

Курский государственный медицинский университет



Зав. кафедрой психологии здоровья
и коррекционной психологии,
профессор, доктор психол. н.,
Никишина В.Б.

Курск - 2017

СОДЕРЖАНИЕ

Вопрос 1. Эмоциональные состояния пациента с дифференциацией на острые и хронические.

Вопрос 2. Психология страха.

Вопрос 3. Психология боли.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА



Острые ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ

-Аффективные состояния.

-Панические состояния.

-Фобические состояния.

-Конфликтное состояние на фоне дискомфорта и переутомления.

-Агрессивное возбуждение на фоне интоксикации.

-Интенсивность проявлений.

-Быстрая или сверхбыстрая динамика нарастания.

-Недостаток приспособительных возможностей.

-Психофизиологическая природа.

Аффект как острое ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ

- Кратковременное эмоциональное состояние человека, обычно вызванное травмирующими переживаниями.
- Эмоциональный процесс, характеризующийся кратковременностью, интенсивностью и выраженными физиологическими проявлениями;
- Сильные эмоциональные переживания, которые возникают в критических условиях при неспособности найти выход из опасных и неожиданных ситуаций и которые сопряжены с выраженными двигательными и органическими проявлениями.
- Аффект может проявляться как в виде кратковременной бурной реакции (например, вспышка гнева), так и в виде длительного состояния (например, аффективное отношение к человеку, месту, событию и т. д.) (Н. Толстых).

Аффект (лат. Affectus – страсть, душевное волнение)

Острые ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ

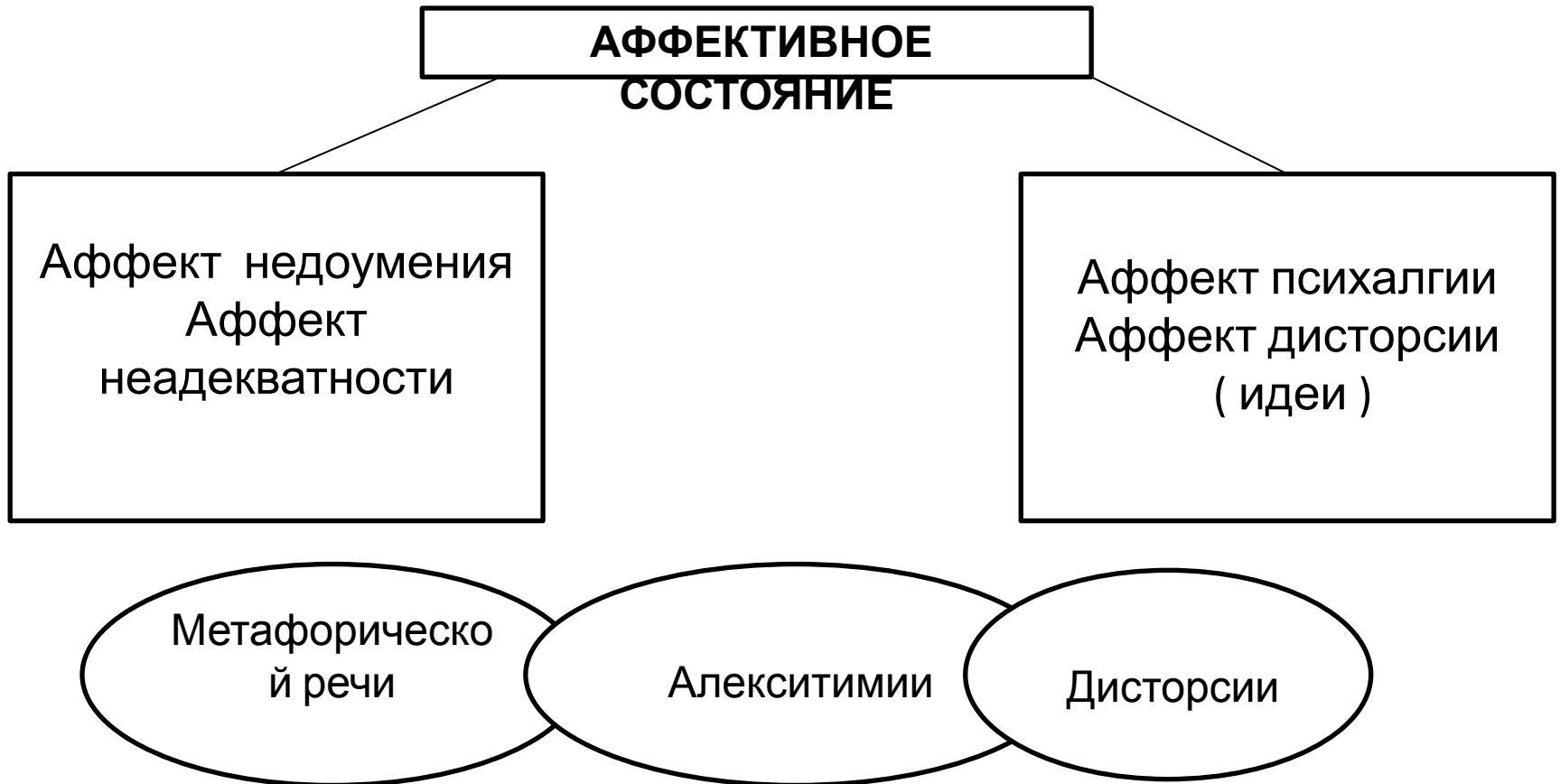


Рис. 2. Этапы развертывания аффективных реакций

Физиологический аффект

1. Высшая интенсивность возбуждения.
2. Соответствие вызвавшей причине
3. Значительная дезорганизация сознания («сужение» сознания).
1. Несдержанность в действиях
2. Несвязанность ассоциативных идей, доминирование одного представления.
3. Сохранение отдельных воспоминаний.

Патологический аффект

1. Сверхинтенсивность перевозбуждения.
2. Несоответствие вызвавшей причине.
3. Полная дезорганизация сознания, умопомрачение.
4. Полная потеря способности отдавать отчет в своих действиях
5. Бессвязное хаотическое сочетание идей.
6. Амнезия.

