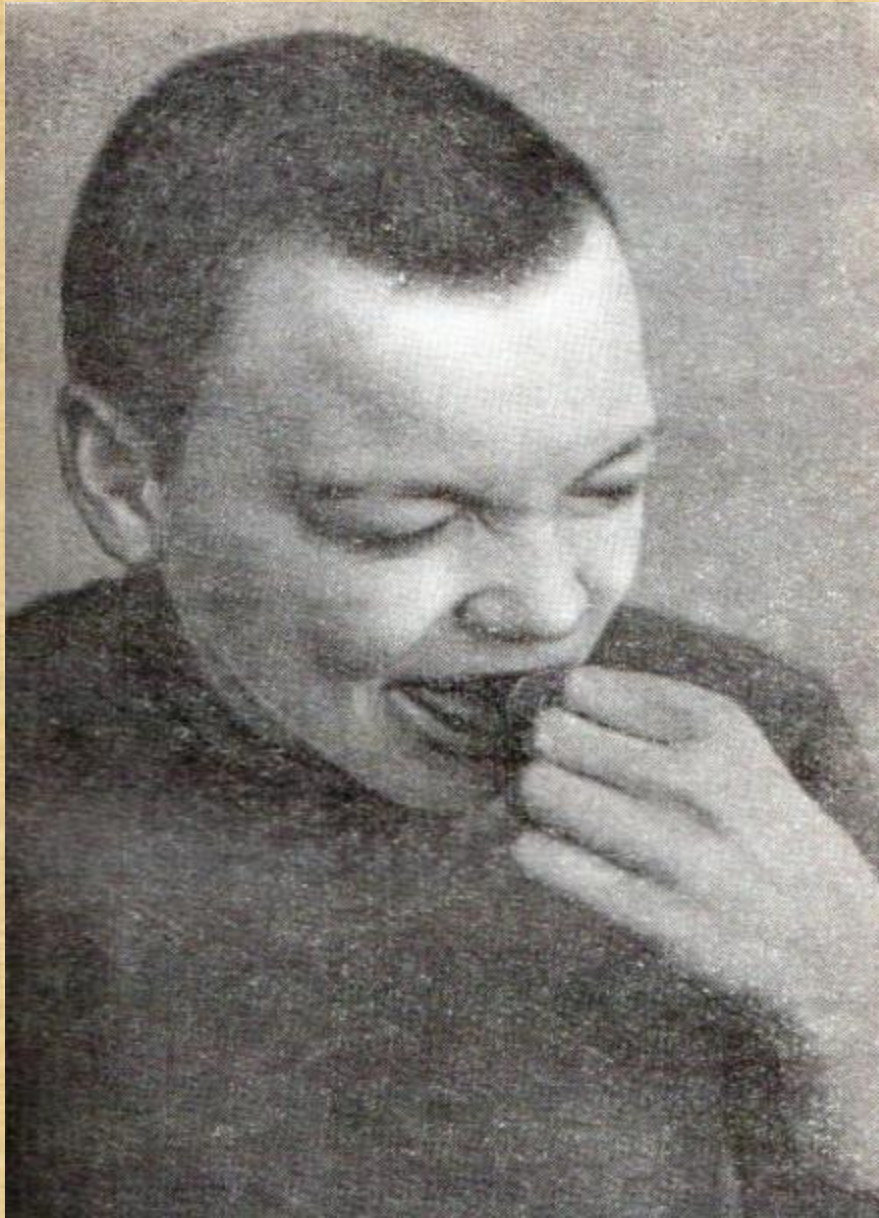
При медленном нарастающем течении шизофрении присоединяются тревожность,

выражающаяся в мимике.

Тонус лицевых мышц иногда повышен и вчертах проступает напряженность. Немотивированные смены настроения находят свое отражение и мимике больных.

Наблюдаются приступы смеха или плача.

На рисунке показан приступ смеха.



