

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО**

**РЕФЕРАТ НА ТЕМУ: «РЕГИСТРЫ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ »**

Зав. кафедрой д.м.н., доцент Березовская М.А.
Ординатор: Щетникова А.С.

Красноярск 2020 г.

Оглавление

Введение	3
Понятие «регистр»	4
Некоторые вопросы диагностики	5
Вывод	6
Источники:.....	6

Введение

В основе понятия регистров лежит идея о послойном строении психики. Следует учитывать, что эти слои - не анатомическое понятие, они отражают наше представление о развитии (филогенезе и онтогенезе) психических функций. В процессе формирования психики к прочно закрепленным древним функциям прибавляются все новые и новые, которые сначала рассматриваются как хрупкие и нестабильные, однако со временем закрепляются и приближаются к базовым (ядерным). Подобную схему психики впервые предложил *Дж.Х. Джексон*.

В соответствии с этой схемой негативные симптомы представляют собой последовательное стирание, растворение (*диссолюцию*) сначала наиболее поздних, поверхностных, хрупких слоев психики и личности, а затем и более древних, глубоких, прочных функций, определяющих ее структуру. Продуктивная симптоматика также развивается (*эволюция*) не хаотично, а путем наслоения на мягкие (невротические) расстройства, возникающие в инициальном периоде болезни, все более тяжелых, грубых (психотических) симптомов.

Таким образом, наблюдая симптоматику каждого отдельного больного, имеют дело не с одним, а со всеми слоями психики, пострадавшими к настоящему моменту. По этой причине у человека с грубым поражением психики наблюдают одновременно и грубую психотическую продуктивную симптоматику (бред, галлюцинации), и более мягкие расстройства (снижение или повышение настроения). Точно так же признаки грубого дефекта (снижение памяти, интеллекта) сосуществуют с менее значительными утратами (астенией). Основное положение данной теории можно образно сформулировать в выражении: *«В любой психоз обязательно входит невроз»*.

Представление о психике как о многослойном объекте помогает понять, почему в психиатрии так мало специфичных симптомов. Особенно неспецифичны мягкие (невротические) расстройства, поскольку они возможны практически при всех заболеваниях. Разочарование в специфичности симптомов психических расстройств выразилось в *теории единого психоза*, согласно которой в психиатрии есть только одна болезнь, а наблюдаемое врачами разнообразие симптомов обусловлено тем, что они видят больных на разных этапах единого процесса.

Понятие «регистр»

Теория единого психоза не лишена оснований, но выглядит слишком категоричной. Практика психиатрии показывает, что существует достаточно много болезней, которые никогда не проявляются тяжелыми болезненными симптомами. Для каждого заболевания существует некий предельный уровень (*регистр*), который может быть достигнут в течение всей жизни больного. Так, при неврозах заболевание никогда не выходит за рамки невротических расстройств. При МДП нет галлюцинаций, развернутых бредовых синдромов, расстройств сознания, грубых изменений личности. При шизофрении никогда не возникает симптомов, типичных для органических психозов (таких как делирий, корсаковский синдром, деменция). Самым большим разнообразием отличаются проявления органических психозов, поскольку они включают все нижележащие регистры.

Представление о регистрах не является общепринятым, невозможно определить их точное количество. Так, основоположник нозологического направления в психиатрии Э. Крепелин (1856-1926) выделял три регистра психических расстройств: 1) невротические и аффективные, соответствующие неврозам и МДП; 2) шизофренические; 3) органические.

В России широко известна подробная, разработанная А.В. Снежневским (1904-1987) схема регистров продуктивных и негативных психопатологических синдромов, включающая: астенические; маниакально-меланхолические (аффективные); невротические и де-персонализационные; паранойяльные и вербальный галлюциноз; галлюцинаторно-параноидные, парафренические, кататонические; помрачения сознания; парамнезии; судорожные; психоорганические. При этом предполагается, что каждому из упомянутых уровней нервно-психического реагирования свойственны от одного до нескольких более локальных клинических субъединиц или собственно психопатологических синдромов. Например, на аффективном уровне это будут депрессивный и маниакальный синдромы, примерно эквивалентные друг другу, если иметь в виду глубину поражения. Шкала расстройств отражает отношения иерархии между ними — нами они перечислены в порядке возрастания их тяжести.

