

**Суть психического здоровья.**

**Исторический контекст.**

**Типология услуг психического здоровья.**

**Права человека и феномен стигмы и  
дискриминации.**

**Жана Кихай, доктор медицинских наук**

**Психическое здоровье – это то, о чём мы думаем, что мы чувствуем и как преодолеваем трудности. Это то, как мы себя видим, это наша жизнь и люди, которые являются её частью.**

# Психическое здоровье включает в себя:

- то, как мы справляемся со стрессом,
- то, как мы взаимодействуем с другими,
- то, как мы принимаем решения.

Почему «психическое здоровье», а не «психиатрия»?

- **Термин психическое здоровье также включает в себя организацию и развитие политик психической гигиены.**

- **Психическое здоровье – это концепция, вытекающая из понятия нормальности, адаптированная под психическую жизнь человека.**
- **Это концепция:**
  - **Медико-психологическая (состояние физического, психического и морального баланса), а также**
  - **Медико -профессиональная (ситуация адаптации – интеграции в реальный мир и во взаимоотношения с другими).**

## Разграничения психических заболеваний :

1. Наличие определённых заболеваний,
  2. Поведения,
  3. Идеи,
  4. Убеждения,
  5. Восприятия
- .

которые контрастируют с их обычными аналогами, выходя за пределы вариаций, присущих людям и приводя к дезорганизации психической жизни или её реорганизации на более низком уровне

**В РМ существуют показатели, сигнализирующие о серьёзной угрозе психическому здоровью:**

- **Общее ухудшение здоровья населения;**
- **Увеличение злоупотребления и зависимости от психоактивных веществ;**
- **Повышение уровня самоубийств, особенно среди молодёжи;**
- **Обременение общества факторами стресса (экономический спад, рост безработицы и снижение уровня жизни)**

- Психические расстройства составляют около 12% от общего числа заболеваний.
- К 2020 году они будут составлять 15%.
- Предполагается, что депрессия станет второй по значимости причиной дисфункций (*Murray & Lopez, 1996*).



- По всему миру, 121 миллион людей страдает депрессией,
- У 70 миллионов есть проблемы, связанные с злоупотреблением алкоголя,
- 24 миллиона страдают шизофренией и
- 37 миллионов страдают деменцией

- Психические расстройства присущи, в основном, молодым людям репродуктивного возраста.
- В ближайшие годы в развивающихся странах будет наблюдаться рост этих заболеваний.
- Люди, страдающие психическими расстройствами, подвергаются стигме и дискриминации.

- По данным более 2000 исследований, психические и неврологические расстройства составляют 12,3% от всех хронических заболеваний,
- 31% из общей продолжительности жизни проходит с этой болезнью (World Health Report 2001).

## *Исторический контекст*

- В XVII веке безумие считалось *физическим состоянием*.
- Число бедных людей, страдающих психическими расстройствами, росло с угрожающей скоростью. Этим людям заключали в публичных тюрьмах, домах для бедняков и больницах.

- В первые десятилетия XVIII века доминировало мнение, что люди, страдающие психическими расстройствами, неизлечимы и их рассматривали как низшую человеческую расу.
- Их помещали в специальные места.

Реформирование данных учреждений  
совпало с развитием качеств  
сострадания и гуманности,  
получивших развитие в XVII веке.  
Таким, образом, многие учреждения  
ввели так называемое «моральное»  
лечение.

- В 50-е годы дискредитация больниц для душевнобольных способствовала росту общественного внимания и сокращению числа хронических пациентов в психиатрических больницах.

- Некоторые больницы были сокращены в размерах, другие были закрыты, что привело к необходимости развивать альтернативные услуги психического здоровья.
- Этот процесс называется *деинституционализацией*.



## Эффективные методы лечения психических расстройств

- Депрессию можно успешно лечить антидепрессантами и при помощи психологических вмешательств;
- Психосоциальная реабилитация и семейная терапия снижают уровень рецидивов шизофрении с 50% до 10%;
- Краткосрочные вмешательства продемонстрировали снижение уровня употребления алкоголя на 30%;
- Лечение наркологической зависимости является эффективным и снижает употребление наркотиков на 40-60%.

## Историческое развитие услуг психического здоровья в течение последних 150 лет.

- Период 1 охватывает развитие хосписов в 1880 и 1950 г;
- Период 2 это упадок хосписов в 1950-1980-х г;
- Период 3 относится к реформе услуг психического здоровья, начиная приблизительно с 1980 года.

<b>Географ. уровень</b>	<b>Период 1 (1880-1950)</b>	<b>Период 2 (1950-1980)</b>	<b>Период 3 (1990-1998)</b>
<b>Национ. /регион.</b>	Упор на концентрацию различных пациентов в изолированных больницах, где их классифицировали согласно поведению и полу	Большие лечебницы сохраняют свою роль для долгосрочных пациентов	Снижение числа долгосрочных пациентов в специализированных услугах психического здоровья.
<b>Локал.</b>	-	Появление психиатрических кабинетов в общих больницах для пациентов в фазе обострения, разделение дневных стационаров, дневных центров, защищённых рабочих мест и других местных реабилитационных услуг.	Растущее число общинных центров и команд психического здоровья. Упор больше не делается на отдельные услуги, предназначенные реабилитации.
<b>Индивид.</b>	-	-	Разработка индивидуальных планов лечения, с привлечением мультидисциплинарных команд, организаций волонтеров, врачей общей практики, социальных услуг

## Период I (1880-1950) охватывает развитие ХОСПИСОВ:

1. Строятся лечебницы;
2. Растёт число койко-мест;
3. Не большая роль семьи;
4. Государственные инвестиции в учреждения;
5. Персонал – только врачи и медицинские ассистенты;

## **Период II (1950-1980)- упадок хосписов:**

От приютов отворачиваются:

1. Снижение числа койко-мест;
2. Роль семьи растёт, но она ещё не получила должного признания;
3. Государственные инвестиции в услуги психического здоровья;
4. Появляются такие специальности, как клинический психолог, трудотерапевт и социальный работник/ассистент;
5. Появляются эффективные виды лечения, начинается оценка видов лечения и стандартизация систем диагностики; увеличивается роль индивидуальной и групповой психотерапии;
6. Внимание к фармакологическому контролю и ре-социализации; пациентов с более лёгкими формами расстройств выписывают из приютов

Период III – с 1980 г. и до настоящего времени:

1. Развитие услуг, которые стали альтернативой традиционным услугам;
2. Создание общинных услуг;
3. Упор на работу в команде.

## Параллели в развитии в конце XIX века и в конце XX века

<b>Фаза</b>	<b>XIX век</b>	<b>XX век</b>
<b>Фаза оптимизма</b>	Движение за психическую гигиену	Общинный подход к психическому здоровью
<b>Фаза строительства</b>	Большие учреждения, психиатрические больницы, которые функционируют как самодостаточные и изолированные общины	Общинные Центры Психического Здоровья и резиденциальные учреждения меньших размеров, Дневные Центры
<b>Фаза манифестаций дисфункций</b>	Переполненные пациентами учреждения	скандалы, расследования и реакция общественности
<b>Фаза контроля</b>	Попытка разграничить «излечимых» и «неизлечимых» пациентов	Попытка разграничить «неопасных» пациентов и пациентов из «группы риска»

## Тенденции мировой реформы и их значение для психического здоровья

- В последние 30 лет были проведены важные реформы в области здравоохранения и психического здоровья.
- Децентрализация и реформы финансовых систем являются двумя важнейшими изменениями, коснувшимися области здравоохранения.
- Упор был сделан на интеграцию услуг психического здоровья в общую систему здравоохранения.



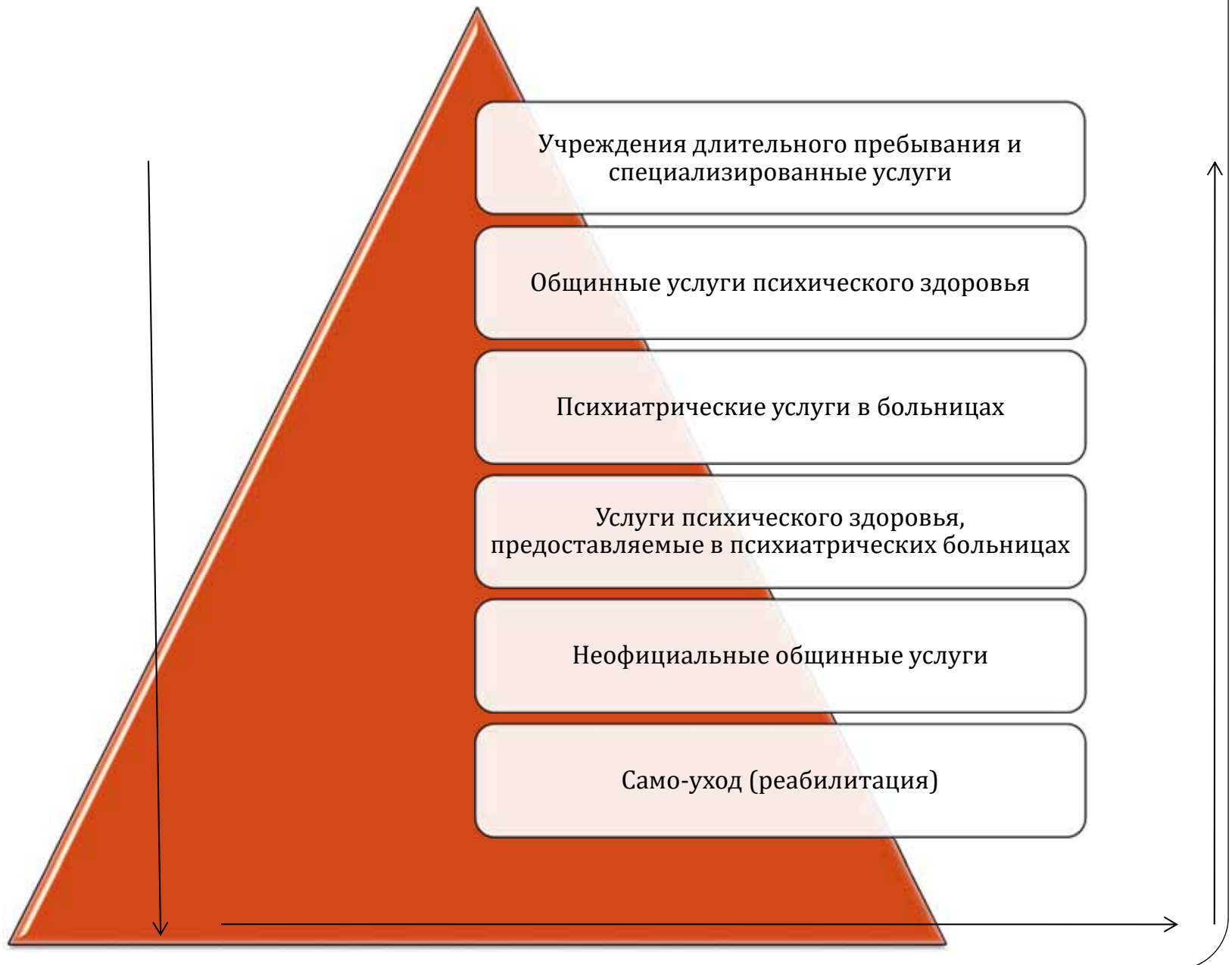
**Систему Психического Здоровья необходимо развивать на различных уровнях, чтобы увеличить доступность:**

- Услуги специализированного ухода,
- Услуги общинного ухода,
- Психиатрические услуги в общих больницах,
- Услуги психического здоровья в первичной медицинской помощи,
- Неформальные общинные услуги и
- Само-уход.

# Оптимальное разнообразие услуг психического здоровья

Необходимость

Стоимость



## На базовом уровне интеграция в общую систему здравоохранения включает в себя:

1. Интеграция услуг психического здоровья в систему первичной медицинской помощи;
2. Интеграция услуг психического здоровья в больницы;
3. Развитие связей между системой первичной медицинской помощи и больничными услугами;
4. Интеграция услуг психического здоровья в социальные программы и программы здравоохранения.