На рисунке показан
приступ плача

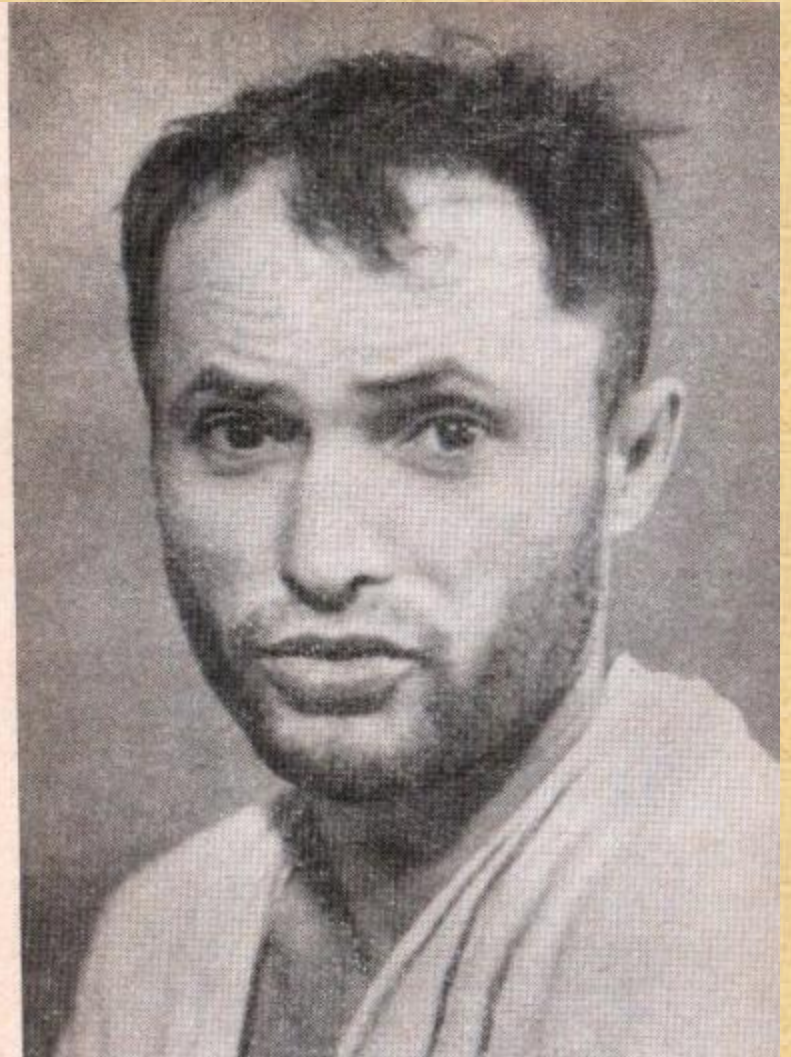
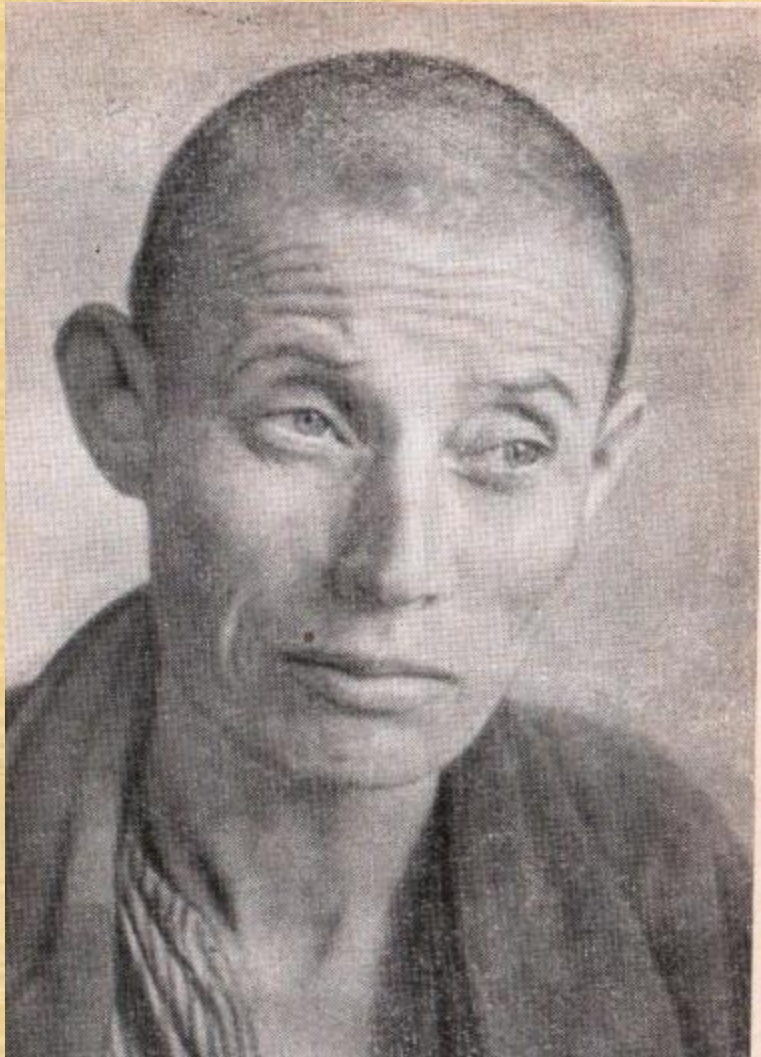
В некоторых случаях
бросаются в глаза
высокоподнятые брови
больных, вертикальные
морщины у переносья,
глаза нередко широко
открыты, черты его
заострены, общая
пантомимика замедлена