При дифференциальной диагностике патологического и физиологического аффектов необходимо учитывать, что, представляя собой качественно разные состояния, они имеют ряд общих признаков.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АФФЕКТИВНОГО СОСТОЯНИЯ

Проявлени:

Характеристика:

Гормональный
фон

Выброс адреналина и норадреналина

Расширение зрачков

Расфокусированность взгляда

Снижение чувствительности анализаторных систем

Учащенный пульс

Тахикардия

Учащение дыхания

Перераспределение кровотока

Гиперемия кожных покровов

Усиление мышечного тонуса

Ослабление моторики кишечника

Гипокинетический вариант :

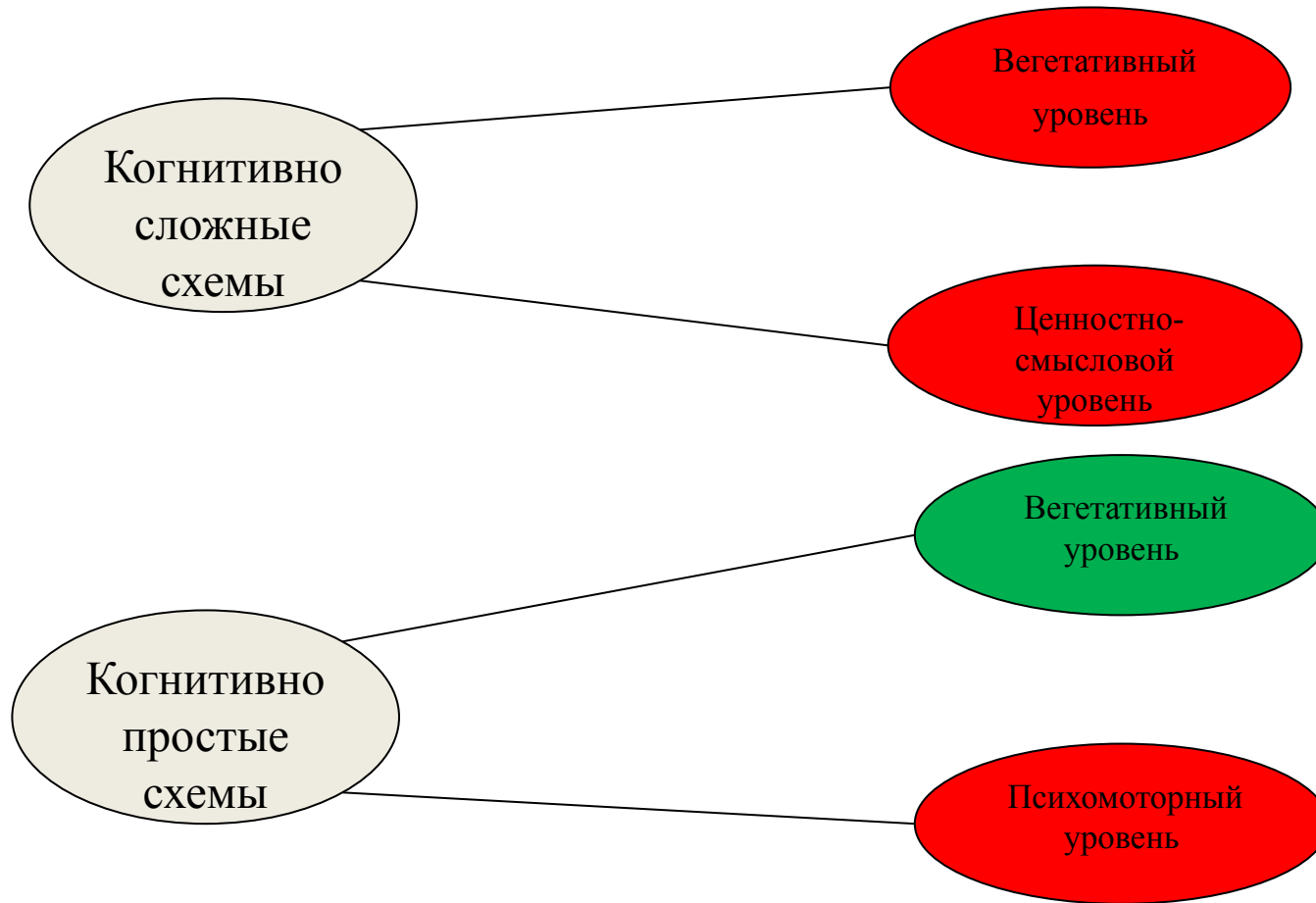
Психические

- Двигательная заторможенность
- Невозможность говорить (мутизм)
- Алекситимия
- Фрагментарность восприятия
- Сужение и концентрация сознания — на психотравмирующем объекте

Гиперкинетический вариант:

- Выраженная ажитация психомоторное возбуждение
- Кинестетическая разбалансированность (хаотичность движений)
- Вокализированные реакции (плач, смех, крик и т.п.)
- Фрагментарность восприятия
- Сужение и концентрация сознания — на психотравмирующем объекте

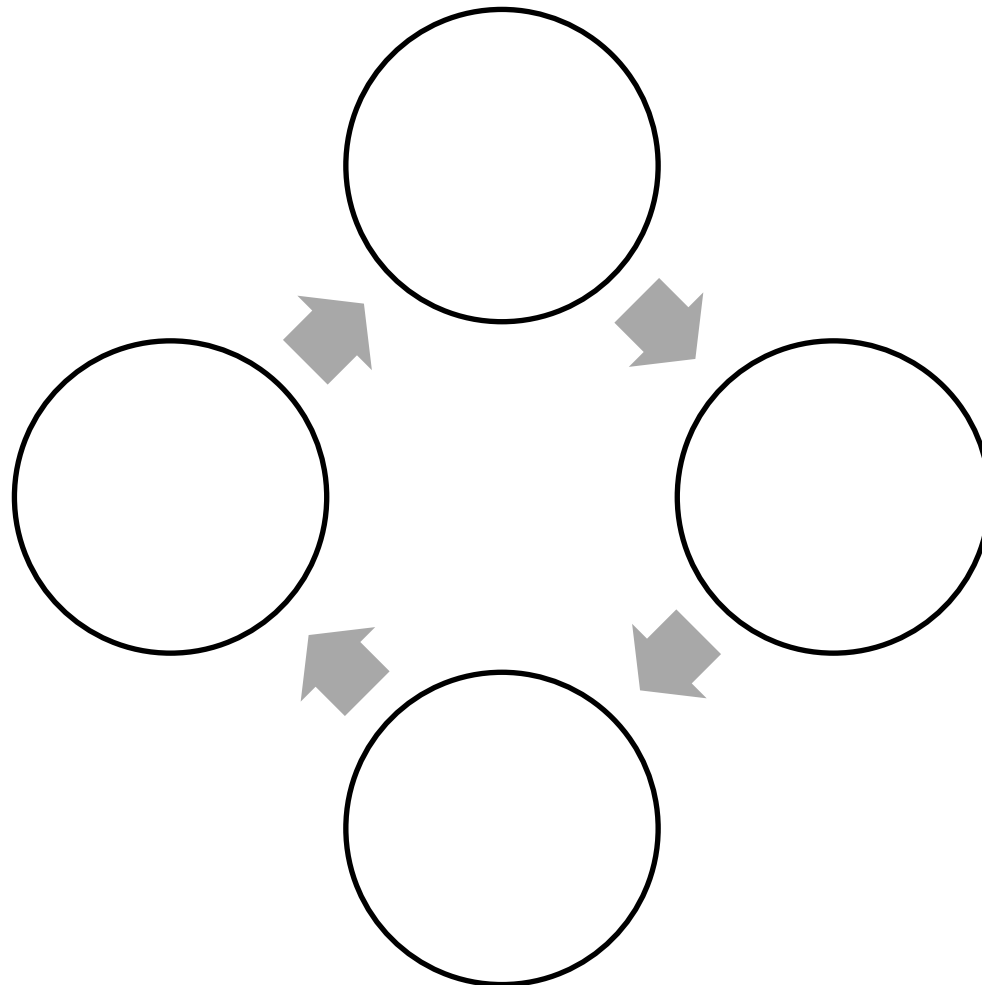
Психологические механизмы реализации воздействия при аффективных состояниях



Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) —

это психическое расстройство, характеризующееся спонтанным возникновением панических атак от нескольких раз в год до нескольких раз в день и ожиданием их возникновения.

Характерной чертой расстройства являются рецидивирующие приступы резко выраженной тревоги (паники), которые не ограничены определённой ситуацией или обстоятельствами и, следовательно, непредсказуемы



Телесные симптомы



Паническое состояние как острое эмоциональное состояние

психофизиологического
происхождения, реализующееся в
связи различных нейромедиаторных
систем (катехоламиновой, ГАМК -
эргической, серо-тонинэргической) с
возникновением эпизодических
приступов пароксизмальной тревоги.

Признаки и симптомы ***панического расстройства***

	<p>Пациент беспокоится о предстоящем приступе паники; Ведет себя иначе из-за панических приступов, например, отказывается бывать в местах, где ранее бывал</p>		
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Аффективные состояния - психические состояния, характеризующиеся заметной эмоциональной окрашенностью: эмоциональные состояния, состояние аффекта, настроение и т.п.

Аффект - стремительно и бурно протекающая, наиболее сильная эмоция взрывного свойства, неподконтрольная сознанию и способная принять форму аффекта патологического.



Аффективные расстройства класс F3 (по МКБ-10)

F30-Маниакальный эпизод

F31-Биполярное аффективное
расстройство

F32-Депрессивный эпизод

F33-Рекуррентное депрессивное
расстройство

F34-Хронические расстройства
настроения (циклотимия,
дистимия)

F38-Другие расстройства
настроения

F39-Неуточненные расстройства
настроения

МКБ 10

**Международная
классификация
болезней**

Биполярное аффективное расстройство



Ж. Фальре (1854):
«циркулярное
помешательство»



Ж. Байярже (1854):
«двойное
помешательство»



Э. Крепелин (1899):
«маниакально-
депрессивный
психоз»