***Типология и методология  
общинных услуг для людей с  
психическими  
расстройствами.***

Система  
здравоохра  
нения

Услуги  
психическог  
о здоровья  
в системе  
первичной  
помощи

Общинные  
услуги  
психическог  
о здоровья

Услуги  
больниц для  
людей с  
психически  
ми  
расстройств  
ами

Услуги  
первичной  
помощи

Услуги в  
общих  
больницах

Официальн  
ые  
общинные  
услуги

Неофициал  
ьные  
общинные  
услуги

Судебно-  
медицинска  
я  
экспертиза

Специализи  
рованные  
больницы

# 1. Услуги психического здоровья интегрированные в систему здравоохранения

- Услуги психического здоровья в рамках первичной медицинской помощи;
- Услуги психического здоровья в общих больницах

## Примеры поставщиков услуг в рамках первичной медицинской помощи:

- Врачи, медсёстры и другие работники в рамках системы первичной медицинской помощи, которые предоставляют диагностику, лечение и другие услуги для психических расстройств.
- Врачи, медсёстры и другие работники, которые предоставляют на дому услуги для людей с психическими расстройствами.
- Кадры вне системы здравоохранения, которые предоставляют услуги в сельской местности.
- Кадры вне системы здравоохранения, участвующие в мероприятиях по предотвращению и обучению в области психического здоровья в образовательных учреждениях.
- Работники из системы первичной медицинской помощи и волонтеры, которые предоставляют информацию, обучают профилактике и лечению травмированных людей в результате стихийных бедствий и военных конфликтов..

## Услуги психического здоровья, предоставляемые в больницах

- Помощь в случае острых состояний тревожности;
- Помощь в стабилизации кризисных состояний;
- Частичные программы госпитализации;
- Консультирование пациентов из системы здравоохранения;
- Плановые/интенсивные амбулаторные программы;
- Профессиональное консультирование/поддержка/обучение по оказанию услуг первой помощи;
- Мультифункциональные психиатрические команды, связанные с другими секторами (школы, исправительные учреждения, социальное обеспечение) и НПО;
- Специализированные единицы/отделы для людей со специфическими психическими расстройствами и программы реабилитации



## 2. Официальные общинные услуги психического здоровья

- ***Реабилитационные услуги***
  - Общинные амбулаторные центры/клиники психического здоровья
  - Клубы
  - Дневные центры
  - Центры госпитализации
  - Группы поддержки
  - Секции реабилитации
  - Секции госпитализации
  - Секции наблюдения
  - Схемы работы в группах
  - Программы по продолжительной поддержке

- ***Мобильные команды для вмешательства***

- Услуги мобильных команд для оценки кризисов и лечения (включая вечернее время и выходные), которые работают от общинных центров психического здоровья или от амбулаторных клиник

- ***Услуги в экстренных случаях***
  - Кадры, обладающие необходимой подготовкой и знаниями, которые могут остаться на дому у пациента для наблюдения и поддержки в периоды кризиса
  - Кризисные Центры

- ***Терапевтические и контролируемые резиденциальные услуги***

- Здания для бывших пациентов (неконтролируемые)
- Разделённые помещения, в которых проживают два или три человека (неконтролируемые)
- Группы домов (в которых предусмотрен или не предусмотрен персонал)
- Санатории
- Дома расположенные по соседству
- Психическая реабилитация в сельских местностях
- Обычное жильё

- ***Лечение на дому***

- Диагностика, оценка и лечение
- Оценка в зависимости от случая и назначение лечения
- Центры помощи на дому

- ***Другие***

- Клинические услуги в образовательных и реабилитационных программах.
- Горячая линия
- Программы помощи для реабилитационных лагерей

# Неофициальные услуги психического здоровья

- Знахари/врачеватели
- Работники общинных услуг
- Члены семьи
- Само-поддержка и группы поддержки
- Услуги защиты
- Волонтеры, которые предоставляют обучение в области психического здоровья и психических расстройств (включая склонности к самоубийству) в клиниках и школах
- Работники религиозного культа, которые предоставляют информацию о травмированных в критических ситуациях
- Дневные услуги, предоставляемые родственниками, соседями или членами местного общества
- Социальные ассистенты в критических ситуациях

## Судебно-медицинская экспертиза при психиатрических больницах

- \* Специализированный уход
- - Единицы со средним уровнем режима охраны;
- - Единицы с высоким уровнем режима охраны.
- \* Специализированные единицы/центры для лечения определённых расстройств и для соответствующих программ реабилитации, например, единицы для лечения проблем пищеварения.
- \* Специализированные клиники или единицы для лечения психических расстройств у детей и подростков..
- \* Реабилитационные услуги для расстройств, свойственных детям и подросткам, как, например, аутизм или для людей, страдающих психозами.
- \* Поступательное лечение
- \* Специализированные клиники или единицы для психических расстройств свойственных старикам, как, например, болезнь Альцгеймера

## **Продвижение прав людей, страдающих психическими расстройствами**

**“Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах”**

**Всемирная Декларация по  
Правам Человека**

**Люди с психическими расстройствами повсеместно страдают от нарушения прав человека, стигмы и дискриминации.**



**Рекомендации Всемирной  
Организации Здравоохранения  
касательно Прав Человека**

## Развитие и внедрение политик, планов, законов и услуг, продвигающих права человека

- Политики и законы в области психического здоровья могут быть эффективными в:
  - Профилактике дискриминации и нарушения прав людей с психическими расстройствами;
  - Продвижении независимости и свободы.
- в настоящее время не все страны перенимают этот опыт:
  - у 40% стран нет политик психического здоровья;
  - У 64% стран нет законов в области психического здоровья или существующим законам уже более 10 лет.
- В странах, в которых законы существуют, они сводятся только к людям с психическими расстройствами, находящимся в психиатрических больницах и не предлагают решений для защиты прав людей, находящихся в таких учреждениях.

**Вывод:** страны должны внедрять политики, законы и услуги в области психического здоровья, которые будут защищать людей с психическими расстройствами и наделять их правами, чтобы не упустить шанса изменить их жизнь, предоставить законную защиту, обеспечить их интеграцию и участие в жизни общественности.

## Улучшение доступа к лечению и качественными услугами психического здоровья

- 450 млн. людей испытывают психологические расстройства, неврологические или поведенческие, - у большинства людей нет доступа к необходимым услугам и лечению;
- у 30 стран нет отдельного бюджета для психического здоровья, а те страны (20%), в бюджете которых предусмотрена линия для психического здоровья отдают ему всего 1%;
- не у всех стран есть необходимые услуги психического здоровья, а также другие услуги здравоохранения доступны только ограниченному сегменту населения;
- в 32% стран общинные услуги определяют как «любой тип услуг психического здоровья, в рамках которого проводится мониторинг и реабилитация пациентов за пределами больниц, а услуги предоставляют медицинские и социальные работники в сообществе»;
- Обеспечение населения психиатрами колеблется от 10 на 100 000 человек до 1 на 300 000 (в РМ – 6,4 на 100 000);
- На мировом уровне – 68.4% психиатрических мест находится в психиатрических больницах, остальные в общих больницах и других общинных услугах (в РМ – 100% в психиатрических больницах).

### **Выводы:**

- 1. Правительства должны увеличить инвестиции в психическое здоровье;**
- 2. Необходимо повысить уровень подготовки специалистов в области психического здоровья;**
- 3. Очень большие психиатрические учреждения, в которых часто нарушаются права людей, должны быть реорганизованы с переносом приоритетов на вне-больничные услуги.**

## Защита людей с психическими расстройствами от унижительного и негуманного лечения

- Люди, которые находятся в психиатрических учреждениях, часто подвергаются унижительному и негуманному лечению;
- Часто бенефициары подвергаются принудительному лечению и изолированы;
- Многим пациентам дают большие дозы лекарств, чтобы сделать их «послушными» и «легко управляемыми»;
- Люди с психическими расстройствами не участвуют в принятии решений касательно их лечения и необходимых мер реабилитации;
- Не у всех есть чёткие показатели к нахождению в учреждениях;
- Условия содержания пациентов оставляют желать лучшего;

### Выводы:

1. **Развитие политик и законов в области психического здоровья, которые будут защищать права людей с психическими расстройствами;**
2. **Информированное согласие должно лежать в основе лечения и реабилитации большинства пациентов;**
3. **Бенефициары должны получать консультации касательно их права на участие в принятии решений;**
4. **Запрет на изоляцию пациентов и применения принудительного лечения.**

## Включение бенефициаров и их семей

- Бенефициары и их семьи страдают больше всего, поэтому именно они должны принимать участие в привлечении внимания к данной проблеме, уточнении потребностей и поиске решений, чтобы улучшить систему психического здоровья в стране;
- Во многих странах организации бенефициаров и их семьи занимают активную позицию в том, что касается психического здоровья;
- Тем не менее, в большинстве стран бенефициары их семьи полностью исключены из процесса принятия решений.

### Выводы:

- 1. Правительство должно внедрять программы для наделения полномочиями организации бенефициаров и их семей, создания групп, представляющих интересы людей с психическими расстройствами;**
- 2. Перспективы развития услуг психического здоровья являются очень важными в соблюдении прав людей.**

# Изменение отношений и повышение осознания проблемы

- Мифы и ложные стереотипы являются препятствием в осознании реальной проблематики психического здоровья;
- Зачастую люди с психическими расстройствами и их семьи отказываются от помощи, чтобы не стать объектом стигмы;
- Стигма ассоциируется с дискриминацией и нарушением прав человека;
- Люди с психическими расстройствами сталкиваются с проблемами в следующих областях: трудоустройство, общие услуги здравоохранения, обучение, жильё;
- Часто нарушение прав человека относится к основополагающим правам граждан: участие в выборах, создание семей и возможность иметь детей.

## Выводы:

1. **Стигму людей с психическими расстройствами можно предотвратить посредством изменения отношений и повышения осознания данной проблемы населением;**
2. **Борьба со стигмой и дискриминацией не является обязанностью исключительно Министерств Здравоохранения, а требует многостороннего вмешательства;**
3. **Заинтересованные стороны (министерства, гражданское общество, НПО, специалисты и другие) должны объединить усилия, чтобы искоренить стигму и дискриминацию, нарушения прав людей с психическими расстройствами.**

**Медицинская психология - цель,  
задачи, история дисциплины.  
Личность. Медицинская психология  
возрастов. Психодиагностика.**

- **Медицинскую психологию делим на общую и частную:**
- ***Общая медицинская психология излагает:***
- Основные закономерности психологии больного человека;
- основные закономерности психологии врача;
- основные закономерности психологии повседневного общения больного человека и врача;
- основные закономерности психологической атмосферы лечебно-профилактических учреждений



- учение о психосоматических и соматопсихических взаимодействиях; учение об индивидуальности (темперамент, характер, личность); учение об эволюции и этапах постнатального онтогенеза; учение об аффективно-волевых процессах; учение о медицинской деонтологии; учение о врачебном долге, этике, врачебной тайны.

- **Психогигиена** (гигиена психической жизни, психопрофилактика расстройств психической деятельности);
- **Психотерапия** (является разделом терапии, которая использует прямые методы воздействия на психику и обеспечивает устранение болезненных расстройств у больного).

- **Среди ведущих проблем для психогигиены главное значение для медицинской психологии приобретают:**
- Психология медико-генетических консультаций;
- психогигиена семьи;
- психогигиена лиц в кризовые периоды их жизни (пубертатный и климактерические периоды);
- психогигиена воспитания ребенка;
- психогигиена в периоды его обучения в школе;
- психогигиена брака и половой жизни;
- психогигиена труда медицинских работников;
- психогигиена режима лечебных учреждений ;
- психогигиены взаимоотношений врача и больного.

## **Частная медицинская психология излагает:**

- Раскрывает ведущие аспекты этики при общении с конкретным больным
- особенности психологии больного с пограничными формами нервно-психических расстройств;

**Предметом** медицинской психологии является личность человека, особенности его психики и их

- влияния на здоровье и болезнь, а также его отношения с медицинским персоналом и семьей.
- **Центральное место** в медицинской психологии играют отношения врач - больной.

- **Личность** - это высший уровень индивидуальности, который отличается неповторимым типом взаимоотношений с общественной действительностью и высокой степенью самосознания.
- Основными компонентами личности являются темперамент, характер, способности и направленность.
- **Факторы, формирующие личность:**
  - Наследственность;
  - Телосложение;
  - Воспитание;
  - Окружающая среда.

- **Этапы развития индивидуума**

- Оральная стадия -до 18 месяцев;
- Анальная стадия - от 18 месяцев до 3 лет;
- Фаллическая стадия- от 3 до 7 лет;
- Латентная стадия- от 8 до 11 лет;
- Генитальная стадия - от 12 до 19 лет;
- Молодости - от 20 до 34 лет;
- Взрослый период - от 34 до 44 лет;
- Период зрелости, включая климактерический - от 45 лет.