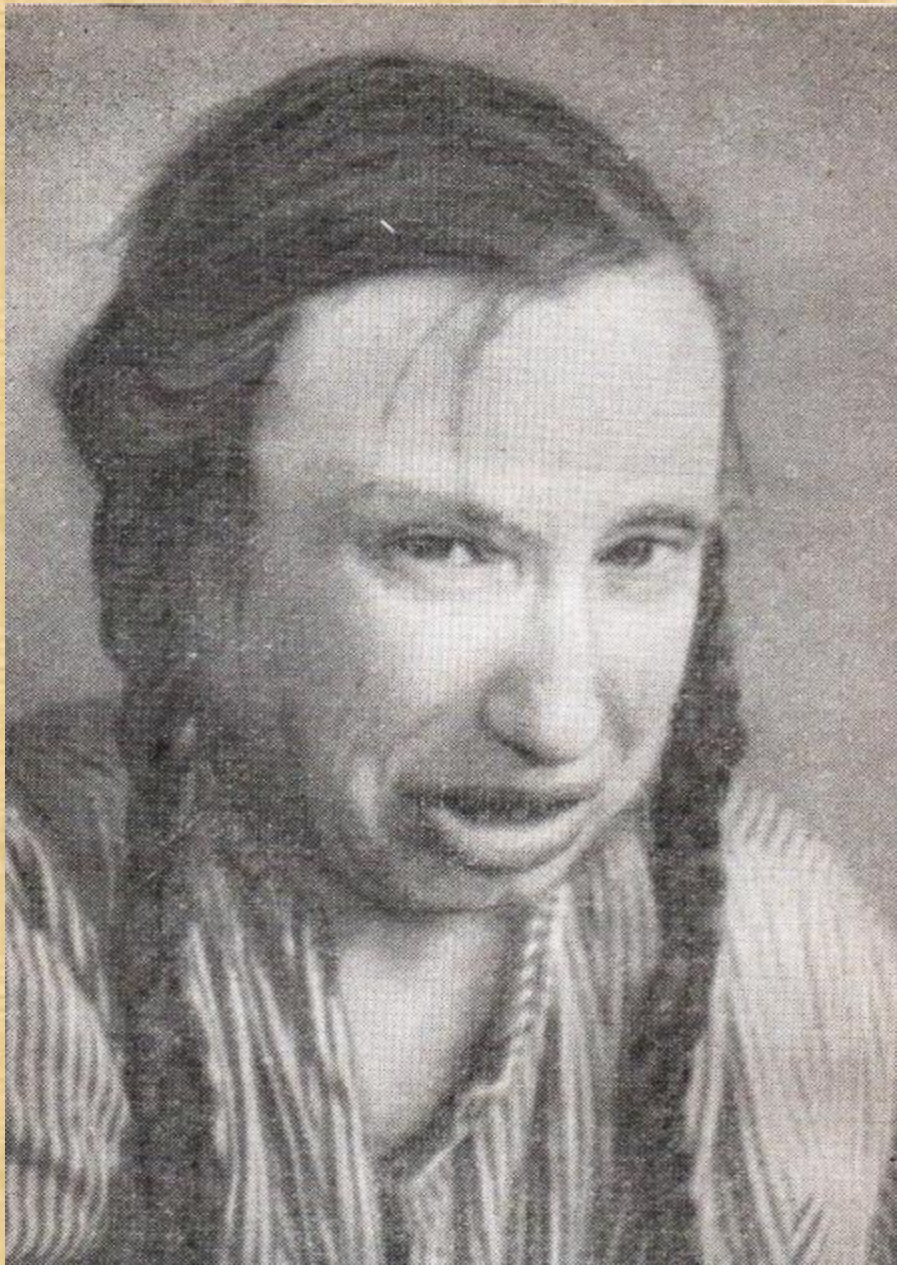
Мимика при обманах чувств

При подостром течении заболевания на передний план часто выступает депрессия, сочетающаяся с галлюцинаторно-параноидными переживаниями различной интенсивности.

Больные часто напряжены, что показано на рисунке.



Больные могут быть тревожны или ипохондричны. На левом рисунке больной с тревожно-напряженным выражением лица, справа - с тоскливым выражением.

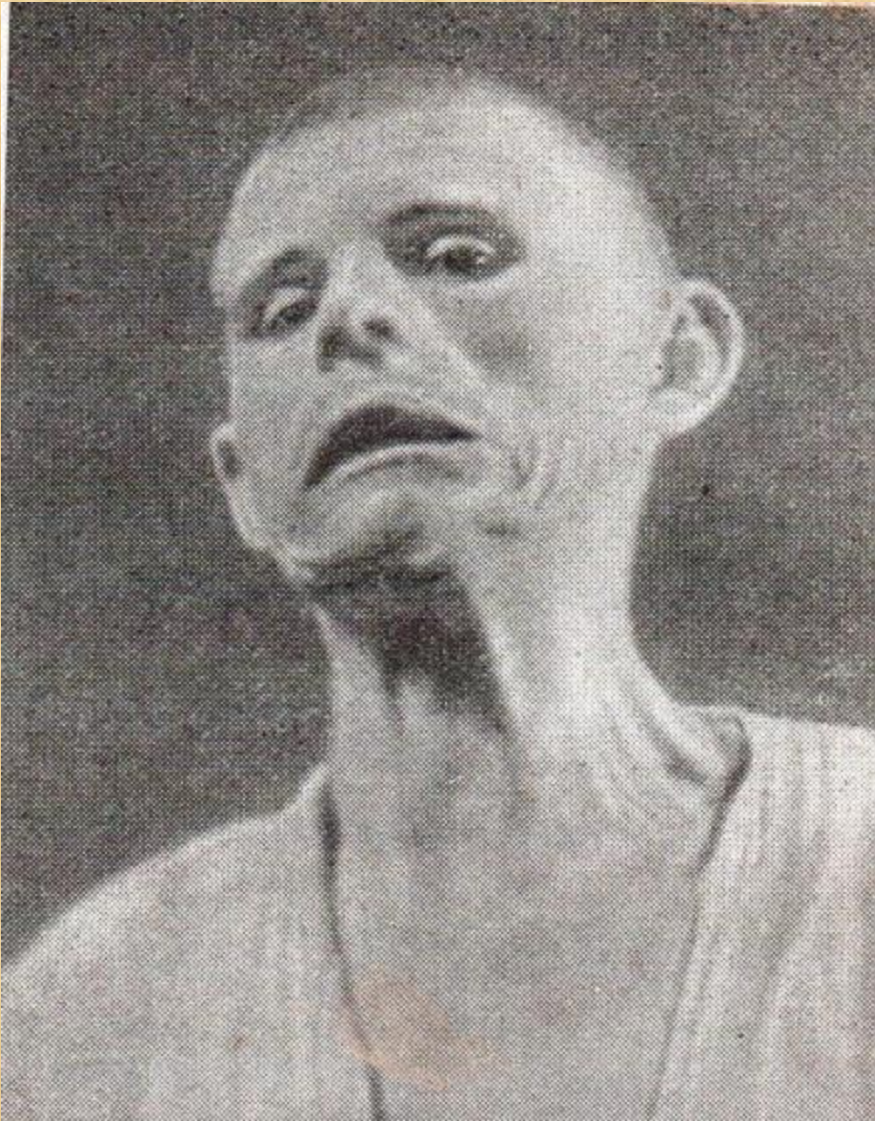


На лице больных шизофренией обычно боязливое , нередко плачущее, недоверчивое выражение.

Кожа лица бледная, посеревшая, мышцы лица расслаблены. Губы, щеки, нижняя челюсть несколько опущены, что придает лицу удлинённый, осунувшийся вид, усугубляемый общим похуданием («опавшее лицо»). Брови иногда приподнимаются, лоб покрывается горизонтальными морщинами, углы рта опускаются к низу, носогубные складки выступают резко.