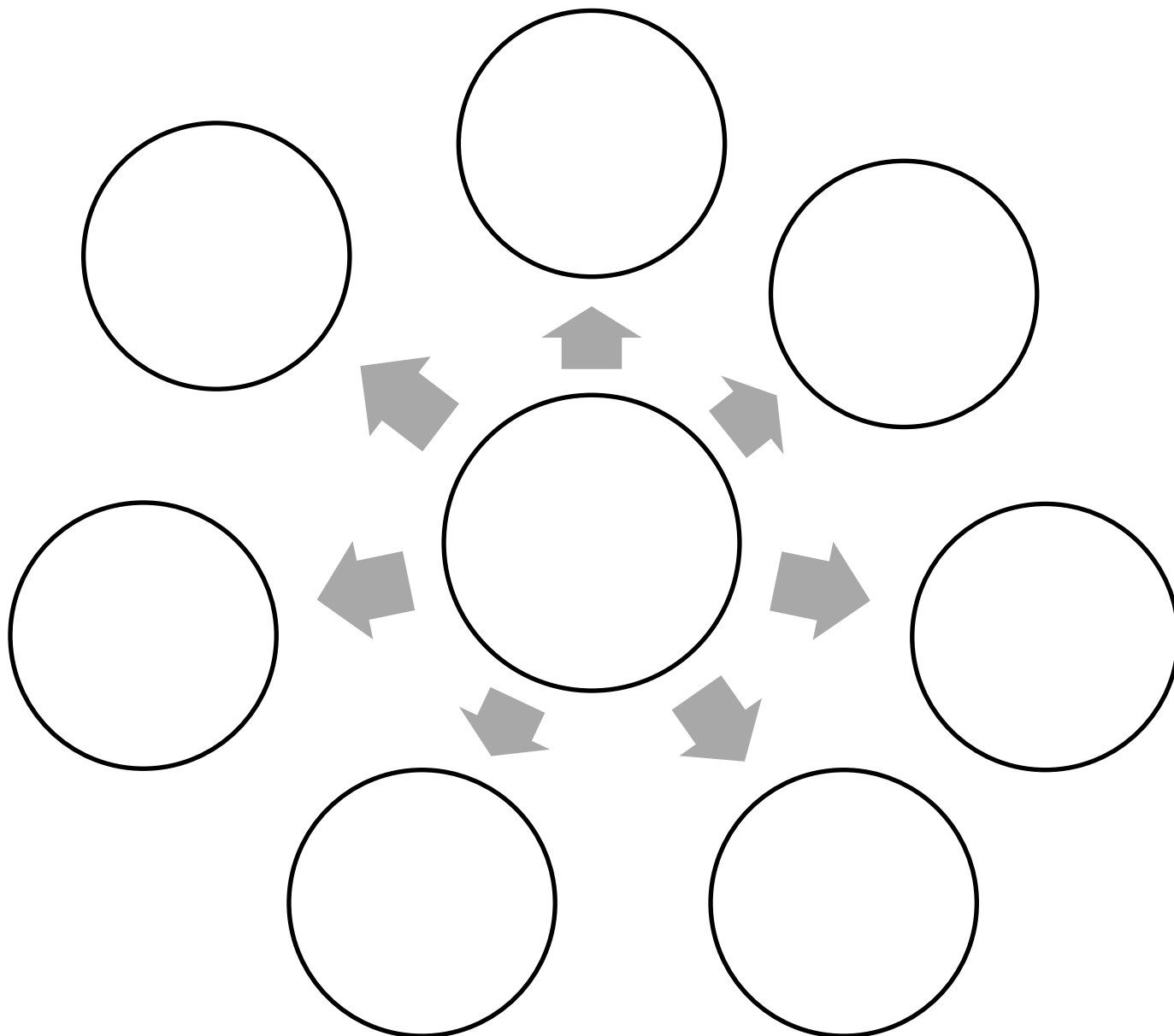
Составляющие маниакально-

депрессивного психоза

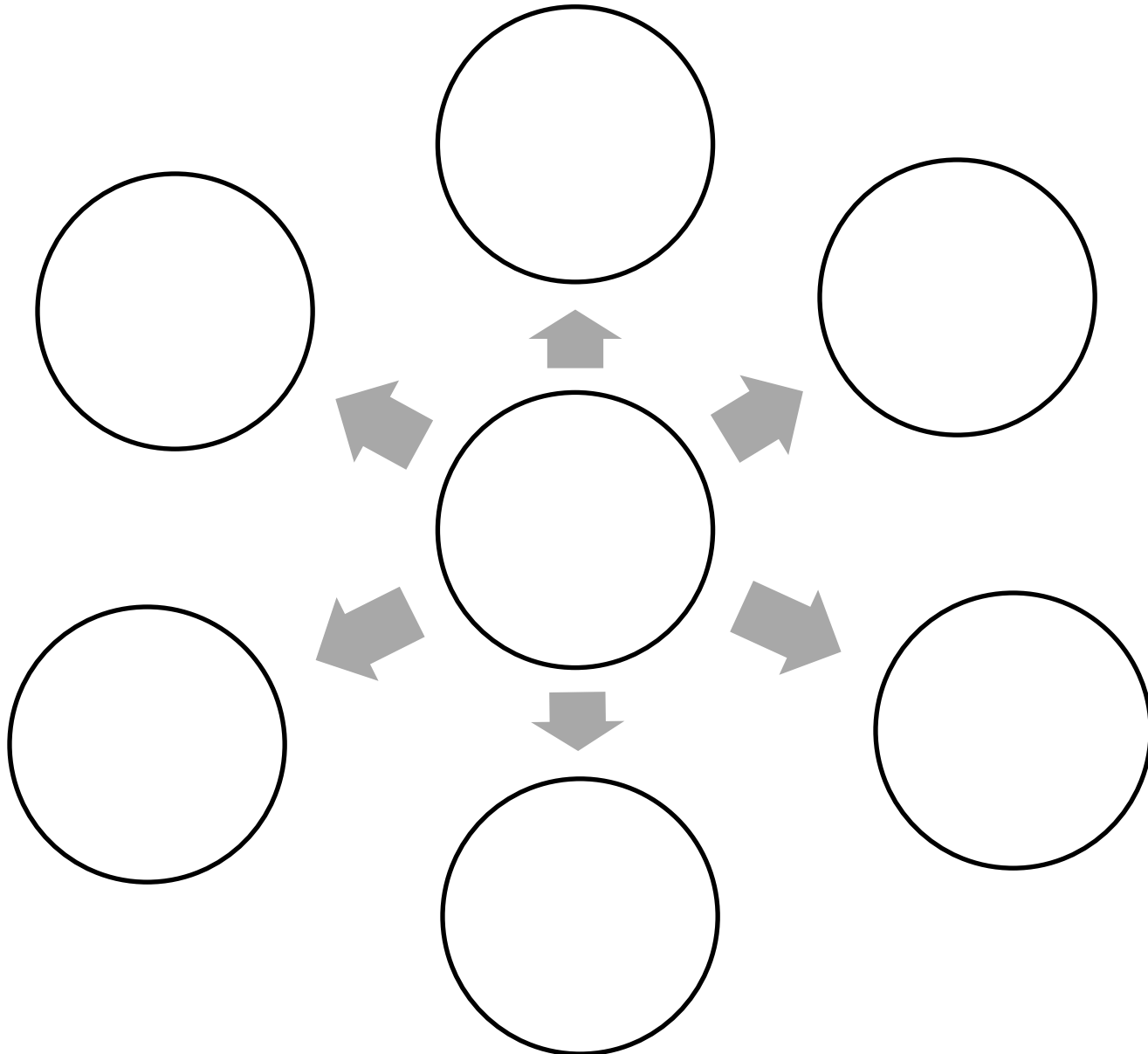
<p>Группа психических расстройств эндогенной природы с преимущественно аффективной симптоматикой</p>	<p>Периодически возникающие депрессивные и/или маниакальные приступы</p>	<p>Между приступами полная редукция всех психопатологических проявлений - интермиссия</p>	<p>Средний возраст – 21 год; У монозиготных близнецов конкордантность – 65-80%, у дизиготных – 20 %. Приступами МДП оказываются послеродовые депрессии и психозы</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Астено-депрессивный синдром

Это вид психоэмоционального расстройства, при котором отмечается потеря интереса к жизни и трудности в решении даже простых повседневных задач.