- **Оральная стадия** (Грудной возраст (безопасность, доверие))
- Согласно Мортону - жизнь начинается с сильной фрустрацией - с рождения;
- О. Ранк писал, что жизнь начинается ностальгией по амниотическим водам;
- В материнском чреве ребенок чувствовал себя в безопасности, но после рождения новорожденный обязан пройти адаптацию к новым условиям;
- В первые месяцы жизни - переживания новорожденного определяются в основном впечатлениями от восприятия, которые в начале идут от кожи;
- Рано включается слух, а за ним и зрение;

**Медицинская психология возрастов.**

- Качество восприятия зависит от эмоциональной установки их носителей;
- Недостатки или нарушения сенсорных переживаний приводят к более поздним нарушениям - неуверенности в межчеловеческих контактах и к недоверию во взаимоотношениях;
- В грудном возрасте в основном одно из ощущений имеет особое значение - это акт сосание;
- Оно служит для приема пищи, которая означает одновременно удовлетворение побуждений;
- Установление контакта с матерью и ощущение, полной любви;

## ***Оральная стадия***



- Характерно состояние полусна - полубодствования;
- Характерна улыбка как реакция на общение;
- Идет процесс дифференциации и способность к сравнительному изучению окружающих;
- Идет процесс дифференциации того, кто является и кто является матерью;
- Характерно присутствие тревоги, которое связано с присутствием незнакомца, она включает любопытство и страх;
- По мере прорезывания зубов и в процессе кормления, ребенок переходит от пассивного получения к избирательному хватанию;
- Отнятия от груди приводит к "ностальгии по утраченному раю".
- **Оральная стадия**

- Младший детский возраст (автономизация, индивидуализация).
- Начало фазы отмечено стремлением к активному передвижению;
- У ребенка появляются новые перспективы, в настроении преобладает восторг;
- Мать воспринимается как основа домашнего существования;
- Тревога связана с разлукой;
- Ребенок начинает ходить;

***Анальная стадия - от 18 месяцев до 3 лет***

- Он в большей степени осознает возможность физической разлуки;
- Это сказывается на его настроении;
- Ребенок пытается преодолеть пространство, разделяющее его и мать;
- Конкретно это проявляется в том, что ребенок приносит матери предметы;
- Попытки матери помочь ребенку часто воспринимаются негативно, типичны раздражения;
- ***Характерен кризис сближения:***
- Желание получить утешения от матери и неспособность принять ее помощь.

***Анальная стадия - от 18 месяцев до 3 лет***

- ***Фаллическая стадия- от 3 до 7 лет***
- Дошкольный возраст (детская сексуальность);
- Эта фаза развития часто начинается уже на третьем году жизни, особенно если в воспитании участвует отец;
- Ребенок открывает для себя половые признаки и признаки другого пола у окружающих, в том числе у родителей;

- Он определяет, что его отец и мать имеют свою область жизни, которая ему недоступна;
- К этому на данном этапе развития присоединяется возрастание самостоятельности и ощущение принадлежности себе своего Я;
- Неминуемо начинается соперничество малыша с отцом за право на мать;
- При этом чувства амбивалентны:
  - ребенок опасается отца и одновременно восхищается им;
  - он любит мать и в тоже время разочаровывается в ней;
  - у девочек возникает примерно те же отношения. При этом на место оральной фазы (мать - дитя) приходит триада, иными словами, эдипальная ситуация (эдипов конфликт).

- У мальчиков может развиваться кастрационный комплекс;
- У девочек комплекс зависти к половому члену;
- Главное для успешного взаимодействия с ребенком - это спокойное, умиротворенное, радостное и свободное эмоциональное отношение.
- С какими же проблемами родители чаще всего обращаются к медицинскому психологу. Обычно это плохая успеваемость, несамостоятельность,
- 14
- нарушенные взаимоотношения, жалобы на плохой характер ребенка, на его плохое поведение (непослушание, воровство, конфликтность).

- ***Латентная стадия - от 8 до 11 лет***
- На этом этапе развития психосексуальная тематика относительно ослабевает;
- Приобретают значения новые области деятельности, особенно школа, друзья и вхождение в общество;
- Ребенок начинает заниматься строительством, творчеством, совершенствованием, получает систематические указания и обучается основам технологии;
- Это возраст принятия социальных решений;

- Возникает логическое (причинно - следственное) мышление, включая обратимость и способность к расположению событий в определенном порядке;
- Ребенок понимает взаимосвязь частного (общего) и классификации, способен принять другую точку зрения;
- Запоминает такие характеристики предмета, как номер, длина, масса и объем;
- Формируется Супер - Эго, которое ответственно за этику и мораль.



- ***Генитальная стадия - от 12 до 19 лет***

- С телесно - сексуального созревания начинается генитальная фаза;
- В подростковом возрасте начинается ступенчатое восхождение во взрослый возраст;
- Пубертатный кризис характеризуется перепадами настроения без достаточных причин;
- Повышенной чувствительности в оценке внешности, способностей, умений;
- При этом внешне подростки выглядят самоуверенно, безапелляционными в

- В это время происходит определения подростками себя как личности;
- Подросток хочет стать независимым от родителей, от семьи;
- Поэтому родители должны сообща организовывать воспитательные методы;
- Отношения родителей должны быть принципиальными, строгими, но не чрезмерными.
- Этот период характеризуется быстротой перемен, на первый план - половое созревание;
- Этот процесс динамичен, конфликтualен, напряжен;
- Могут наблюдаться такие проявления, как бродяжничество, нервные срывы, kleптомания, суицидальные попытки, отказ от еды и т. д.;
- Подросток ставит перед собой проблему на счет своего места в обществе;
- Он ищет свое Я и этот процесс протекает легче, если подросток имеет перед собой четкий и важный объект для идентификации;
- Пубертатный период - это романтический период, но и драматический, достаточно критический, противоречивый;

- ***Молодость - от 20 до 34 лет***

- Человек вступает в близкие отношения с другими людьми (дружба, борьба, обмен опытом с более опытными людьми, интимные отношения);
- Если не удастся достичь этих отношений, то возникает чувство одиночества.

- ***Взрослый период - от 34 до 44 лет***

- Это возраст продуктивности;
- Возраст творчества;
- Человек становится отцом;
- Он в ответе за другого (в противоположном случае, наблюдаются признаки застоя).

- **Период зрелости, включая климактерический - от 45 лет**

- Характеризуется интеграцией своего Я (если эта стадия не достигается, возникает растерянность);
- После 48 лет наблюдаются экономические и телесные потери;
- Человек теряет родителей, друзей;
- Иногда меняет профессию;
- Меняет место жительства;
- Становится филантропом;
- Часто чувствует себя одиноким;
- Развлечения редкие;
- Предпочитает сельскую жизнь;
- Критический характер климактерического периода выраженнее у лиц женского пола;
- У женского пола физиологические нарушения протекают быстрее и неравномерно;
- У женщин наблюдаются расстройства сна;
- Эмоциональная лабильность;

- **Психодиагностика**

- Это исследование личности посредством:

- Наблюдения;

- Анамнеза;

- Анкеты;

- Общениа;

- Опрос;

- Эксперимент;

- Тестирование.

- **Личностные опросники**

- *Минесотский многофазный личностный тест*

- *Опросник Айзенка*

- *ММРІ.*

- Состоит из 550 утверждений ( в основном варианте), относящихся к общему самочувствию обследуемого, функционированию у него тех или иных систем внутренних органов, к его отношению с окружающими, к наличию у него той или иной психотической симптоматики, к особенностям его самооценки и т. д.

- Профиль личности состоит из 10 основных шкал

- Ипохондрии, Депрессии, Истерики, Психопатии, Психастении, Мужественности-женственности, Паранойи, Шизофрении, Гипомании, Интроверсии

- В *опроснике Айзенка* подлежат исследованию факторы экстра - и интроверсии.

- **Проективные методы исследования личности**
- **Метод Роршаха**
- Состоит из 10 таблиц с полихромными и одноцветными симметричными изображениями, «пятнами». При демонстрации обследуемому каждого изображения предлагается ответить на вопрос-«Что это может быть, На что это похоже». В процессе эксперимента обследуемый не получает более никакой дополнительной информации.



## Card 1

Popular responses  
bat, butterfly, moth



## Card 2

Popular responses  
two humans, four-  
legged animal, dog,  
elephant, bear



## Card 3

Popular responses  
two humans, human  
figures



## Card 4

Popular responses  
animal hide, skin, rug



## Card 5

Popular responses  
bat, butterfly, moth



## Card 6

Popular responses  
animal hide, skin, rug



## Card 7

Popular responses  
human heads or faces



## Card 8

Popular responses  
animal: not cat or dog  
four-legged animal



## Card 9

Popular responses  
human



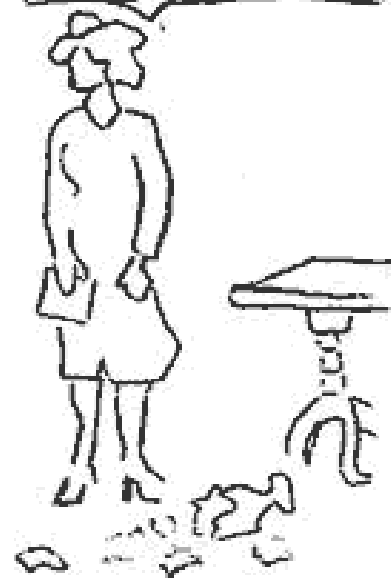
## Card 10

Popular responses  
crab, lobster, spider  
rabbit head,  
caterpillars, worms,  
snakes



- **Тематический апперцепционный тест (ТАТ).**
- Состоит из 29 картин с определенными изображениями.
- **Тест фрустрации Розенцвейга.**
- Его задача- исследование реакций на фрустрацию.
- **Метод незаконченных предложений.**

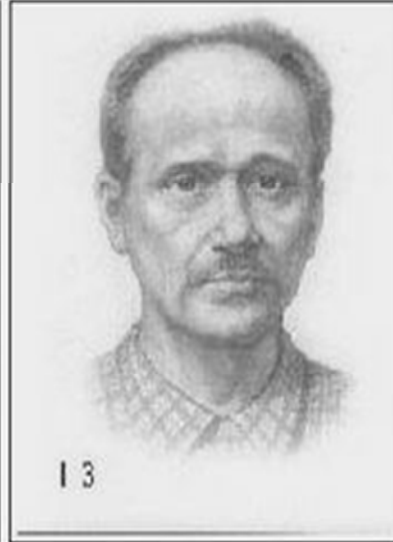
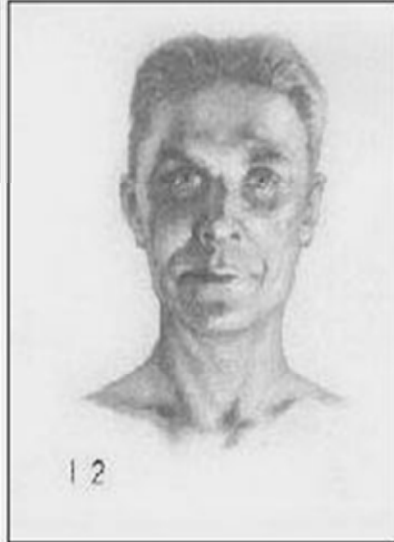
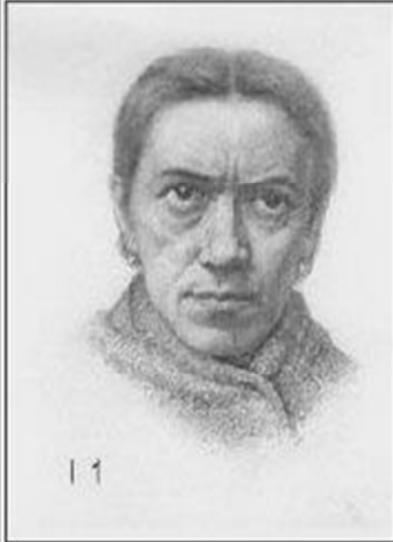
E groaznic! Ați spart  
tocmai vasul preferat  
al mamei mele.



I'VE ALWAYS BEEN ABLE  
TO EAT ALL I WANT  
WITHOUT TURNING  
INTO A BIG FAT PIG







# 1. Общие вопросы

## 1.1. Предмет и задачи психиатрии

## 1.2. Основные направления в психиатрии

## 1.3. Основные разделы современной психиатрии

## 1.4. Исторические этапы формирования психиатрической помощи.

## 1.5. Классификация психических расстройств.

# 2. Семиология психиатрии

## 1.1. Предмет и задачи психиатрии:

Психиатрия - медицинская дисциплина, занимающаяся изучением диагностики, лечения, этиологии, патогенеза, распространенности психических болезней и организации психиатрической помощи населению.

Психиатрия (греч. *psyche* — душа, *iatreia* — лечение) в буквальном переводе означает лечение души. Можно предположить, что термин «психиатрия» возник именно тогда, когда все живое, и человек в том числе, наделялось душой.



## Задачи психиатрии.

1. Диагностика психических расстройств.
2. Изучение клиники, этиологии , патогенеза, течения и исхода психических заболеваний.
3. Изучение эпидемиологии психических расстройств.
4. Разработка методов лечения больных с психическими расстройствами.
5. Разработка способов реабилитации больных с психическими заболеваниями.
6. Разработка методов профилактики психических расстройств.
7. Разработка структуры организации психиатрической помощи населению.