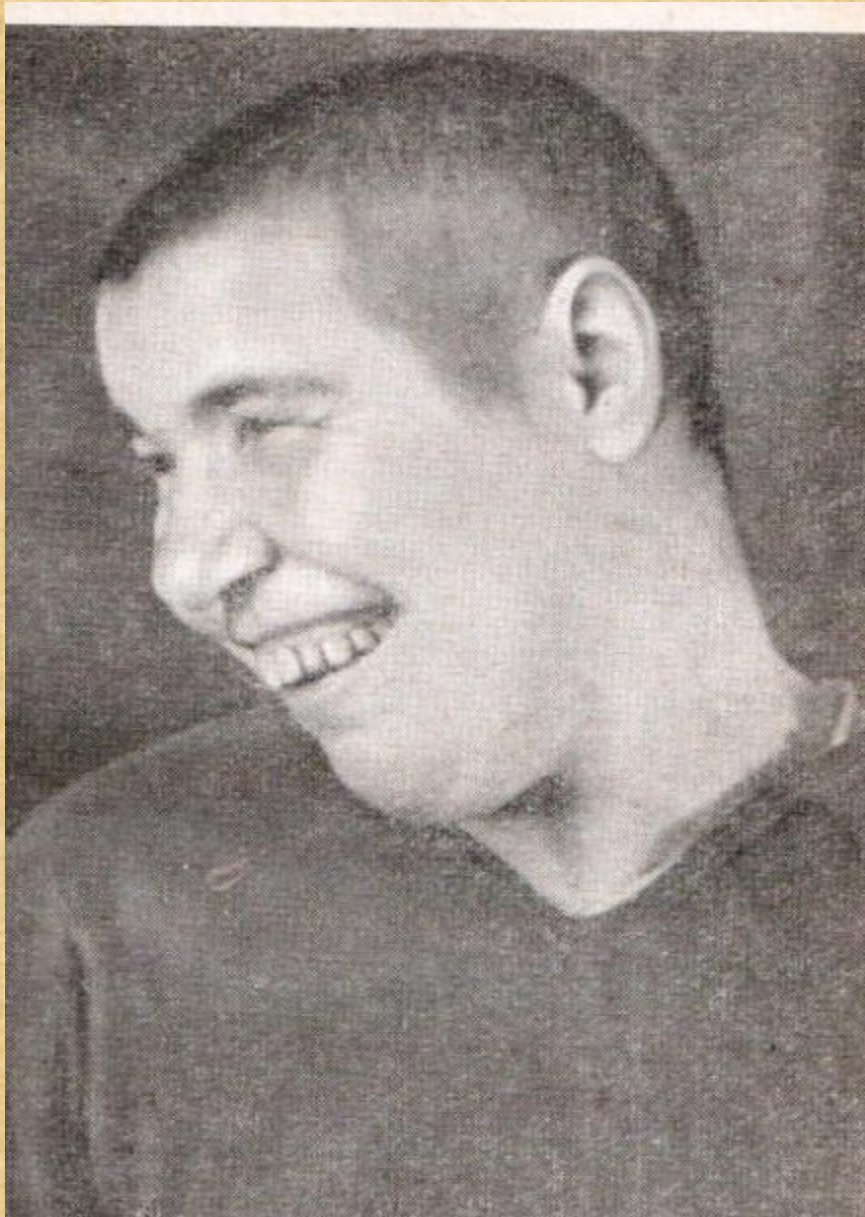
- При бурном начале шизофрении в клинической картине доминируют явления значительного психомоторного возбуждения. Больные находятся в постоянном движении, кричат, поют, свистят, ругаются, проявляются наклонность к агрессивным поступкам. Эти состояния сопровождаются повышенной мимической деятельностью.



Вариация мимики очень большая. Больные гримасничают, манерны, стереотипны.

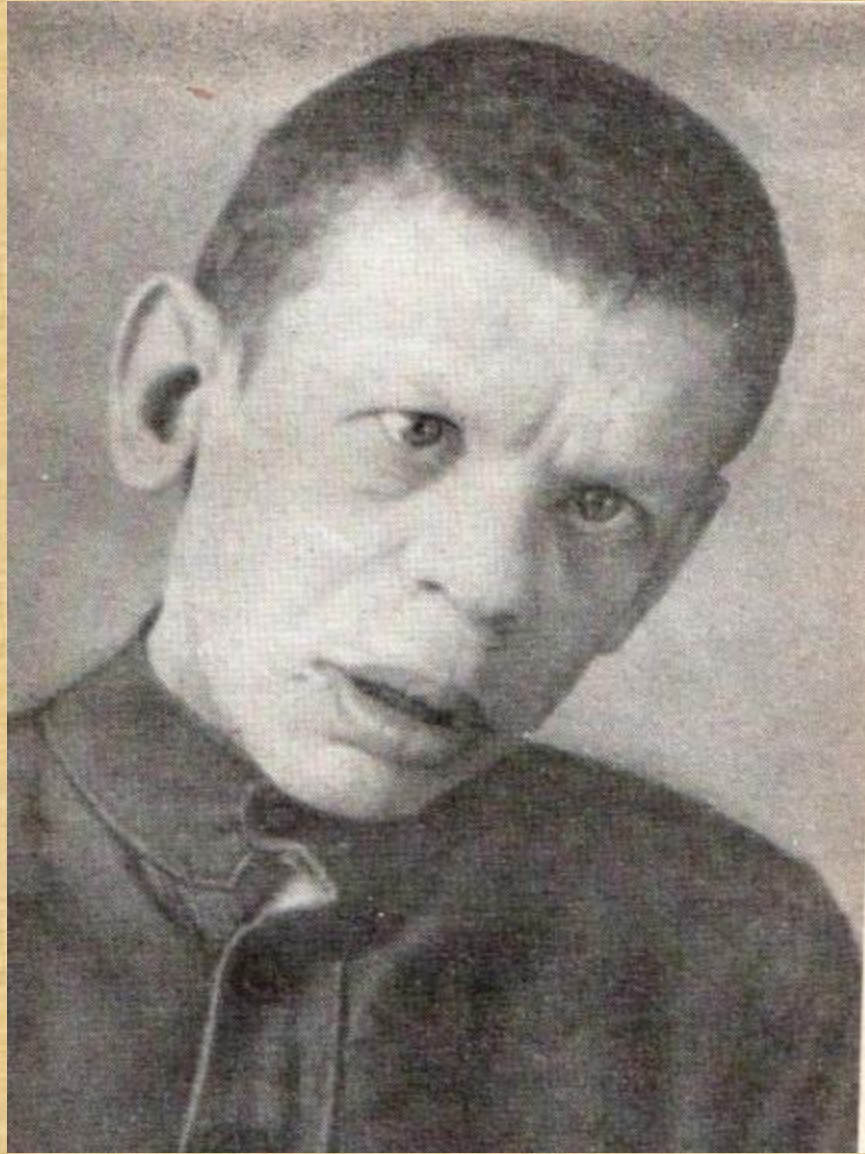
Иногда при очень большом возбуждении больной шизофренией по выражению лица напоминает соматического больного, настолько явственно на лице выступают явления токсикоза: гиперемия кожных покровов, запекшиеся губы, своеобразно измененные, как бы пьяные глаза и некоторая сальность лица.