В дебюте болезни обычно наблюдают самые мягкие расстройства (например, астенический синдром). В дальнейшем к ним присоединяются все более тяжелые нарушения, то есть присутствуют одновременно симптомы низших и высших регистров. Картина болезни складывается из всех предшествующих и текущих расстройств. Такой процесс называется *усложнением* синдрома.

При диагностике психических заболеваний следует учитывать, что меньшей специфичностью отличаются расстройства низших регистров. Так, астенический синдром и аффективные расстройства могут встречаться

практически при любом психическом заболевании. Чем выше регистр синдрома, тем уже круг диагностического поиска, который приходится осуществлять, и специфичнее синдром. Так, судорожные припадки и пароксизмы наблюдают только при органических заболеваниях, они не могут быть проявлением шизофрении или неврозов.

Некоторые вопросы диагностики

С учением об уровнях строения психической деятельности связаны представления о «регистрах» психических расстройств, отражающих глубину поражения головного мозга (Kraepelin, 1920). Регистр в контексте обсуждаемой проблемы — это ограниченный известными пределами объем психического поражения. В самом широком плане могут быть разграничены два регистра психического поражения: психотический и непсихотический. Традиционно клиническая психиатрия была ориентирована на изучение психотических нарушений. Тем не менее в последние несколько десятков лет происходит поворот к изучению неглубоких, непсихотических расстройств. Критерии, по которым психическое расстройство идентифицируется с психотическим, таковы:

— коренное, радикальное искажение картины реального мира в сознании пациента. Это обусловлено глубокой депрессией, бредом, галлюцинациями и другими глубокими нарушениями психической деятельности;

— тяжелые нарушения поведения, связанные с неспособностью пациента считаться с требованиями реальности и здоровыми тенденциями собственной личности;

— непонимание пациентом факта собственного психического расстройства или, иными словами, отсутствие критического отношения к заболеванию — анозогнозия.

Психотическое состояние является основанием для госпитализации в психиатрический стационар. Поведение пациента, опасное для окружающих и для него самого (агрессия, очевидная ее возможность, аутоагрессия), служит безусловным показанием для принудительного помещения в стационар. Больные этого рода нуждаются в интенсивной терапии с преимущественной направленностью последней на биологические методы лечения. Факт психического заболевания не вызывает обычно сомнений у окружающих, включая близких пациента. Среди психиатрических пациентов удельный вес психотических больных сравнительно невысок. Даже с учетом состояний выраженного слабоумия (деменция, тяжелые степени олигофрении) он не превышает, по-видимому, 15—20 %.

Критериями непсихотического регистра психического поражения являются:

— сохранение пациентом способности к реалистическому отображению действительности. Искажения общей картины мира и отдельных сторон жизни возможны и здесь, но они до известной степени доступны коррекции прошлым и настоящим опытом;

— адекватное в целом социальное поведение, базирующееся на учете реальных отношений и доминировании неболезненных тенденций личности

— Полное или, во всяком случае, отчетливое понимание пациентом факта имеющихся у него психических отклонений, осознанное стремление к их преодолению и компенсации.

Лечение данной, наиболее многочисленной категории больных связано с рядом проблем. Одно из них — наличие соответствующей инфраструктуры лечебных учреждений. Несомненно, более адекватным было бы наблюдение и лечение непсихотических пациентов в общесоматической сети. В терапии больных весьма важное, а часто и основное значение приобретает психотерапия. Требуется существенная коррекция психологических установок врача-психиатра, его образования, методов подготовки в вузе. Не отклоняясь от клинических традиций, врач должен быть теперь психотерапевтом и психологом.

Вывод

Разработанная в первой половине XX века теория регистра психических расстройств до сих пор остаётся актуальной и её изучение помогает понять основополагающие принципы психической патологии.

Источники:

1. Психиатрия и медицинская психология - И. И. Иванец и др. – 2014.
2. В.А. Жмуров «Психопатология. Часть II».
3. Клиническая психиатрия. Избранные лекции : учеб. пособие / ред. Л. М. Барденштейн, Д. М. Пивень, В. А. Молодецких. - М. : ИНФРА-М, 2017.
4. Психиатрия. Ординатура : сб. метод. указаний для обучающихся к практ. занятиям для специальности ординатуры 31.08.20 – Психиатрия. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2018. – 1093 с.
5. Незнанов, Н. Г. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Н. Г. Незнанов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 496 с.