## 1.2. Основные направления в психиатрии:

1. Нозологическое направление
2. Синдромологическое направление
3. Эклектическое направление
4. Психоаналитическое направление
5. «Антипсихиатрия»

### 1.3. Основные разделы современной психиатрии:

1. Общая психопатология
2. Частная психиатрия
3. Возрастная психиатрия
4. Организационная психиатрия.
5. Детская, подростковая и гериатрическая психиатрия
6. Наркология включает диагностику, лечение и профилактику алкоголизма, наркоманий и токсикоманий.
7. Судебная психиатрия
8. Социальная психиатрия
9. Транскультуральная
10. Ортопсихиатрия
11. Биологическая психиатрия
12. Сексopatология
13. Суицидология
14. Военная психиатрия
15. Экологическая психиатрия
16. Психотерапия.

## Психиатрия тесно связана с другими научными дисциплинами:

- философией
- психологией
- юриспруденцией
- биологическими науками (анатомией, физиологией, биохимией, патофизиологией, патологической анатомией и др.);
- другими медицинскими дисциплинами (терапией, неврологией и пр.).

медицинской психологией  
психофармакологией

Психиатрия является частью общей медицины, отдельные ее направления изучают психические расстройства при соматических заболеваниях (**соматопсихиатрия**) и психические причины возникновения соматических заболеваний (**психосоматика**).

## 1.4. Исторические этапы формирования психиатрической помощи:

1. Донаучный период
2. Эпоха древней греко-римской медицины
3. Средние века (эпоха инквизиции)
4. Период, охватывающий XVIII-й век и начало XIX-го века
5. Современная психиатрия

## 1.5. Классификация психических расстройств:

Все психические расстройства могут носить:

- психопатический уровень
- невротический уровень
- психотический уровень

Существуют три основных принципа классификации психических расстройств:

1. Синдромологический принцип.

2. Нозологический принцип (по *этиологическому* принципу психические заболевания разделяют на:

- *эндогенные,*
- *экзогенные*
- *психогенные.*

3. **Прагматический** (статистический, эклектичный) принцип

В настоящее время действуют:

1. Международная классификация психических расстройств и расстройств поведения 10-го пересмотра (МКБ-10). В 2015 году появилась МКБ-11.

2. DSM-V

# Разделы Международной классификации психических расстройств

## 10-го пересмотра :

Классификация состоит из 11 разделов.

1. F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства
2. F10 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ
3. F20 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
4. F30 Расстройства настроения (аффективные расстройства)
5. F40 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
6. F50 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
7. F60 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
8. F70 Умственная отсталость
9. F80 Нарушения психологического развития
10. F90 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
11. F99 Неуточненное психическое расстройство



## DSM-V:

1. американская классификация базируется на четких критериях, образующих «номенклатуру» психических расстройств вместе с обширным пояснительным текстом.

2. В качестве основной причины появления новой классификации фигурирует - появление новых данных в области исследований психических расстройств, ставших результатом распространения метода КТ головного мозга, а также новых знаний в области эпидемиологии, генетики и нейробиологии.

## **Таблица 1. Диагностические главы DSM-5:**

Расстройства психического развития

Расстройства шизофренического спектра и другие психотические состояния

Биполярные и связанные с ним расстройства

Депрессивные расстройства

Тревожные расстройства

Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства

Связанные с психическими травмами и стрессами расстройства

Диссоциативные расстройства

Психические расстройства с преобладанием соматических симптомов и родственные им состояния

Расстройства питания и приема пищи (feeding and eating disorders)

Расстройства выделения (экскреции)

Расстройства режима «сон-бодрствование»

Сексуальные расстройства

Гендерная дисфория

Агрессивные состояния, импульсивные и поведенческие расстройства (disruptive, impulse-control, and conduct disorders)

Расстройства, связанные с приемом психоактивных веществ и аддиктивные состояния

Нейрокогнитивные расстройства

Личностные расстройства

Парафилии

Другие психические расстройства

## 2.1 Расстройства ощущений.

## 2. 2 Расстройства восприятия:

- 2.2.1 Иллюзии

- 2.2 .2 Галлюцинации.

- 2.2.3 Психосенсорные расстройства.

## 2.1. Расстройства ощущений.

Под ощущениями принято понимать такую функцию психической деятельности человека, которая позволяет оценить отдельные свойства предметов и явление окружающего его мира и собственного организма.

Физиологической основой ощущение являются анализаторы органов чувств: **Экстероцептивные рецепторы** (зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные, вкусовые) дают человеку сведения об окружающем мире,

**Интероцептивные** – о состоянии внутренних органов и систем,

**Проприоцептивные** – о положении тела в пространстве и совершаемых движениях.

Для определения нарушений ощущения используются термины:

- анестезия,
- гипестезии,
- гиперестезия,
- сенестопатия,
- парестезия.

## Патология ощущений :

Изменение интенсивности  
ощущений  
(количественные):

1. Гипестезия
2. Анестезия
3. Гиперестезия

Качественные расстройства  
ощущения:

1. Парестезии
2. Сенестопатии

## Изменение интенсивности ощущений (количественные):

1. **Анестезия** – отсутствие каких-либо ощущений.
2. **Гипестезия** – ослабление ощущений, при котором сильные раздражители воспринимаются как слабые. Снижена чувствительность, повышен порог восприятия.
3. **Гиперестезия** – усиление ощущений, при которой наблюдаются противоположные описанным при гипестезии явления. Повышена чувствительность, понижен порог восприятия.

## Качественные расстройства ощущения:

1. **Парестезии** – появление неприятных ощущений с поверхностных частей тела при отсутствии реальных раздражителей. Возникают при механических повреждениях.
2. **Сенестопатии** - неприятно переживаемые ощущения разной интенсивности и длительности со стороны внутренних органов при отсутствии установленной соматической патологии.

## 2.2. Расстройства восприятия

.

Восприятие, в отличие от ощущений, дает полное представление о предмете или явлении. Его физиологической основой являются органы чувств.

**Расстройства восприятия представлены несколькими нарушениями:**

- агнозиями,
- иллюзиями,
- галлюцинациями,
- психосенсорными расстройствами.



**Агнозии** – не узнавание предмета, неспособность больного объяснить значение и название воспринимаемого предмета.

- зрительная
- слуховая
- тактильная
- пространственная

**Встречается при:**

- атрофических заболеваний,
- болезни Альцгеймера.

**Анозогнозии** (не узнавание своей болезни) встречающиеся при многих психических и соматических заболеваниях (истерических расстройствах, алкоголизме, опухолях, туберкулезе и др.).

**2.2.1. Иллюзии** – такое нарушение восприятия, при котором реально существующий предмет воспринимается как совершенно иной.

**Различают иллюзии:**

- физические,
- физиологические
- психические.

**1. Физические иллюзии** обусловлены особенностями среды, в которых находится воспринимаемый объект.

**2. Физиологические иллюзии** возникают в связи с условиями функционирования рецепторов.

**3. Психические иллюзии**, чаще их называют **аффективными** в связи с эмоциональным состоянием страха, тревоги, ожидания.

**Парейдолические иллюзии** относятся к психическим, представляют из себя разновидность зрительных сменяющимся содержанием ошибочных образов фантастического содержания.

Другая существующая классификация иллюзий  
основывается на их разграничении по анализаторам:

1. зрительные,
2. слуховые,
3. тактильные,
4. обонятельные,
5. вкусовые.

**2.2.2. Галлюцинациями** называется такое нарушение восприятия, при котором воспринимается несуществующий в данное время и в данном месте предмет или явление при полном отсутствии критического отношения к ним.

Одна из классификаций галлюцинаций основывается на их разграничении их по анализаторам:

1. зрительные,
2. слуховые,
3. тактильные,
4. обонятельные,
5. вкусовые.

Все галлюцинаторные переживания  
рубрифицируются по ряду признаков:

- сложности,
- содержанию,
- времени возникновения,
- заинтересованности того или иного анализатора,  
и некоторым другим.

По сложности галлюцинации делятся на:

- элементарные,
- простые
- сложные
- сценopodobные.



## Элементарные :

- **фотопсии** (лишенные конкретной формы в виде пятен, контуров, бликов зрительные образы),
- **акоазмы** (оклики, неясные шумы) и другие простейшие феномены.

В формировании **простых** галлюцинаций участвует только какой либо один анализатор.

При появлении **сложных** галлюцинаций участвует несколько анализаторов.

**Зрительные галлюцинации** могут быть представлены единичными или множественными образами, ранее встречаемыми или мифическими существами, движущимися и неподвижными фигурами, безопасными или нападающими на пациента, с натуральной или неестественной окраской.

Если зрительный образ воспринимается не в обычном поле зрения, а где-то сбоку или сзади, то такие галлюцинации называются **экстракампинными**. Переживание видения своих двойников названо **аутоскопическими галлюцинациями**.

**Слуховые галлюцинации** могут переживаться больными как шум ветра, завывание зверей, жужжание насекомых и пр., но чаще всего в виде вербальных галлюцинаций.

Это могут быть голоса знакомых или незнакомых людей, одного человека или группы людей (**полифонические галлюцинации**), находящихся рядом или на далеком расстоянии.

По содержанию «голоса» могут быть:

- нейтральными, безразличными для больного или
- угрожающего, оскорбляющего характера.

Они могут комментировать его действия (**комментирующие галлюцинации**).

Иногда «голоса» ведут разговоры о больном, не обращаясь к нему, при этом одни бранят его, угрожают, другие защищают (**антагонистические галлюцинации**).

Наибольшую опасность для больного и его окружения несут **императивные галлюцинации**, которые носят форму приказов выполнить то или иное действие.

**Тактильные галлюцинации** представлены чаще всего чувством ползания по коже или под ней различного рода насекомых.

Обонятельные и вкусовые галлюцинации встречаются редко.

**Обонятельные** заключаются в ощущении несуществующих приятных, чаще неприятных запахов (сероводорода, гнили, нечистот и др.) **Вкусовые** – переживанием какого-то вкуса во рту независимо от характера принятой пищи.

При **висцеральных галлюцинациях** больные утверждают, что в их теле находятся какие-то существа (черви, лягушки, змеи и др.), которые причиняют им боль, поедают принятую пищу, нарушают сон и т.д.).

Висцеральные галлюцинации, в отличие от сенестопатий, имеют вид образа с соответствующими характеристиками размеров, цвета. особенностей движения.

Отдельно от других рассматриваются:

- функциональные,
- доминантные,
- гипнагогические
- гипнопомпические галлюцинации.

**Функциональные галлюцинации** возникают на фоне действия внешнего раздражителя, и воспринимается одновременно с ним, а, не сливаясь как это имеет место при иллюзиях.

**Доминантные галлюцинации** отражают содержание психической травмы, ставшей причиной заболевания.

**Гипнагогические галлюцинации** любого характера возникают в состоянии перехода от бодрствования ко сну, **гипнопампические** – при пробуждении.

Особое значение для диагностики психического расстройства имеет деление галлюцинаций на:

1. истинные
2. ложные (псевдогаллюцинации).

Для **истинных галлюцинаций** характерна:

1. проекция в окружающую среду, они естественным образом вписываются в нее.
2. носят такие же признаки реальности, как и окружающие предметы.
3. больные убеждены, что окружающие испытывают те же переживания, но по непонятным причинам скрывают это
4. истинные обманы восприятия обычно влияют на поведение больного, которое становится соответствующим содержанию галлюцинаторных образов
5. истинные галлюцинации чаще встречаются при экзогенных психозах.



## Псевдогаллюцинации имеют целый ряд отличительных от истинных свойств:

1. Они лишены признаков реальности, не вписываются в окружающую среду, воспринимаются как нечто инородное, странное, отличное от прежних ощущений. Сквозь сидящего на стуле человека видна спинка стула, находящийся неподалеку тигр с оскалом зубов, по данным В.Х.Кандинского, не вызывает чувства страха, а скорее любопытства.
2. Проецирование галлюцинаций внутри тела. Больной слышит голоса не ухом, а внутри головы, видит образы, расположенные в животе или грудной клетке.
3. Переживание чувства «сделанности галлюцинаций». Пациент не сам видит образ, а ему его показывают, он слышит голос внутри головы потому, что кто-то так сделал, возможно, вставив в голову микрофон.
4. Если зрительная галлюцинация проецируется во вне, но обладает выше перечисленными признаками, она может быть отнесена к псевдогаллюцинации.
5. Нередко псевдогаллюцинации, если они не носят императивный характер, не отражаются на поведении пациента. Даже близкие родственники месяцами могут не догадываться, что рядом с ними находится галлюцинирующий человек.

**Галлюциноз** – синдром, характеризуется появлением галлюцинаций в одном из анализаторов

( вербальный – алкогольный острый и хронический, зрительный – Шарля Бонэ – при снижении зрения у пожилых, тактильный – ползание мурашек при кокаиновой интоксикации).