При простой форме шизофрении, по мере нарастания процесса, на фоне общего медленного эмоционального оскудения и интеллектуальной деградации трансформируется мимика с нарастанием компонентов безразличия, апатии, вялости. У таких больных с течением времени мимические функции становятся тусклыми, маловыразительными. Мимические вариации и нюансы как бы растворяются. Мимические переходы теряют компоненты плавности и гармоничности и становятся как бы стертыми. В дальнейшем лицо становится все более безразличным, принимая своеобразное апатически-абулическое выражение или иногда его называют «пустое лицо»



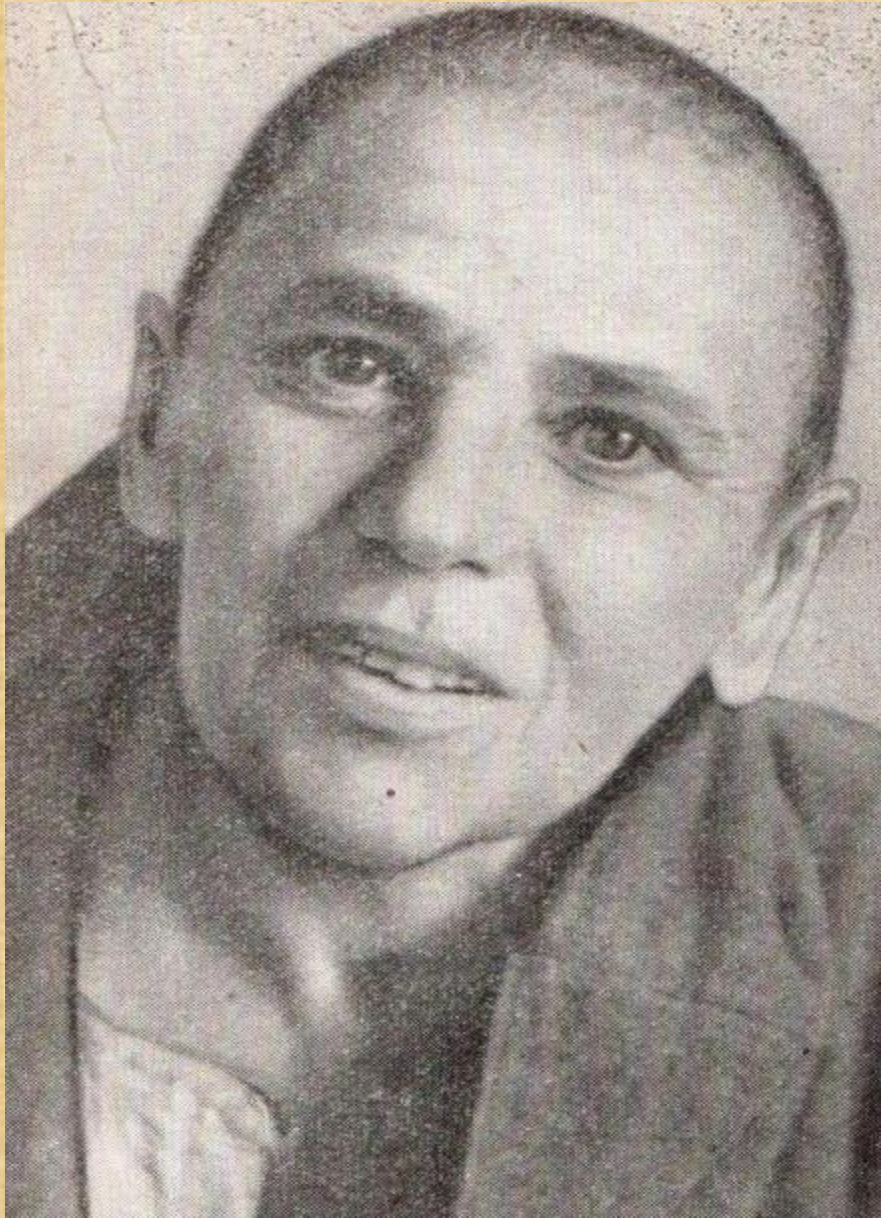
Расщепление психики, нарушение внутреннего единства личности отражается в мимике явлениями диссоциации.

Появляется «мимическая разорванность», что можно рассматривать, как проявления распада мимических выражений, как непосредственные нарастания процесса. Одно из характерных проявлений расщепления мимики представляет немотивированный смех.



При гебефренических формах шизофрении мимические расстройства очень характерны.

Эта форма болезни чаще всего развивается в подростково-юношеском возрасте. В этот период мимический облик больных еще не завершен, не созрел полностью. При вялом течении заболевания мимические нарушения проявляются медленно, с постепенным нарастанием и утяжелением симптоматики. На рисунке видно, что кожные покровы лица потеряли эластичность. В связи с развивающимися иногда явлениями гипотонии мышц лицо кажется удлинненным.



При навязчивых состояниях отмечаются своеобразные вариации дисмимий.

Основной их фон складывается из той внутренней борьбы, которую нередко переживают больные и которая обусловлена, с одной стороны, сознанием нелепости навязчивой идеи, а с другой – ощущением собственной беспомощности и неспособности борьбы с ней. Для таких больных характерно боязливое напряженное, сочетающееся с беспомощным выражением лица. Иногда, как видно на рисунке на лице блуждает виноватая улыбка, являющаяся попыткой маскировки болезненного состояния.

В более выраженных случаях можно наблюдать в мимике больных своеобразную борьбу мотивов.

Это попытки больных борьбы с навязчивостью, которые отражаются в мимике рядом знаков: закрыванием глаз, вздрагиванием углов рта, общим напряжением лица, что видно на рис. 49. Иногда это проявляется в резком подъеме головы и плотно сжатом рте, что можно видеть на рис. 50. в других случаях- в своеобразно опущенной голове (рис.51).

по мере нарастания патологического процесса в клинике гебефрениии начинает все явственнее выступать симптоматика дурашливого поведения, в основном и определяющая своеобразие данной формы шизофрениии (рис.52).