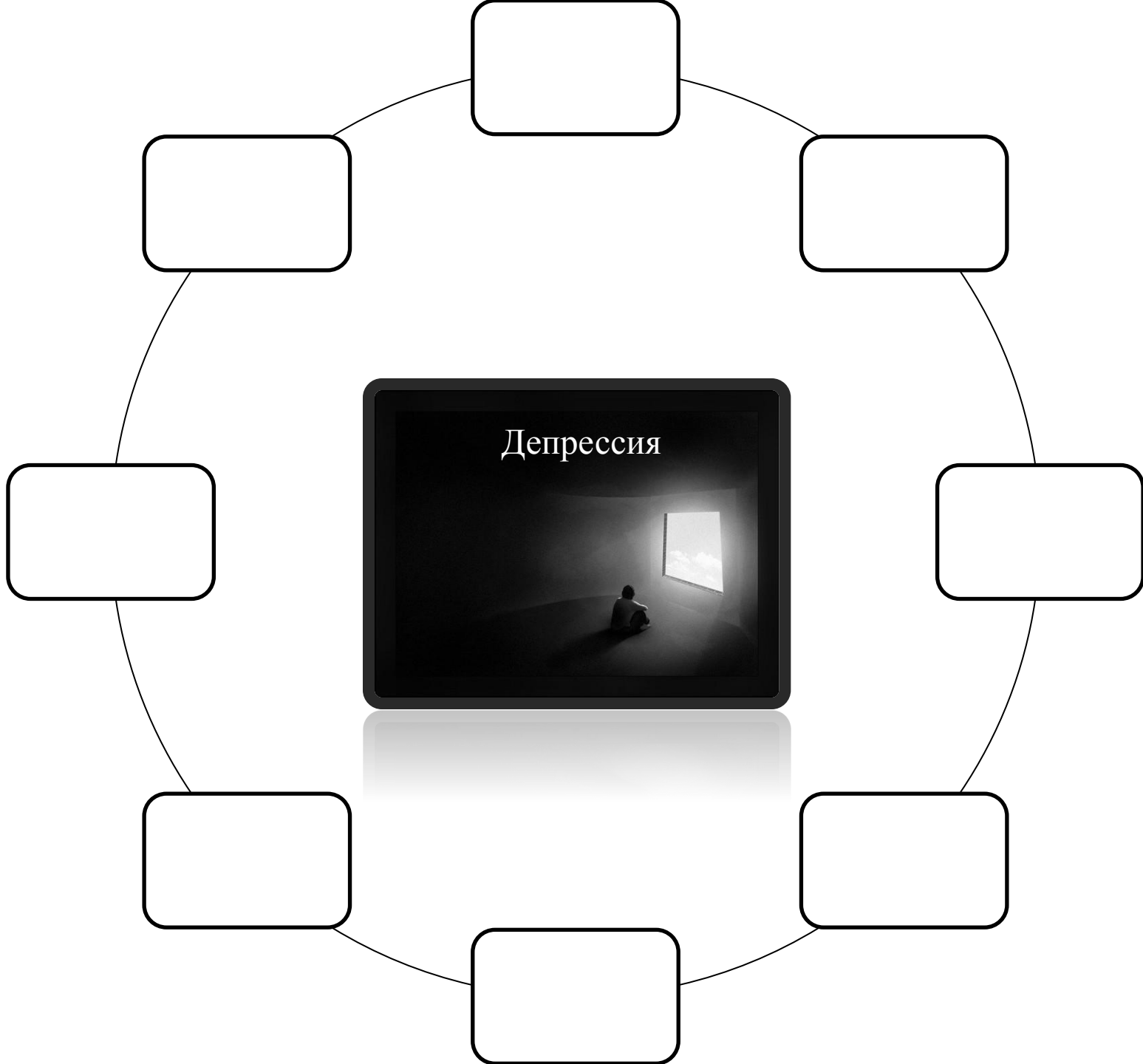


Астено-депрессивное самочувствие часто сопровождается нарушением режима сна: человеку трудно уснуть, но еще сложнее проснуться и встать с постели, даже после многочасового сна.



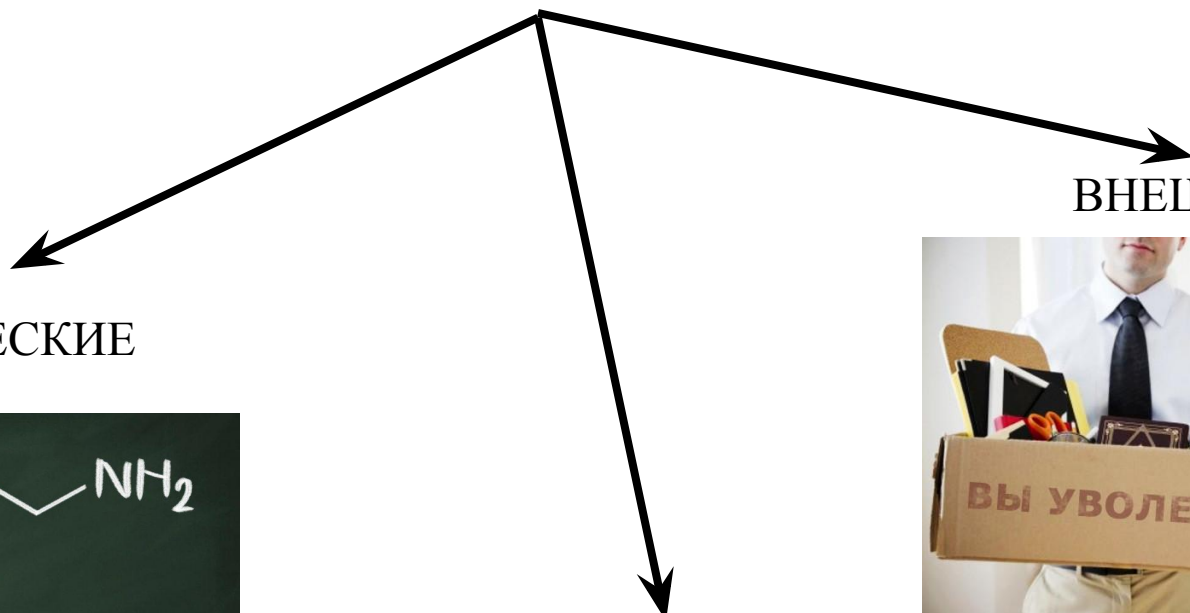
Составляющие типичного депрессивного синдрома

--	--	--	--

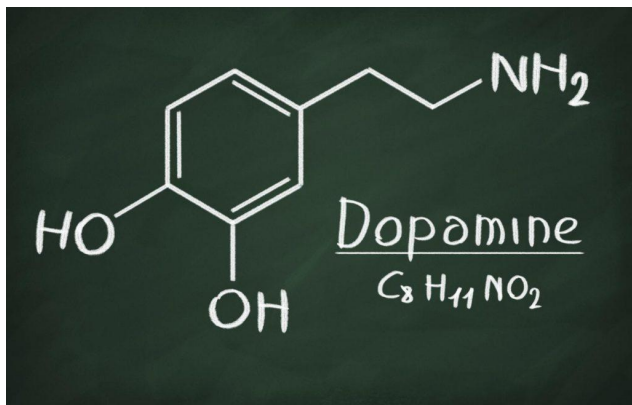


Депрессия

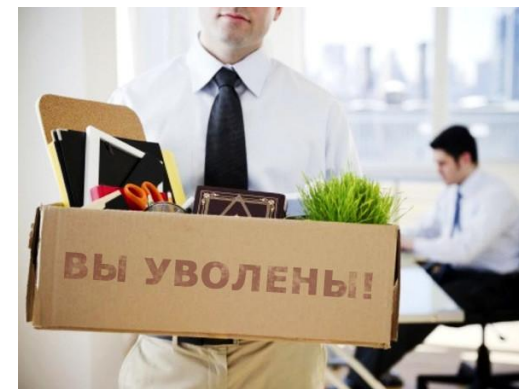
ПРИЧИНЫ ДЕПРЕССИИ



БИОЛОГИЧЕСКИЕ



ВНЕШНИЕ



ГЕНЕТИЧЕСКИЕ



Стресс — совокупность неспецифических адаптационных (нормальных) реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов–стрессоров (физических или психологических), нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом).