### 2.2.3. Психосенсорные расстройства. (нарушения сенсорного синтеза)

Нарушениями сенсорного синтеза называют такое расстройство восприятия, при котором реально существующий (в отличие от галлюцинаций) воспринимаемый объект узнается правильно (в отличие от иллюзий), но в измененной, искаженной форме.

Различают две группы психосенсорных расстройств:

1. дереализацию
2. деперсонализацию.

**Дереализация** – искаженное восприятие окружающего мира. Она в высказываниях больных может носить неопределенный, трудно вербализуемый характер. Переживается чувство измененности окружающего мира, он стал каким-то иным, не таким как прежде.

В других случаях переживания дереализации выражаются вполне определенными понятиями. Это касается, прежде всего, искажения формы, размеров, веса и цвета воспринимаемого объекта.

**микropsия** – восприятия предмета в уменьшенных размерах,

**макрupsия** – в увеличенном размере,

**метаморфupsия** - в искаженной форме (ломаным, наклонившимся, деформированным и пр.)

**Дереализация может также проявляться феноменами**

-déjà vu,

-eprouve vu ,

- entendu vu, -

jamais vu,

-jamais eprouve vu,

-jamais entendu. В первом случае речь идет о том, что индивид переживает возникшую ситуацию как уже когда-то виденную, слышанную или пережитую.

Во втором уже ранее известную - как никогда не виденную, не слышанную и не пережитую.

К дереализации относится также нарушение восприятия времени и пространства.

Симптомы **деперсонализации** могут быть представлены в дух вариантов:

1. соматопсихической
2. аутопсихической.

**Соматопсихическая деперсонализация**, или нарушение схемы тела, представлена переживаниями изменения размеров тела или его частей, веса и конфигурации. Эти расстройства также чаще встречаются при экзогенных.

**Аутопсихическая деперсонализация** выражается в переживании чувства измененности своего «Я». Аутопсихическая деперсонализация более свойственна больным с эндогенными заболеваниями.

**Витальная деперсонализация** — клинически наиболее тяжелая, когда у больного исчезает само чувство жизни: «я как мертвая», «не пойму, живу я или нет», «я вроде бы и не существую совсем».

### 3.1. Мышление и его расстройства

Мышление – способность отражать в сознании мир во всей полноте существующих связей, внутренних закономерностей. Не только наблюдать, но и понимать суть происходящего.

## 3.1. Расстройства мышления

### 3.1.1. По форме:

1. Нарушения темпа
2. Нарушение стройности
3. Нарушение целенаправленности

### 3.1.2. По содержанию:

1. Бредовые идеи
2. Сверхценные идеи
3. Навязчивые идеи

## Расстройства мышления по форме (расстройства ассоциативного процесса)

### Нарушения темпа мышления

**1. Болезненно ускоренное мышление.** Характеризуется увеличением речевой продукции в единицу времени. В основе лежит ускорение течения ассоциативного процесса. Наблюдается при:

- маниакальном синдроме,
- эйфорических состояниях.

**2. Болезненно замедленное мышление.** Выражается в речевой заторможенности, застриваемости. Ассоциации бедны, переключаемость затруднена. Наблюдается при:

- депрессиях любого происхождения,
- при травматическом поражении головного мозга,
- органических,
- инфекционных заболеваниях,
- эпилепсии.



## Расстройства мышления по форме (расстройства ассоциативного процесса) Нарушения стройности мышления

**1 Разорванное мышление** характеризуется отсутствием в речи больших логических согласований между словами, грамматические связи при этом могут быть сохранены. Тем не менее речь больного может быть совершенно непонятной, лишенной всякого смысла, например: «Кто может выделить временное расхождение относительности понятий, включенных в структуру миробытия» и т.п. При шизофрении.

**2 При бессвязном мышлении** отсутствуют не только логические, но и грамматические связи между словами. Речь больных превращается в набор отдельных слов или даже звуков: «возьму... сама попаду... день-пень... ах-ха-ха... лень» и т.п.

Встречается при:

- шизофрении,
- экзогенно-органических психозах, сопровождающихся аменцией.

## Расстройства мышления по форме (расстройства ассоциативного процесса)

### Нарушение целенаправленности мышления

**1 Резонерство** (бесплодное мудрствование, рассуждательство). Мышление с преобладанием пространных, отвлеченных, часто малосодержательных рассуждений . например, на вопрос врача «как вы себя чувствуете?» долго рассуждают о пользе питания, отдыха, витаминов. При шизофрении.

**2 Аутистическое мышление** оторванное от реальности, не соответствующее реальности и не корригирующееся реальностью. Относится к основным симптомам шизофрении, но может встречаться и при: шизоидной психопатии, шизотипическом расстройстве.

**3 Символическое мышление.** Мышление, при котором обычным, общеупотребимым словам придается особый, отвлеченный, понятный лишь самому больному смысл. При этом слова и понятия часто заменяются символами или новыми словами (неологизмами), больные разрабатывают собственные языковые системы. Примеры неологизмов: «зеркаластр, пенснэхо, электрическая эксковозочка». При шизофрении.

**4 Патологическая обстоятельность** (детализированность, вязкость, инертность, тугоподвижность, торпидность мышления). Характеризуется склонностью к детализации, застреванию на частностях, «топтанием на месте», неспособностью отделить главное от второстепенного. У больных эпилепсией, при органических заболеваниях головного мозга.

**5 Персеверация мышления.** Характеризуется повторением одних и тех же слов, фраз, в связи с выраженным затруднением переключаемости ассоциативного процесса и доминированием какой-либо одной мысли (застревание мысли), представления. При эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга, у депрессивных больных.

## Расстройства мышления по содержанию:

### *1. Бредовые идеи:*

1. Ложные, ошибочные суждения
2. Овладевают все сознанием больного
3. Не поддаются психической коррекции
4. Возникают на патологической основе

## По психопатологическим механизмам бредовые идеи делятся на :

1. **первичные** (интерпретативный, систематизированный бред, бред толкования):

- нарушение абстрактного мышления, ложная интерпретация

2. **вторичные**. (образный, чувственный):

- на основе др. психических расстройств

### **Выделяют:**

- галлюцинаторный,

- маниакальный,

- депрессивный,

- конфабуляторный,

- образный бред. Возникает на базе других психических расстройств (галлюцинации, выключение сознания, автоматизмы)

По содержанию (по теме бреда) все бредовые идеи можно разделить на три основные группы:

1. преследования,
2. величия
3. и самоуничижения.

К группе *идей преследования* относятся:

- бред отравления,
- отношения,
- воздействия,
- собственно преследования,
- «любовного очарования».

*Бредовые идеи величия* также разнообразны по содержанию:

- бред изобретательства,
- реформаторства, богатства,
- высокого происхождения,
- бред величия.

К *бредовым идеям самоуничижения* (депрессивный бред) относят:

- бред самообвинения,
- самоуничижения,
- греховности,
- виновности.

## *Бредовые синдромы*

*1. Паранойальный синдром* характеризуется систематизированным бредом отношения, ревности, изобретательства.

- нет галлюцинаций или расстройств настроения
- монотематический

При алкогольных, пресенильных психозах, а также при шизофрении и психопатиях.

*2. Параноидный синдром.* Характеризуется вторичным бредом. К группе параноидных синдромов относятся галлюцинаторно-бредовой, депрессивно-бредовой, кататоно-бредовой и некоторые другие синдромы. Параноидные синдромы встречаются как при экзогенных, так и при эндогенных психозах.

При шизофрении часто наблюдается один из наиболее типичных вариантов галлюцинаторно-параноидного синдрома – *синдром*

*Кандинского-Клерамбо*, который складывается из следующих симптомов:

1. псевдогаллюцинации,
2. психические автоматизмы,
3. бредовые идеи воздействия.

Автоматизмами называют явление утраты чувства принадлежности самому себе мыслей, эмоциональных переживаний, действий. Г. Клерамбо (1920) описал три вида автоматизмов:

1. **Идеаторный (ассоциативный) автоматизм** проявляется в чувстве постороннего вмешательства в течение мыслей, их вкладывание или отнятие, обрывы (шперрунги) или наплывы (ментизм), ощущение, что мысли больного становятся известны окружающим (симптом открытости), «эхо мыслей», насильственная внутренняя речь, вербальные псевдогаллюцинации, воспринимаемые как ощущение передачи мыслей на расстояние.

2. **Сенсорный (сенестопатический, чувственный) автоматизм**. Для него характерно восприятие различных неприятных ощущений в теле (сенестопатии), чувство жжения, скручивания, боли, полового возбуждения в качестве сделанных, специально вызванных. Вкусовые и обонятельные псевдогаллюцинации могут рассматриваться в качестве вариантов этого автоматизма.

3. **Моторный (кинестетический, двигательный) автоматизм** проявляется ощущением вынужденности некоторых действий, поступков больного, которые совершаются помимо его воли или вызваны воздействием извне. При этом больные часто испытывают мучительное чувство физической несвободы, называя себя «роботами, фантомами, марионетками, автоматами» и т.д. (чувство овладения).

Расстройства мышления по содержанию:  
2. Сверхценные идеи

*Сверхценные идеи* – суждения, возникающие на основе реальных фактов, которые эмоционально переоцениваются, гиперболизируются и занимают в сознании больных неоправданно большое место, вытесняя конкурирующие представления, исчезает критика, что позволяет отнести их к разряду патологических.

Возникают под влиянием действительных обстоятельств. Благодаря сильной аффективной окраске, получают в сознании не соответствующее их реальному значению доминирующее значение. (изобретательства, ревности, кверулянства, ипохондрические).

Расстройства мышления по содержанию:

3. **Навязчивые идеи**

Навязчивые идеи, или обсессии, - это возникающие спонтанно патологические идеи, носящие навязчивый характер, к которым всегда имеется критическое отношение. Чаще всего навязчивые мысли наблюдаются при заболеваниях невротического круга, однако могут встречаться и у практически здоровых людей с тревожно-мнительным характером, у больных с шизофренией.

**Навязчивые явления:**

1. Непроизвольно возникающие непреодолимые мысли, представления, сомнения, воспоминания, влечения, страхи и действия
2. Сознание их болезненности
3. Критическое к ним отношение
4. Попытка борьбы с ними



Расстройства мышления по содержанию:

### 3. Навязчивые идеи

**Навязчивые мысли (обсессии)** – «умственная жвачка», навязчивый счет, неприятные мысли

**Навязчивые сомнения** – отсутствие уверенности в правильности и законченности выполненных действий

**Навязчивые воспоминания** – возникновение неотвязных мыслей, относящихся к бывшему в действительности неприятному, порочащему, мучительному поступку.

Расстройства мышления по содержанию:

### 3. Навязчивые идеи

Навязчивые страхи (фобии) :

**Агорафобия** – страх открытых пространств, скопления людей, страх остаться без помощи.

**Социофобия** – страх совершать какие-либо действия в присутствии др. людей (выступать, покраснеть, привлечь внимание).

**Нозофобии** – страх заболеть тяжелой болезнью (кардиофобия, танатофобия, канцерофобия, СПИДОФобия, лиссофобия, мизофобия)

## Расстройства мышления по содержанию:

### 3. Навязчивые идеи

**Навязчивые влечения** – желание совершать бессмысленное, опасное или непристойное действие, сопровождается тревогой и страхом. Никогда не совершается!

#### **Навязчивые действия (компульсии)**

Сочетающиеся с фобиями (ритуалы на некоторое время позволяют избавиться от страха)

Не сочетающиеся с фобиями (простые, зафиксированные в прошлом действия – поправлять волосы, откидывать голову)

В наиболее полном виде эти нарушения представлены в рамках *обсессивно-фобического синдрома*. Навязчивые страхи (фобии) могут иметь различное содержание. При неврозах они чаще всего носят понятный характер, тесно связанный с ситуацией реальной жизни больного: страхи загрязнения и заражения (*мизофобия*), закрытых помещений (*клаустрофобия*), толпы и открытых пространств (*агорафобия*), смерти (*танатофобия*).

Чаще всего встречаются навязчивые страхи возникновения тяжелого заболевания (*нозофобия*), особенно в случаях, спровоцированных психогенно: *кардиофобия*, *канцерофобия*, *сифилофобия*, *спидофобия*.

Одним из вариантов обсессивно-фобического синдрома является *дисморфофобический (дисморфоманический) синдром*.

**Дисморфофобия** – навязчивые идеи своего физического несовершенства,

Обычно сочетаются социофобиями и сниженным настроением

**Дисморфомания** – бредовые или сверхценные идеи своего физического несовершенства.

## 4.1. Память и ее расстройства

### 4.1.1. Патология памяти

## 4.2 . Интеллект и его расстройства

**Память** – процесс образования (фиксации), хранения (ретенции), воспроизведения (репродукции) и забывания следов ощущений и восприятий.