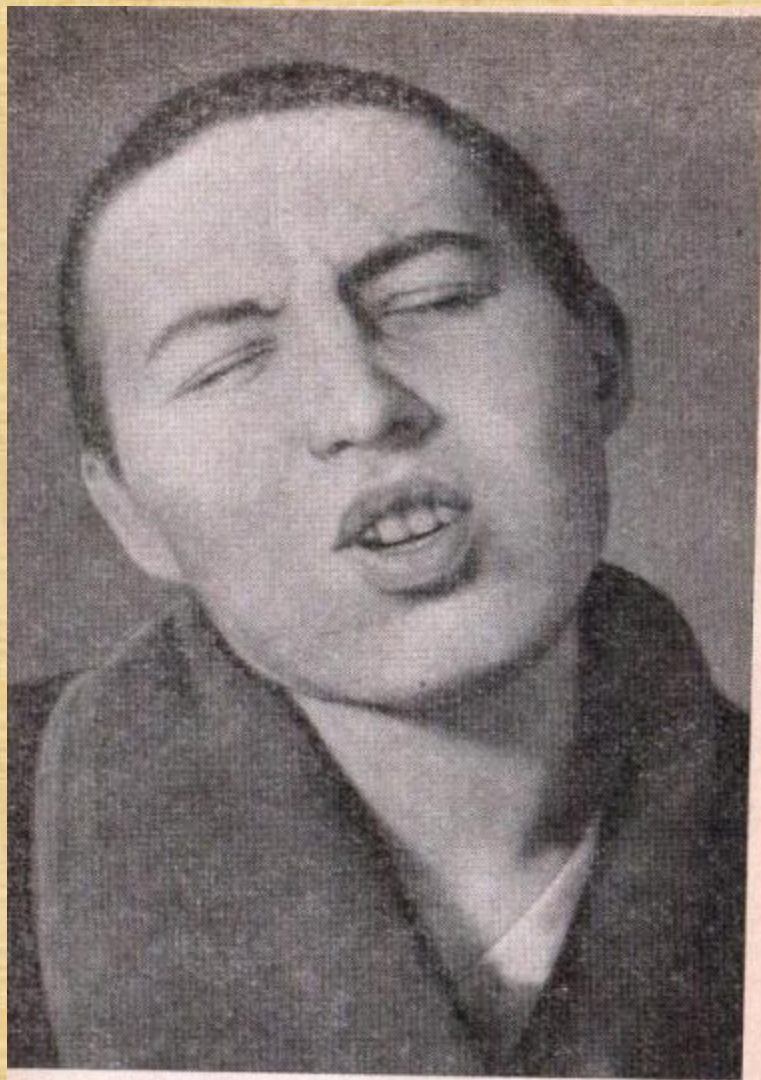


Рис. 49. Закрывание глаз
(мера защиты).

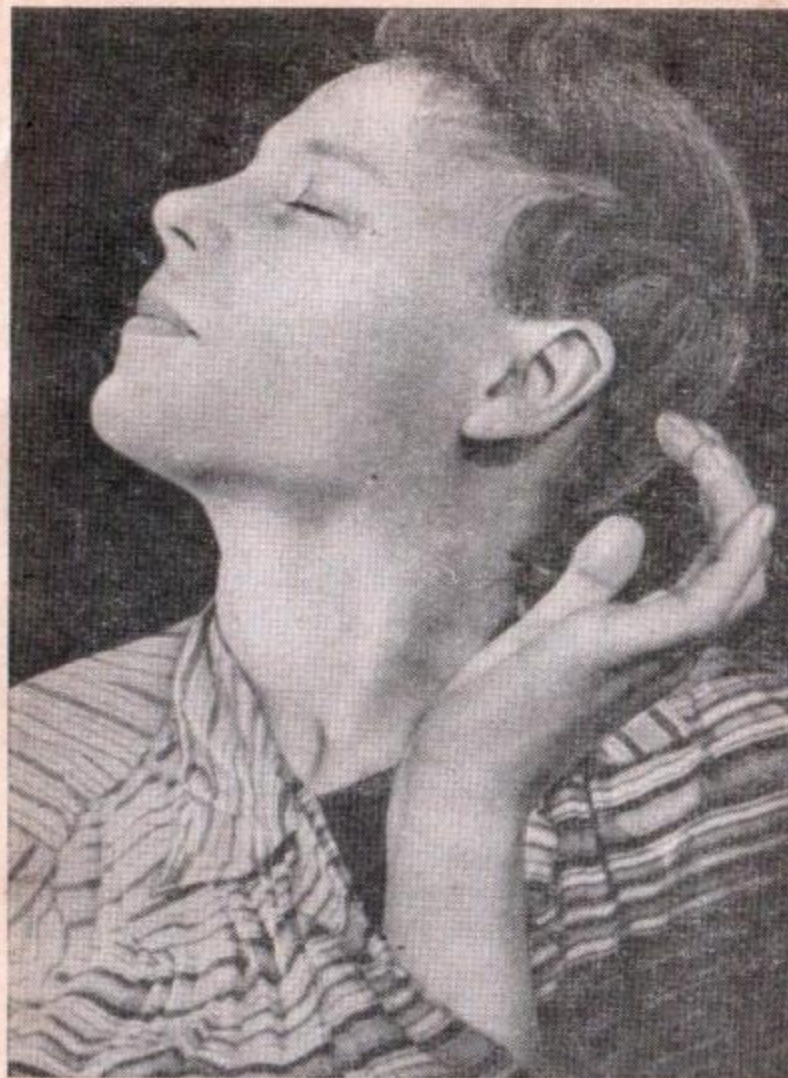


Рис. 50. Подъем головы
(мера защиты).