В медицине, физиологии, психологии выделяют следующие стрессы:

Положительный (эустресс)

Отрицательный (дистресс)

По характеру воздействия выделяют:

Нервно-психический

Тепловой или холодной

Световой

Голодовой

ПОНИМАНИЕ СТРЕССА В МЕДИЦИНЕ

Стресс-синдром (общий адаптационный синдром) определен как состояние, при котором появляются острые изменения функционирования нервной, пищеварительной, сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, репродуктивных систем, вызванные повреждающими (стрессовыми) агентами и направленные на интеграцию защитных механизмов.

ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ СТРЕССОВЫЕ ФАКТОРЫ

- Эмоциональная окраска действительности
- Рефлекторные раздражения
- Ноцицептивное раздражение
- Относительная / абсолютная кровопотеря
- Гипотермия
- Ишемия
- Реперфузия
- Травма тканей
- Иммунологические взаимодействия

ОПЕРАЦИОННЫЕ СТРЕССОВЫЕ ФАКТОРЫ

- Катаболизм
- Боль
- Тошнота / рвота
- Дегочная дисфункция
- Нарушения системы гомеостаза
- Иммуносупрессия
- Илеус

Копинг, копинговые стратегии — это то, что делает человек, чтобы справиться со стрессом. Понятие объединяет когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, которые используются, чтобы справиться с запросами обыденной жизни.



Р. Лазарус (1922-2002)

- Впервые термин появился в психологической литературе в 1962 году; Л. Мэрфи применила его, изучая, каким образом дети преодолевают кризисы развития.
- В 1966 году Р. Лазарус в своей книге «Psychological Stress and Coping Process» («Психологический стресс и процесс совладания с ним») обратился к копингу для описания осознанных стратегий совладания со стрессом и с другими порождающими тревогу событиями.
- Так же Р. Лазарус выделил 3 варианта разрешения стрессовой ситуации: 1. Стратегия разрешения проблемы 2. Стратегия поиска социальной поддержки. 3. Избегание.

КОПИНГ СТРАТЕГИИ

- *адаптивный вариант*: стратегия проблемного анализа.
- *относительно адаптивный вариант*: стратегии игнорирования, диссимиляции, сохранения самообладания, религиозности, придачи смысла и установки собственной ценности.
- *неадаптивный вариант*: стратегии смирения и растерянности.

- *адаптивный вариант*: стратегия сотрудничества.
- *относительно адаптивный вариант*: стратегии отвлечения, альтруизма, компенсации, конструктивной активности, обращения к другим людям за помощью.
- *неадаптивный вариант*: стратегии активного избегания и отступления.

- *адаптивный вариант*: стратегия оптимизма.
- *относительно адаптивный вариант*: стратегии протеста и пассивной кооперации.
- *неадаптивный вариант*: стратегии эмоциональной разрядки, покорности, самообвинения, агрессивности и подавления эмоций.

ПСИХОЛОГИЯ

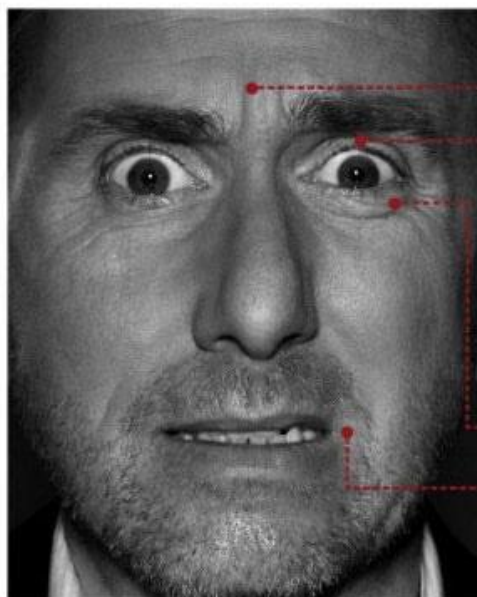
СТРАХА



Различия между тревогой и страхом

Страх — аффективное отражение в сознании конкретной угрозы для жизни и благополучия человека

Тревога — отрицательно окрашенная эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия.



Страх

- ① Брови подняты и сведены
- ② Верхние веки подняты
- ③ Нижние веки напряжены
- ④ Губы слегка растянуты по горизонтали



Фобия - это симптом, сутью которого является иррациональный неконтролируемый страх или устойчивое переживание излишней тревоги в определённых ситуациях или в присутствии (ожидании) некоего известного объекта.



Боязнь пространства проявляется четырех основных видах:

Клаустрофобия



Страх поездок в общественном транспорте



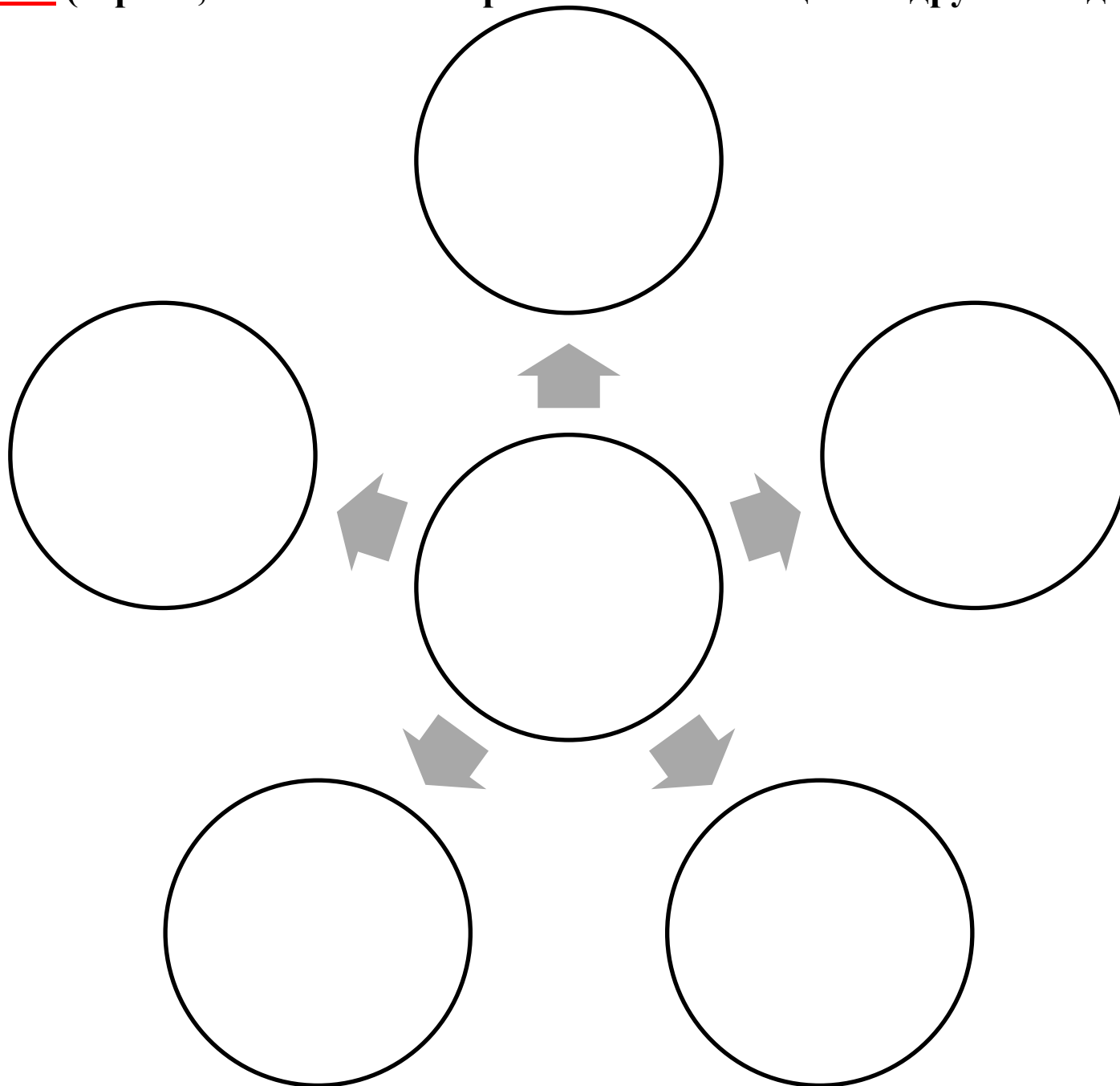
Агорафобия



Гипсофобия



Социофобии (страхи, основанные с пребыванием в обществе других людей)



Нозофобии (страхи заболеть, заразиться каким — либо заболеванием)

Наиболее распространены:

- канцерофобия (страх заболеть раком);
- инфарктофобия (страх пред инфарктом миокарда);
- страх перед инфекционными и вирусными заболеваниями;
- сифилофобия (страх заразиться сифилисом);
- кардиофобия (страх перед сердечно-сосудистыми заболеваниями)
- лиссофобия (страх сумасшествия);



Танатофобия (навязчивый страх смерти)

Отдельное почетное место выделено танатофобии – генерализированному страху смерти.

В клинической картине расстройства, довольно часто танатофобия проявляется не как страх перед фактом смерти, а как боязнь обстоятельств, сопутствующих процессу умирания. Многие больные боятся мучительных, болезненных проявлений неизлечимого недуга.



Обсессивно-компульсивные страхи (боязнь нанести вред самому себе или близким).

В данной группе:

Мизофобия (страх загрязнения)



Страх самоубийства



**Страх убить или нанести вред
здоровью своим близким людям**



**Страх пораниться острыми
предметами**



«Контрастные» страхи (страхи совершить поступок, противоречащий морально — этическим установкам личности)

Самые распространенные

страх высказаться на публике
нецензурной бранью



страх совершить непристойный
поступок.



Фобофобия («страх страхов»,
боязнь повторения приступов)

--	--	--	--

- ощущение сильной тревоги;
- значительное повышение ЧСС;
- сменяющие друг друга ощущения жары или холода;
- дискомфорт в области желудочно-кишечного тракта;
- активное потоотделение;
- удушье;
- головокружение, полубморочные состояния, спутанность сознания;
- сильная слабость, нарушение координации движений.

- На первом этапе патологическая тревога и страх возникают только при наличии угрожающей ситуации. Затем наступает период, когда сами воспоминания вызывают тревожную реакцию, и, наконец, тревожное состояние становится навязчивым, заполняющим практически каждую минуту жизни.
- Ни в коем случае нельзя пытаться провести самодиагностику и, тем более, назначать себе лечение.

- Классическая схема, по которой проводится лечение, включает в себя медикаментозную терапию в сочетании с проведением психотерапевтических сеансов.
- Так же используются методы когнитивно-бихевиоральной терапии



ПСИХОЛОГИЯ

БОЛИ

С точки зрения медицины, **боль** —
ЭТО



КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛИ

По локализации

соматическую
поверхностную (в
случае повреждения
кожных покровов)



соматическую
глубокую (при
повреждении костно-
мышечной системы)



висцеральную (при
повреждении
внутренних органов)