Она представляет собой один из основных познавательных процессов, вместе с функцией внимания обеспечивает эффективность восприятия, мышления, а также является важнейшей предпосылкой интеллекта.

**По характеру преобладающей активности** у тех или иных людей может доминировать

- образная (зрительная, слуховая, вкусовая, обонятельная, осязательная),
- двигательная (моторная) либо
- идеаторная (словесно-логическая) память.

**По степени надежности ретенции и содержательно выделяют:**

1. кратковременную
2. и долговременную память.

**Закон прогрессирующего снижения памяти Рибо:**

1. от позднего (недавнего) к раннему (событиям юности)
2. от частного к общему
3. от эмоционально нейтрального к эмоционально значимому.

Чаще всего расстройства памяти связаны с органическим поражением головного мозга.

## Расстройства памяти

### Количественные:

Гипермнезия

Гипомнезия

Амнезия

### Качественные:

Псевдореминисценции

Конфабуляции

Криптомнезии

### Количественные нарушения памяти:

**Гипермнезия** – обострение памяти. При этом запоминание может оставаться на обычном уровне, а воспроизведение – резко усиливаться. Наплывы воспоминаний у больных приобретают хаотический характер, концентрации внимания снижена. Наблюдаются в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза, при эйфорических состояниях, шизофрении, а также могут сопутствовать эпилептическим пароксизмам, невротическими расстройствами психики.

**Гипомнезия** – болезненное снижение памяти. При этом расстройстве обычно страдают все ее составляющие. Нередко при этом наблюдается симптом анэфории, когда репродукция названий известных предметов, имен близких людей, «выскочивших из памяти» слов возможна не иначе как при подсказке со стороны. Чаще всего гипомнезия носит прогрессирующий (в соответствии с законом Рибо) характер и наблюдается при органических, сосудистых заболеваниях головного мозга (гипертоническая болезнь, атеросклероз). Однако она может быть вызвана и преходящими функциональными расстройствами невротического характера (например, при психогенной астении).



**Амнезия** – полная утрата на события определенного промежутка времени.

**Ретроградная** – на период до нарушения сознания

**Антероградная** – на период после нарушения сознания

**Конградная** – на сам период нарушения сознания

**Антероретроградная**

**Фиксационная амнезия** – утрата способности запоминать

## Качественные нарушения памяти Парамнезии:

1. **псевдореминисценций**- перенос реально имеющих место событий обыденного содержания из прошлого в настоящее.

2. **Конфабуляции (ложные воспоминания)**— это замещение провала памяти вымышленными событиями фантастического, нереального характера, которые не могли иметь место в принципе.

3. **криптомнезии**, выражающиеся в том, что больные приписывают своему творчеству воспоминания, почерпнутые из книг, рассказы о событиях, случившихся с другими людьми или произошедших во сне

**Интеллект** – совокупность всех познавательных процессов, способность к приобретению и практическому использованию знаний и навыков.

К предпосылкам интеллекта относятся:

Память

Внимание

Мышление.

## Расстройства интеллекта

### Олигофрения

(умственная отсталость)

– врожденное

слабоумие – слабоумие

– нарушение развития

до 3-х лет:

1. Дебильность

2. Имбецильность

3. Идиотия

**Деменция** – приобретенное

слабоумие – более 3-х лет:

Парциальная деменция

Тотальная деменция

## Выделяют 3 степени олигофрении :

1. **дебильность**, характеризующаяся примитивностью суждений и умозаключений, преобладанием конкретного мышления над абстрактным. При этом выявляется недостаточная дифференцированность эмоций. Возможности обучения снижены, социальная адаптация нарушена. Словарный запас измеряется сотнями слов.

2. **имбецильность** представляет собой среднюю степень умственной отсталости, при которой имеются нарушения не только абстрактного, но и конкретного мышления. Его продуктивность резко снижена, словарный запас ограничен десятками слов, речь косноязычна. Обучение больных невозможно, поскольку они способны лишь к усвоению элементарных навыков самообслуживания. Социальная адаптация резко снижена.

3. **идиотия** – наиболее глубокая степень олигофрении. Характеризуется практически полным отсутствием речи, навыки самообслуживания отсутствуют, психическая жизнь больных ограничивается удовлетворением простейших жизненных потребностей (вегетативное существование). У больных могут наблюдаться примитивные эмоциональные реакции (плач, крик), иногда агрессивность.

Степени олигофрений			
Признаки	Дебильность	Имбецильность	Идиотия
Речь	Конкретно-образная	Отдельные слова	Отсутствует
Способность к самообслуживанию	++	Только элементарные навыки	—
Способность к обучению	+	—	—
IQ	50-69	20-49	Менее 20

Типы деменций	
Парциальная (лакунарная, дисмнестическая)	Тотальная
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Неравномерная выраженность нарушений памяти</li> <li>2. Сохранность «ядра личности»</li> <li>3. Чаще сохранена ориентировка в собственной личности и ситуации</li> <li>4. Наличие осознания болезни с критическим отношением к своему состоянию</li> <li>5. Эмоциональная лабильность</li> <li>6. Наблюдается при сосудистых заболеваниях головного мозга</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Охватывает все виды психической деятельности, с течением времени – полный их распад и прогрессирующая амнезия, апраксия, афазия, маразм.</li> <li>2. Разрушение «ядра личности»</li> <li>3. Часто дезориентированы в собственной личности и ситуации.</li> <li>4. Отсутствие критики.</li> <li>5. При прогрессирующих заболеваниях ЦНС, прогрессивном параличе.</li> </ol>

## Психоорганический синдром (ПОС)

- клинически отражает наличие органического поражения ЦНС
- представлен сочетанием различных нарушений трех сфер психической деятельности (триада Вальтер-Бюэля)

1. Интеллекта

2. Памяти

3. Эмоции



## 4 ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ( психомоторные) РАССТРОЙСТВА.

### 4.1 Синдромы психомоторных расстройств.

**ступор** – общая двигательная заторможенность, оцепенение, сопровождается утратой какого-либо контакта с окружающими;

**мутизм** – утрата речевого контакта с окружающими при сохранении речевого аппарата, немотивированный отказ от речи;

**негативизм** – бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от выполнения каких-либо действий, иногда в форме противоположного действия (активный негативизм);

**стереотипии** – постоянное, однообразное, монотонное повторение какого-либо действия (двигательные стереотипии) или ритмичное, монотонное повторение какого-либо слова, словосочетания, иногда бессмысленное название сходных по звучанию фраз, слов или слогов (речевые стереотипии – вербигерации);

**пассивная подчиняемость** – больной не может противоборствовать приказам окружающих и полностью их выполняет, независимо от содержания;

**эхопраксия** – больной полностью повторяет все действия другого человека;

**эхолалия** – повторение полностью или частично речи окружающих, при этом на вопрос, обращенный к нему, больной отвечает повторением вопроса или последних слов вопроса;

**эхомимия** – больной повторяет мимику другого человека

**каталепсия (восковая гибкость)** – проявляется в повышении мышечного тонуса (этот феномен развивается постепенно, начиная с мышц шеи, плеч и, затем, охватывает все тело), вследствие чего тело больного длительное время может сохранять приданное ему положение, даже если поза крайне неудобна. Сам больной не делает никаких движений, но не сопротивляется изменению его позы и застывает в ней надолго.

**Кататония** – симптомокомплекс психических расстройств, в котором преобладают:

двигательные нарушения в форме **акинеза (кататонический ступор)**

или в форме **гиперкинеза (кататоническое возбуждение)**.

В тех случаях, когда сознание остается не помраченным, кататонию называют **люцидной**.

Среди же состояний помрачения сознания кататонии, обычно, сопутствует онейроидное помрачение (**онейроидная кататония**).

Кататонический синдром чаще всего встречается при шизофрении.

Для кататонического ступора характерно:

- **обездвиженность**

- **наличие повышенного тонуса мышц**, который развивается как бы сверху вниз (жевательные мышцы, шейные и затылочные, далее мышцы плеч, предплечий, кистей рук и, в последнюю очередь, мышцы ног).

- **Гипертонус** может предстать в виде ступора или в виде восковой гибкости (каталепсия).

- Кроме того, при кататоническом ступоре выявляются **негативизм** (пассивный, активный), мутизм, пассивная подчиняемость.

В соответствии с выраженностью и преобладанием тех или иных двигательных расстройств выделяют несколько разновидностей кататонического ступора, которые могут сменять друг друга:

а) **ступор с восковой гибкостью;**

б) **негативистический ступор;**

в) **ступор с мышечным оцепенением.**

Для кататонического возбуждения характерно:

- лишенное внутреннего единства и целенаправленности, **повышение двигательной активности**, со стремлением к движению ( в отличии от стремления к действию при маниакальном синдроме),
- на фоне которого отмечаются такие симптомы как —
  - стереотипии,**
  - **ЭХО-СИМПТОМЫ,**
  - **парамимия,**
  - негативизм,**
  - мимоговорение,**
  - подражательная симптоматика**
- **Может сопровождаться патетикой, экстазом, злобой, яростью, безразличием.**

## Другие состояния психомоторного возбуждения:

- Маниакальное
- Тревожное
- Галлюцинаторное – вызвано галлюцинаторными переживаниями угрожающего или устрашающего характера.
- Бредовое – целиком определяется характером бредовых идей и отражает их содержание
- Эпилептическое – сопутствует дисфории
- Аффективно-шоковое – в ответ на тяжелую психотравму, поведение отражает характер психотравмы.

## Другие состояния психомоторного ступора:

- Депрессивный (меланхолический)
- Галлюцинаторный
- Апатический
- Психогенный (истерический)
- Аффективно-шоковый.

## 5. Расстройства сознания.

**Сознание** – высшая интегративная форма психического отражения действительности.

## Патология сознания

### Выключение сознания:

1. Оглушение
  - умеренное  
(обнубиляция)
  - глубокое  
(сомноленция)
- 2 Сопор
- 3 Кома

### Помрачение сознания:

1. Делирий
2. Онейроид
3. Аменция
4. Сумеречное  
помрачение сознания



## Критерии нарушенного сознания:

К.Ясперс (1923) сформулировал признаки синдромов нарушенного сознания:

1. отрешенность от окружающего мира,
2. дезориентировка,
3. нарушение мышления
3. амнезия на период нарушенного сознания.

1. **Под отрешенностью** от окружающего мира следует понимать утрату способности воспринимать происходящие события, анализировать, использовать прошлый опыт и делать соответствующие выводы, т.е. нарушение анализа и синтеза происходящих событий.

2. **Оглушение характеризуется двумя основными признаками:**

- повышением порога ко всем раздражителям и
- обеднением психической деятельности.

В связи с этим больные отвечают на вопросы, задаваемые только громким голосом и настойчиво.

3. **Обнубиляции** (вуаль на сознание) — легкая степень оглушения. Такой больной напоминает человека в состоянии легкого опьянения.

Оглушенность наблюдается при:

- интоксикациях,
- черепно-мозговых травмах
- и при объемных процессах (опухоли, гуммы, кисты).

4. **Сопор** — состояние, следующее по тяжести за оглушением. При нем сохраняются простые психические реакции на внешние воздействия: больной отдергивает руку при уколе, на громкий звук открывает глаза, поворачивает голову. У него сохраняются зрачковые, корнеальные и конъюнктивальные реакции.

5. **Кома** характеризуется полным угнетением психической деятельности, отсутствием зрачковых и других рефлексов, наличием бульбарных и тазовых расстройств.

## 2. Для нарушенного сознания характерны различные варианты дезориентировки.

Под дезориентировкой понимают нарушение ориентировки в окружающем, во времени и по отношению к собственной личности.

### Дезориентировка во времени и месте :

- **аллопсихическая** – проявляется в нарушении ориентировки лишь в окружающем – в месте, времени, по отношению к др. лицам.
- **амнестическая** - которая проявляется в нарушении памяти.
- **аутопсихическая** - при которой дезориентировка относится только к собственной личности и проявляется невозможностью назвать свой возраст, имя, профессию.
- **бредовая** - в виде ложных представлений об окружающем (все происходящее имеет отношение к больному, наполнено особым смыслом).
- **соматопсихическая** – при которой дезориентировка относится к собственному телу, его частям и органам.
- **двойная ориентировка** – когда больной одновременно находится как бы в 2-х ситуациях (симптом + и – двойника)

3. **Амнезия** может быть тотальной и может касаться только определенных ситуаций, например больной не может вспомнить реальные события, но помнит некоторые болезненные переживания, как это наблюдается при делирии.

Для того чтобы говорить о состоянии нарушенного сознания, необходимо выявить у больного все три признака, отмеченные К.Ясперсом.