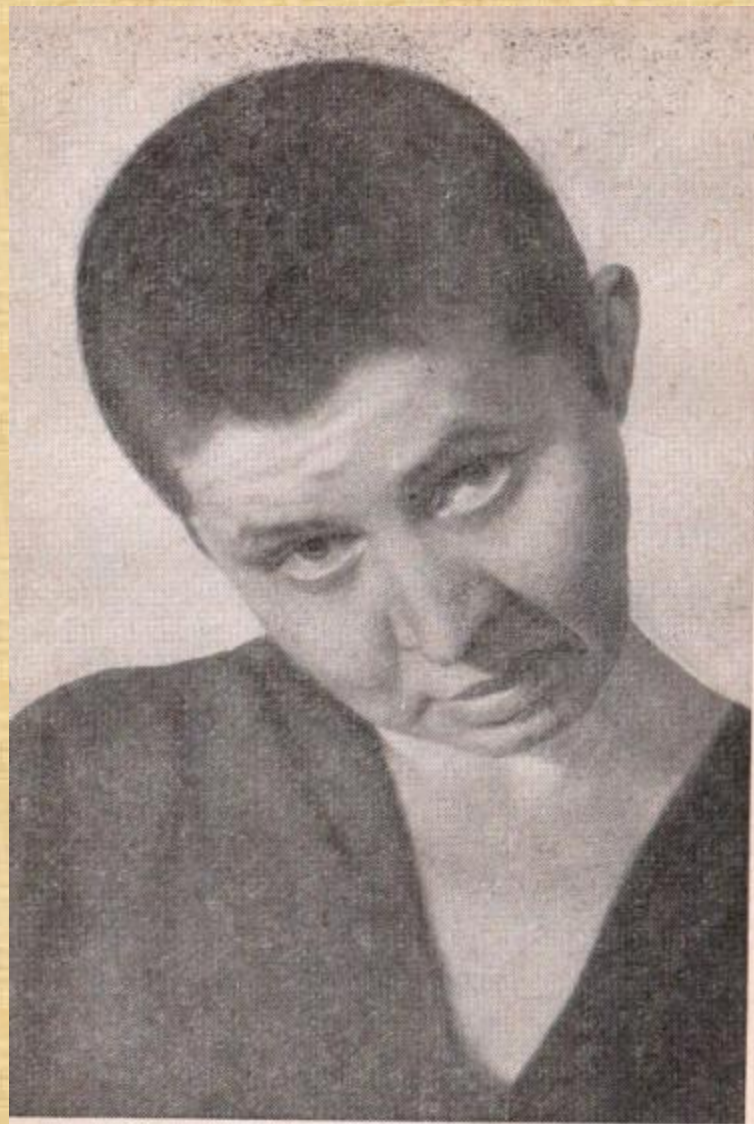


Рис. 51. Опускание головы
(мера защиты).



Рис. 52. Дурашливое поведение.

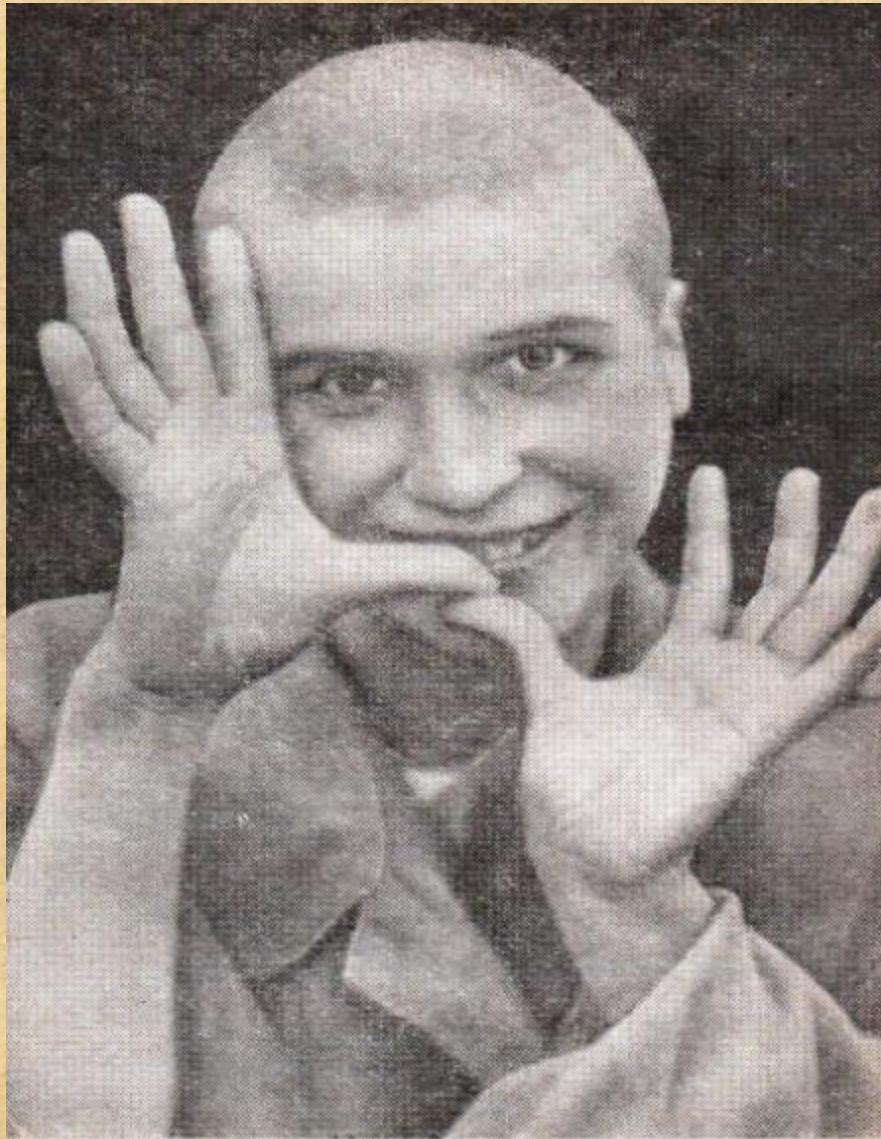


Рис. 53. Манерничанье

В ярких случаях отмечается очень подвижная мимика с феноменами гримасничанья и манерничанья.