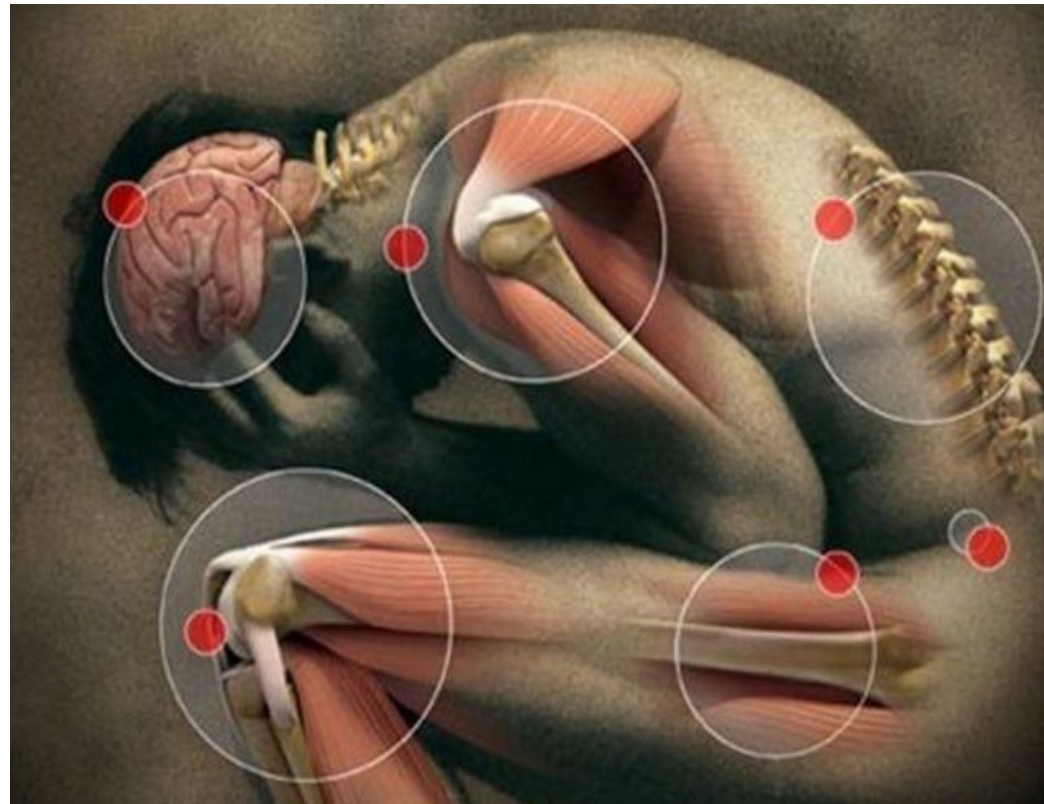


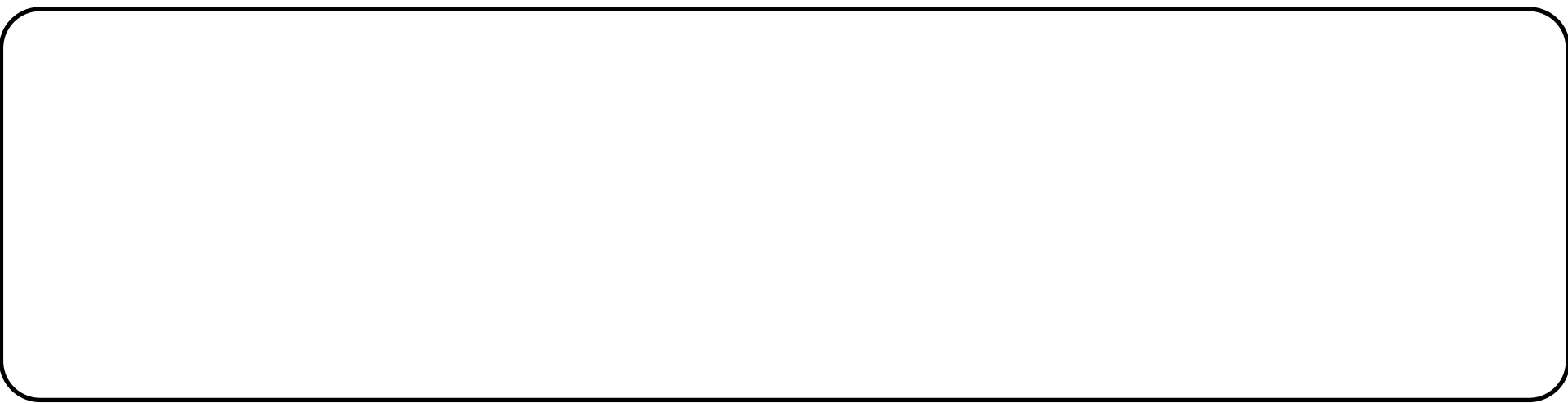
КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛИ

По месту повреждения
структур нервной
системы (нейрогенные):

Боли, возникающие
при повреждении
периферических
нервов
(периферические
боли)

при повреждении
структур ЦНС
(центральные
боли)







- **Боль** – субъективное переживание боли, которое может быть не связано с ноцицепцией
- **Ноцицепция** - *физиологический механизм* передачи боли, и он не затрагивает описание её эмоциональной составляющей

ОЦЕНКА БОЛИ

Способ	Градация боли	Когда используется
Общая пятизначная шкала	0 – нет боли 1- слабая (чуть-чуть) 2 – умеренная (болит) 3 – сильная (очень болит) 4- невыносимая (нельзя терпеть)	При оценке / обследовании в обычных условиях
Словесная количественная шкала	0...5...10 Нет боли – невыносимая боль (какое число соответствует боли?)	При оценке / обследовании в обычных условиях
Визуальная аналоговая шкала (линейка длиной 10 см)	Нет боли – невыносимая боль (отметка на линии на сколько сильна боль)	При оценке / обследовании в обычных условиях. Может применять у детей старше 6 лет
Неосознаваемые поведенческие и психологические параметры (не являются специфичными, а свидетельствуют об остром нарушении)	Мимические гримасы, стоны, повышение голоса, бледность, потливость, слезоточивость, расширение зрачков, тахикардия, гипертензия и т.п.	При оценке / обследовании больных в бессознательном состоянии, аутичных и критических больных

По временным параметрам:

- **Острая боль** - это новая, недавняя боль, неразрывно связанная с вызвавшим ее повреждением и является симптомом какого-либо заболевания; исчезает при устранении повреждения.

- **Хроническая боль** часто приобретает статус самостоятельной болезни, продолжается длительный период времени даже после устранения причины, вызвавшей острую боль. В ряде случаев причина хронической боли вообще может не определяться.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!



Список литературы

1. Болевые синдромы в неврологической практике. Под редакцией Вейна А.М., М. Медпресс, 2002
2. Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин Психиатрия— М.: Медицина, 2002.
3. Михайлович В.А., Игнатов Ю.Д. Болевой синдром, Л.: Медицина, 1990.
4. Мясищев В.Н. Психические особенности человека / В.Н.Мясищев, А.Г. Ковалев.- Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1957. Т. 1.
5. Н.Н.Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В.Чирко, М.А. Кинкулькина Психиатрия и наркология— М.: Медицина, 2006.