## Синдромы помрачения сознания:

**Делирий** — иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания — характеризуется противоположными оглушенности признаками:

- понижением порога ко всем раздражителям,
- богатством психопатологической симптоматики (иллюзорно-галлюцинаторной с возбуждением).

## Характерны:

- нарушение сна,
- гипнагогические галлюцинации
- парейдолические иллюзии
- истинные зрительные галлюцинации и иллюзии микрооптические
- тактильные и слуховые галлюцинации
- критика отсутствует
- могут быть светлые промежутки
- аллопсихическая дезориентировка
- образный бред
- изменчивое настроение (преобладает страх)
- двигательное возбуждение
- частичная амнезия болезненных переживаний и полная реальных событий.
- характерно ундулирующее течение (ухудшение ночью)

## Встречается при:

- алкогольный делирий, интоксикации (лекарственные, наркотические)
- при инфекционных и соматических заболеваний
- менингоэнцефалитах
- сосудистых заболеваний ЦНС

## Делирий (этапы развития):

1. **Инициальный** – общая взбудораженность, суетливость, беспокойство, многоречивость, гиперстезия, настроение изменчивое, повышенная отвлекаемость внимания, нарушен сон, кошмары.
2. **Иллюзорных расстройств** – зрительные иллюзии, парейдолические гипнагогические галлюцинации, эпизодически неточная ориентировка
3. **Истинные зрительные галлюцинации** – видения сменяют друг друга без связи, фабула – преследование. Аффект и поступки соответствуют содержанию виденного (бежит, прячется, обороняется). Выражена аллопсихическая дезориентировка.

Делирий обычно проходит после длительного сна (16—18 ч), но к следующей ночи возможны рецидивы галлюцинаторных переживаний.

### Выделяют несколько разновидностей делирия:

- **неразвернутый, или абортивный**, при котором наблюдаются иллюзии и галлюцинации, но ориентировка сохраняется, длительность этого периода до нескольких часов.
- Наиболее тяжелыми вариантами делирия являются **муситирующий (бормочущий)**. При муситирующем делирии наблюдается беспорядочное, хаотическое возбуждение, обычно в пределах постели, речь бессвязная, бормочущая с выкрикиванием отдельных слов или слогов. Часто имеют место бессмысленные хватательные движения, больной терзает одежду, простыню, «обирается».
- **профессиональный**, сопровождающиеся глубоким помрачением сознания. При профессиональном делирии у больного наблюдаются автоматизированные двигательные действия: он забивает несуществующие гвозди, строгают, пилит и т.д. Галлюцинаторные переживания менее отчетливы и более стереотипны.

2. **Онейроидное** — это помрачение сознания с наплывом непроизвольно возникающих фантастических сновидно-бредовых представлений в виде законченных по содержанию картин, следующих в определенной последовательности и образующих единое целое.

**Это состояние сопровождается:**

- отрешенность от окружающего мира с погружением в фантастические бредовые переживания,
- зрительные псевдогаллюцинации
- двойная ориентировка,
- депрессивный или экспансивный аффект
- исключительность собственной миссии, перевоплощение в героев грез
- несоответствие переживаний и поведения больного.
- двигательные расстройства (кататонический ступор)
- амнезия

Онейроид может продолжаться несколько недель. В ряде случаев наблюдаются непроизвольные фантастические представления о космических полетах, войнах, путешествиях, не сопровождающиеся дезориентировкой (ориентированный онейроид).

Онейроидное помрачение сознания наблюдается, при:

- приступообразной шизофрении и значительно реже — при других заболеваниях.

3. **Аменция** — аментивное помрачение сознания (от лат. amentia — безумие), характеризуется растерянностью с аффектом недоумения и бессвязной речью и нарушением мышления) инкогеренцией (ассоциативная бессвязность) и проявляется в невозможностью осмысления окружающего и собственной личности.

**Характеризуется:**

- возбуждением в пределах постели
- хаотичными движениями
- метанием
- обирание
- периодическая прострация
- речь бессвязна (отдельные звуки, слова)
- нарушены все виды ориентировки
- возможны отдельные элементарные галлюцинации
- амнезия

**Аменция наблюдается при:**

- тяжелых хронических соматических заболеваниях,
- при хронической раневой инфекции,
- органических заболеваниях головного мозга,
- реже — при реактивных психозах и шизофрении. Аменция может продолжаться несколько недель и месяцев.



Симптом, синдром	Делирий	Онейроид	Аменция
Дезориентировка	В месте, времени	Двойная ориентировка	Все виды (в месте, времени, собственной личности)
Расстройства восприятия (превалируют)	Истинные зрительные галлюцинации, иллюзии	Фантастические зрительные псевдогаллюцинации	Отсутствуют или элементарные
Моторика	Психомоторное возбуждение	Психомоторная заторможенность (кататонический ступор)	Возбуждение в пределах постели
Амнезия	Частичная	Реальных событий, болезненные сохранены	Полная

**Сумеречное помрачение сознания.** Это внезапно возникающее и внезапно прекращающееся помрачение сознания с последующей амнезией, при котором больной может совершать взаимосвязанные, последовательные действия, обусловленные часто бредом, галлюцинациями, бурными аффектами страха, отчаяния, злобы.

**Характерно:**

- пароксизмальность возникновения и прекращения;
- полная отрешенность от окружающего мира
- сохранность автоматизированной деятельности;
- может быть выраженное возбуждение или внешне упорядочное поведение
- может быть наплыв различных галлюцинаций, образный бред, тоска, злоба.
- полная амнезия на период сумеречного помрачения сознания.

В таком состоянии больной может выйти из дома и через несколько часов обнаружить, что он находится в другой части города или в другом городе, куда не собирался ехать. При этом всю дорогу он вел себя достаточно адекватно, ехал в транспорте, покупал билет, отвечал на вопросы, возможно, казался несколько рассеянным, но своим поведением не привлекал внимания.

**Патологическое опьянение** - сумеречное помрачение сознания, возникающее на фоне употребления незначительного количества спиртного.

**Сумеречное помрачение сознания:**

**Простое** – поведение больных внешне правильное, выражение лица отрешенно-угрюмое, амбулаторные автоматизмы

**Галлюцинаторное** – различные галлюцинации – зрительные (сценоподобные, религиозно-мистические), слуховые (императивные), обонятельные

**Бредовое** – образный бред преследования, величия, страх, агрессия, разрушительные действия.

**Фуги и трансы** — кратковременные состояния амбулаторного автоматизма.

**Абсанс** (от франц. absence — отсутствие) — кратковременная потеря или угнетение сознания с последующей амнезией. Выключение сознания действительно очень кратко.

**Выделяют несколько вариантов абсанса:**

- **атонический**, характеризующийся потерей мышечного тонуса и внезапным падением,
- **гипертонический** — с повышением мышечного тонуса, который проявляется обычно сочетанным разгибанием головы и отведением глазных яблок кверху, иногда выгибанием туловища;
- **субклинический** — с неполной потерей сознания,
- **энуретический** — с непроизвольным упусканьем мочи.

Сумеречные состояния сознания и абсансы в том числе наблюдаются при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга.

# 1. Общие вопросы

## 1.1. Предмет и задачи психиатрии

## 1.2. Основные направления в психиатрии

## 1.3. Основные разделы современной психиатрии

## 1.4. Исторические этапы формирования психиатрической помощи.

## 1.5. Классификация психических расстройств.

# 2. Семиология психиатрии

## 1.1. Предмет и задачи психиатрии:

Психиатрия - медицинская дисциплина, занимающаяся изучением диагностики, лечения, этиологии, патогенеза, распространенности психических болезней и организации психиатрической помощи населению.

Психиатрия (греч. *psyche* — душа, *iatreia* — лечение) в буквальном переводе означает лечение души. Можно предположить, что термин «психиатрия» возник именно тогда, когда все живое, и человек в том числе, наделялось душой.

## Задачи психиатрии.

1. Диагностика психических расстройств.
2. Изучение клиники, этиологии, патогенеза, течения и исхода психических заболеваний.
3. Изучение эпидемиологии психических расстройств.
4. Разработка методов лечения больных с психическими расстройствами.
5. Разработка способов реабилитации больных с психическими заболеваниями.
6. Разработка методов профилактики психических расстройств.
7. Разработка структуры организации

## 1.2. Основные направления в психиатрии:

1. Нозологическое направление
2. Синдромологическое направление
3. Эклектическое направление
4. Психоаналитическое направление
5. «Антипсихиатрия»

1. Общая психопатология
2. Частная психиатрия
3. Возрастная психиатрия
4. Организационная психиатрия.
5. Детская, подростковая и гериатрическая психиатрия
6. Наркология включает диагностику, лечение и профилактику алкоголизма, наркоманий и токсикомании.
7. Судебная психиатрия
8. Социальная психиатрия
9. Транскультуральная
10. Ортопсихиатрия
11. Биологическая психиатрия
12. Сексопатология
13. Суицидология
14. Военная психиатрия



## дисциплинами:

- философией
- психологией
- юриспруденцией
- биологическими науками (анатомией, физиологией, биохимией, патофизиологией, патологической анатомией и др.);
- другими медицинскими дисциплинами (терапией, неврологией и пр.).

медицинской психологией

психофармакологией

Психиатрия является частью общей медицины, отдельные ее направления изучают психические расстройства при соматических заболеваниях (**соматопсихиатрия**) и психические причины возникновения соматических заболеваний

## 1.4. Исторические этапы формирования психиатрической помощи:

1. Донаучный период
2. Эпоха древней греко-римской медицины
3. Средние века (эпоха инквизиции)
4. Период, охватывающий XVIII-й век и начало XIX-го века
5. Современная психиатрия

## 1.5. Классификация психических расстройств:

Все психические расстройства могут носить:

- психопатический уровень
- невротический уровень
- психотический уровень

Существуют три основных принципа классификации психических расстройств:

1. Синдромологический принцип.

2. Нозологический принцип (по *этиологическому* принципу психические заболевания разделяют на:

- *эндогенные,*
- *экзогенные*
- *психогенные.*

3. **Прагматический** (статистический, эклектичный) принцип

**В настоящее время действуют:**

1. Международная классификация психических расстройств и расстройств поведения 10-го пересмотра (МКБ-10). В 2015 году появилась МКБ-11.

2. DSM-V

# Разделы Международной классификации психических расстройств

## 10-го пересмотра :

Классификация состоит из 11 разделов.

1. F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства
2. F10 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ
3. F20 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
4. F30 Расстройства настроения (аффективные расстройства)
5. F40 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
6. F50 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
7. F60 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
8. F70 Умственная отсталость
9. F80 Нарушения психологического развития
10. F90 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
11. F99 Неуточненное психическое расстройство

## DSM-V:

1. американская классификация базируется на четких критериях, образующих «номенклатуру» психических расстройств вместе с обширным пояснительным текстом.

2. В качестве основной причины появления новой классификации фигурирует - появление новых данных в области исследований психических расстройств, ставших результатом распространения метода КТ головного мозга, а также новых знаний в области эпидемиологии, генетики и нейробиологии.

## **Таблица 1. Диагностические главы DSM-5:**

Расстройства психического развития

Расстройства шизофренического спектра и другие психотические состояния

Биполярные и связанные с ним расстройства

Депрессивные расстройства

Тревожные расстройства

Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства

Связанные с психическими травмами и стрессами расстройства

Диссоциативные расстройства

Психические расстройства с преобладанием соматических симптомов и родственные им состояния

Расстройства питания и приема пищи (feeding and eating disorders)

Расстройства выделения (экскреции)

Расстройства режима «сон-бодрствование»

Сексуальные расстройства

Гендерная дисфория

Агрессивные состояния, импульсивные и поведенческие расстройства (disruptive, impulse-control, and conduct disorders)

Расстройства, связанные с приемом психоактивных веществ и аддиктивные состояния

Нейрокогнитивные расстройства

Личностные расстройства

Парафилии

Другие психические расстройства



## 2.1 Расстройства ощущений.

## 2. 2 Расстройства восприятия:

- 2.2.1 Иллюзии

- 2.2 .2 Галлюцинации.

- 2.2.3 Психосенсорные расстройства.

## 2.1. Расстройства ощущений.

Под ощущениями принято понимать такую функцию психической деятельности человека, которая позволяет оценить отдельные свойства предметов и явление окружающего его мира и собственного организма.

Физиологической основой ощущение являются анализаторы органов чувств: **Экстероцептивные рецепторы** (зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные, вкусовые) дают человеку сведения об окружающем мире,

**Интероцептивные** – о состоянии внутренних органов и систем,

**Проприоцептивные** – о положении тела в пространстве и совершаемых движениях.

Для определения нарушений ощущения используются термины:

- анестезия,
- гипестезии,
- гиперестезия,
- сенестопатия,
- парестезия.