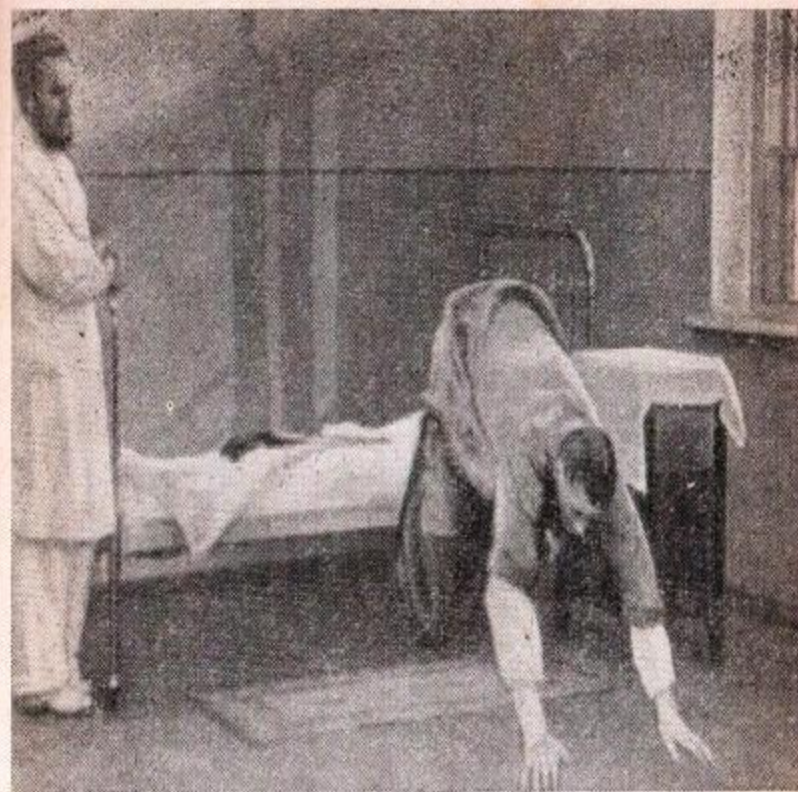
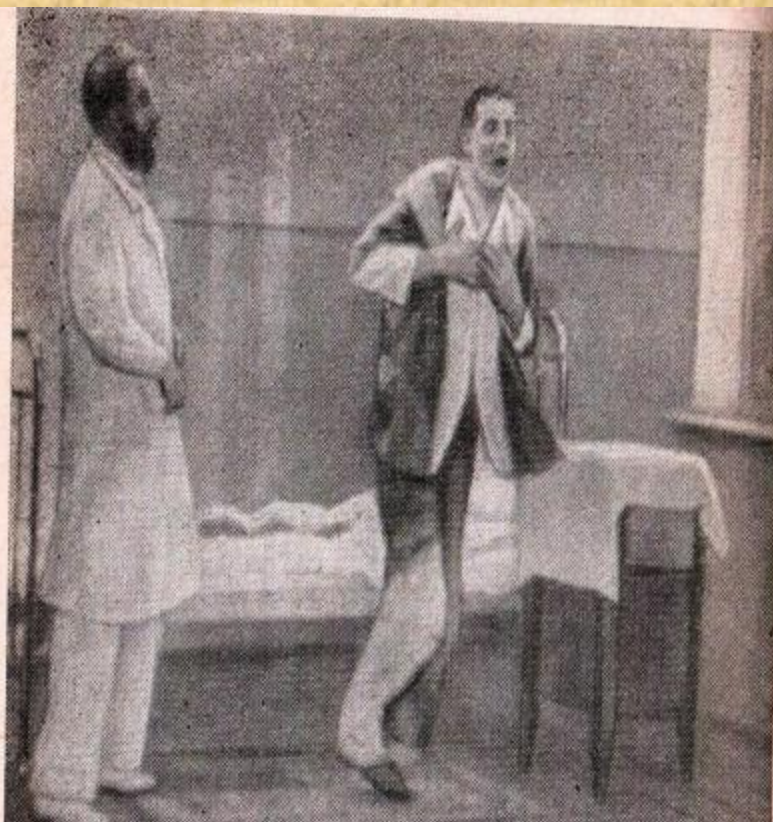
Общеизвестны наблюдающиеся у больных всевозможные мимические ужимки: больные морщат лоб, нос, раздувают щеки, кривят губы, вытягивают их в трубочку, высовывают язык, оскаливают зубы, закрывают глаза, закатывают их кверху, таращат их, вращают во все стороны и прочее. Повторяются эти гримасы стереотипно-неустанно, однотипно. Часто у больных отмечается как бы театрализованная мимика.

Еще большая вариабильность дисмимических картин встречается при гебефренном возбуждении (рис.54, 55)

Получается своеобразная скачка мимики, при которой беспорядочной вереницей сменяются мимические выражения, как бы наезжая друг на друга. Почти при всех этих дисмимиях можно обнаружить элементы парамимий, более или менее выраженных. Бросается в глаза мимическая несогласованность как между отдельными частями лица (правая- левая, верхняя- нижняя), так и между группами мышц.

С дальнейшим течением заболевания яркая мимическая симптоматика больных тускнее и в затяжных исходных формах нивелируется все более и более, утрачивая свои отличительные для гебефрениии знаки и приближаясь к общим картинам шизофренических дисмимий.

На левом рисунке показано начало двигательного беспокойства, на правом нарастание двигательного беспокойства.



Ситуационная задача

(вопросы к задаче смотрите в следующем слайде)

Клинический пример: Пациент Л., 20 лет. В подростковом возрасте отличался несносным поведением. Внезапно и без видимых причин вступал в конфликт с друзьями и родителями, ночевал в подвалах, употреблял гашиш и спиртное, стал воровать. С трудом окончив 9 классов, перешел в училище, которое не смог окончить, поскольку попал под суд за хулиганство. После возвращения домой решил образумиться, поступил на работу. Но его внимание привлекла некая девушка, которой стал оказывать странные знаки внимания. Она работала в большом супермаркете, и Л. стал захаживать к ней по вечерам. Встречая ее, он громко говорил и употреблял нецензурные выражения, плевался и тем самым ее компрометировал, но когда она на это ему указала — разбил витрину и разбросал в магазине товары. К тому же, он стал неряшливым и совершенно не мылся, говорил много, но без всякого смысла и без центральной идеи, речь перемежал тирадами «модных выражений», которые черпал у «новых русских». Обратился к милиционеру с просьбой сопроводить его в ресторан, для охраны, а когда тот отказался — вступил в драку. Работу забросил и жил на свалке недалеко от магазина возлюбленной. Но это его совершенно не смущало, поскольку он пребывал в постоянной эйфории. За это время он совершил несколько краж, и был пойман, когда украл у ребенка пакет с леденцами. При госпитализации дурашливо смеялся, гримасничал, в речи — тематическое соскальзывание.

Вопросы к ситуационной задаче

1. определите проблему пациента;
2. разработайте план сестринского ухода;
3. определите режим наблюдения;
4. назначьте лечение данной пациентке
(вопрос 4 для студентов лечебного отделения).

До свидания!

Успехов учебе!