## Патология ощущений :

Изменение интенсивности  
ощущений  
(количественные):

1. Гипестезия
2. Анестезия
3. Гиперестезия

Качественные расстройства  
ощущения:

1. Парестезии
2. Сенестопатии

## Изменение интенсивности ощущений (количественные):

1. **Анестезия** – отсутствие каких-либо ощущений.
2. **Гипестезия** – ослабление ощущений, при котором сильные раздражители воспринимаются как слабые. Снижена чувствительность, повышен порог восприятия.
3. **Гиперестезия** – усиление ощущений, при которой наблюдаются противоположные описанным при гипестезии явления. Повышена чувствительность, понижен порог восприятия.

## Качественные расстройства ощущения:

1. **Парестезии** – появление неприятных ощущений с поверхностных частей тела при отсутствии реальных раздражителей. Возникают при механических повреждениях.
2. **Сенестопатии** - неприятно переживаемые ощущения разной интенсивности и длительности со стороны внутренних органов при отсутствии установленной соматической патологии.

## 2.2. Расстройства восприятия

.

Восприятие, в отличие от ощущений, дает полное представление о предмете или явлении. Его физиологической основой являются органы чувств.

**Расстройства восприятия представлены несколькими нарушениями:**

- агнозиями,
- иллюзиями,
- галлюцинациями,
- психосенсорными расстройствами.

**Агнозии** – не узнавание предмета, неспособность больного объяснить значение и название воспринимаемого предмета.

- зрительная
- слуховая
- тактильная
- пространственная

**Встречается при:**

- атрофических заболеваний,
- болезни Альцгеймера.

**Анозогнозии** (не узнавание своей болезни) встречающиеся при многих психических и соматических заболеваниях (истерических расстройствах, алкоголизме, опухолях, туберкулезе и др.).

**2.2.1. Иллюзии** – такое нарушение восприятия, при котором реально существующий предмет воспринимается как совершенно иной.

**Различают иллюзии:**

- физические,
- физиологические
- психические.



**1. Физические иллюзии** обусловлены особенностями среды, в которых находится воспринимаемый объект.

**2. Физиологические иллюзии** возникают в связи с условиями функционирования рецепторов.

**3. Психические иллюзии**, чаще их называют **аффективными** в связи с эмоциональным состоянием страха, тревоги, ожидания.

**Парейдолические иллюзии** относятся к психическим, представляют из себя разновидность зрительных сменяющимся содержанием ошибочных образов фантастического содержания.

Другая существующая классификация иллюзий  
основывается на их разграничении по анализаторам:

1. зрительные,
2. слуховые,
3. тактильные,
4. обонятельные,
5. вкусовые.

**2.2.2. Галлюцинациями** называется такое нарушение восприятия, при котором воспринимается несуществующий в данное время и в данном месте предмет или явление при полном отсутствии критического отношения к ним.

Одна из классификаций галлюцинаций основывается на их разграничении их по анализаторам:

1. зрительные,
2. слуховые,
3. тактильные,
4. обонятельные,
5. вкусовые.

Все галлюцинаторные переживания  
рубрифицируются по ряду признаков:

- сложности,
- содержанию,
- времени возникновения,
- заинтересованности того или иного анализатора,  
и некоторым другим.

По сложности галлюцинации делятся на:

- элементарные,
- простые
- сложные
- сценopodobные.

## Элементарные :

- **фотопсии** (лишенные конкретной формы в виде пятен, контуров, бликов зрительные образы),
- **акоазмы** (оклики, неясные шумы) и другие простейшие феномены.

В формировании **простых** галлюцинаций участвует только какой либо один анализатор.

При появлении **сложных** галлюцинаций участвует несколько анализаторов.

**Зрительные галлюцинации** могут быть представлены единичными или множественными образами, ранее встречаемыми или мифическими существами, движущимися и неподвижными фигурами, безопасными или нападающими на пациента, с натуральной или неестественной окраской.

Если зрительный образ воспринимается не в обычном поле зрения, а где-то сбоку или сзади, то такие галлюцинации называются **экстракампинными**. Переживание видения своих двойников названо **аутоскопическими галлюцинациями**.



**Слуховые галлюцинации** могут переживаться больными как шум ветра, завывание зверей, жужжание насекомых и пр., но чаще всего в виде вербальных галлюцинаций.

Это могут быть голоса знакомых или незнакомых людей, одного человека или группы людей (**полифонические галлюцинации**), находящихся рядом или на далеком расстоянии.

По содержанию «голоса» могут быть:

- нейтральными, безразличными для больного или
- угрожающего, оскорбляющего характера.

Они могут комментировать его действия (**комментирующие галлюцинации**).

Иногда «голоса» ведут разговоры о больном, не обращаясь к нему, при этом одни бранят его, угрожают, другие защищают (**антагонистические галлюцинации**).

Наибольшую опасность для больного и его окружения несут **императивные галлюцинации**, которые носят форму приказов выполнить то или иное действие.

**Тактильные галлюцинации** представлены чаще всего чувством ползания по коже или под ней различного рода насекомых.

Обонятельные и вкусовые галлюцинации встречаются редко.

**Обонятельные** заключаются в ощущении несуществующих приятных, чаще неприятных запахов (сероводорода, гнили, нечистот и др.) **Вкусовые** – переживанием какого-то вкуса во рту независимо от характера принятой пищи.

При **висцеральных галлюцинациях** больные утверждают, что в их теле находятся какие-то существа (черви, лягушки, змеи и др.), которые причиняют им боль, поедают принятую пищу, нарушают сон и т.д.).

Висцеральные галлюцинации, в отличие от сенестопатий, имеют вид образа с соответствующими характеристиками размеров, цвета. особенностей движения.

Отдельно от других рассматриваются:

- функциональные,
- доминантные,
- гипнагогические
- гипнопомпические галлюцинации.

**Функциональные галлюцинации** возникают на фоне действия внешнего раздражителя, и воспринимается одновременно с ним, а, не сливаясь как это имеет место при иллюзиях.

**Доминантные галлюцинации** отражают содержание психической травмы, ставшей причиной заболевания.

**Гипнагогические галлюцинации** любого характера возникают в состоянии перехода от бодрствования ко сну, **гипнопампические** – при пробуждении.

Особое значение для диагностики психического расстройства имеет деление галлюцинаций на:

1. истинные
2. ложные (псевдогаллюцинации).

Для **истинных галлюцинаций** характерна:

1. проекция в окружающую среду, они естественным образом вписываются в нее.
2. носят такие же признаки реальности, как и окружающие предметы.
3. больные убеждены, что окружающие испытывают те же переживания, но по непонятным причинам скрывают это
4. истинные обманы восприятия обычно влияют на поведение больного, которое становится соответствующим содержанию галлюцинаторных образов
5. истинные галлюцинации чаще встречаются при экзогенных психозах.

## Псевдогаллюцинации имеют целый ряд отличительных от истинных свойств:

1. Они лишены признаков реальности, не вписываются в окружающую среду, воспринимаются как нечто инородное, странное, отличное от прежних ощущений. Сквозь сидящего на стуле человека видна спинка стула, находящийся неподалеку тигр с оскалом зубов, по данным В.Х.Кандинского, не вызывает чувства страха, а скорее любопытства.
2. Проецирование галлюцинаций внутри тела. Больной слышит голоса не ухом, а внутри головы, видит образы, расположенные в животе или грудной клетке.
3. Переживание чувства «сделанности галлюцинаций». Пациент не сам видит образ, а ему его показывают, он слышит голос внутри головы потому, что кто-то так сделал, возможно, вставив в голову микрофон.
4. Если зрительная галлюцинация проецируется во вне, но обладает выше перечисленными признаками, она может быть отнесена к псевдогаллюцинации.
5. Нередко псевдогаллюцинации, если они не носят императивный характер, не отражаются на поведении пациента. Даже близкие родственники месяцами могут не догадываться, что рядом с ними находится галлюцинирующий человек.

**Галлюциноз** – синдром, характеризуется появлением галлюцинаций в одном из анализаторов

( вербальный – алкогольный острый и хронический, зрительный – Шарля Бонэ – при снижении зрения у пожилых, тактильный – ползание мурашек при кокаиновой интоксикации).



### 2.2.3. Психосенсорные расстройства. (нарушения сенсорного синтеза)

Нарушениями сенсорного синтеза называют такое расстройство восприятия, при котором реально существующий (в отличие от галлюцинаций) воспринимаемый объект узнается правильно (в отличие от иллюзий), но в измененной, искаженной форме.

Различают две группы психосенсорных расстройств:

1. дереализацию
2. деперсонализацию.

**Дереализация** – искаженное восприятие окружающего мира. Она в высказываниях больных может носить неопределенный, трудно вербализуемый характер. Переживается чувство измененности окружающего мира, он стал каким-то иным, не таким как прежде.

В других случаях переживания дереализации выражаются вполне определенными понятиями. Это касается, прежде всего, искажения формы, размеров, веса и цвета воспринимаемого объекта.

**микropsия** – восприятия предмета в уменьшенных размерах,

**макрupsия** – в увеличенном размере,

**метаморфupsия** - в искаженной форме (ломаным, наклонившимся, деформированным и пр.)

**Дереализация может также проявляться феноменами**

-déjà vu,

-eprouve vu ,

- entendu vu, -

jamais vu,

-jamais eprouve vu,

-jamais entendu. В первом случае речь идет о том, что индивид переживает возникшую ситуацию как уже когда-то виденную, слышанную или пережитую.

Во втором уже ранее известную - как никогда не виденную, не слышанную и не пережитую.

К дереализации относится также нарушение восприятия времени и пространства.

Симптомы **деперсонализации** могут быть представлены в дух вариантов:

1. соматопсихической
2. аутопсихической.

**Соматопсихическая деперсонализация**, или нарушение схемы тела, представлена переживаниями изменения размеров тела или его частей, веса и конфигурации. Эти расстройства также чаще встречаются при экзогенных.

**Аутопсихическая деперсонализация** выражается в переживании чувства измененности своего «Я». Аутопсихическая деперсонализация более свойственна больным с эндогенными заболеваниями.

**Витальная деперсонализация** — клинически наиболее тяжелая, когда у больного исчезает само чувство жизни: «я как мертвая», «не пойму, живу я или нет», «я вроде бы и не существую совсем».

### 3.1. Мышление и его расстройства

Мышление – способность отражать в сознании мир во всей полноте существующих связей, внутренних закономерностей. Не только наблюдать, но и понимать суть происходящего.

## 3.1. Расстройства мышления

### 3.1.1. По форме:

1. Нарушения темпа
2. Нарушение стройности
3. Нарушение целенаправленности

### 3.1.2. По содержанию:

1. Бредовые идеи
2. Сверхценные идеи
3. Навязчивые идеи

## Расстройства мышления по форме (расстройства ассоциативного процесса)

### Нарушения темпа мышления

**1. Болезненно ускоренное мышление.** Характеризуется увеличением речевой продукции в единицу времени. В основе лежит ускорение течения ассоциативного процесса. Наблюдается при:

- маниакальном синдроме,
- эйфорических состояниях.

**2. Болезненно замедленное мышление.** Выражается в речевой заторможенности, застриваемости. Ассоциации бедны, переключаемость затруднена. Наблюдается при:

- депрессиях любого происхождения,
- при травматическом поражении головного мозга

## Расстройства мышления по форме (расстройства ассоциативного процесса) Нарушения стройности мышления

**1 Разорванное мышление** характеризуется отсутствием в речи больших логических согласований между словами, грамматические связи при этом могут быть сохранены. Тем не менее речь больного может быть совершенно непонятной, лишенной всякого смысла, например: «Кто может выделить временное расхождение относительности понятий, включенных в структуру миробытия» и т.п. При шизофрении.

**2 При бессвязном мышлении** отсутствуют не только логические, но и грамматические связи между словами. Речь больных превращается в набор отдельных слов или даже звуков: «возьму... сама попаду... день-пень... ах-ха-ха... лень» и т.п.

Встречается при:

- шизофрении,
- экзогенно-органических психозах, сопровождающихся аменцией.

## Расстройства мышления по форме (расстройства ассоциативного процесса)

### Нарушение целенаправленности мышления

**1 Резонерство** (бесплодное мудрствование, рассуждательство). Мышление с преобладанием пространных, отвлеченных, часто малосодержательных рассуждений . например, на вопрос врача «как вы себя чувствуете?» долго рассуждают о пользе питания, отдыха, витаминов. При шизофрении.

**2 Аутистическое мышление** оторванное от реальности, не соответствующее реальности и не корригирующееся реальностью. Относится к основным симптомам шизофрении, но может встречаться и при: шизоидной психопатии, шизотипическом расстройстве.

**3 Символическое мышление.** Мышление, при котором обычным, общеупотребимым словам придается особый, отвлеченный, понятный лишь самому больному смысл. При этом слова и понятия часто заменяются символами или новыми словами (неологизмами), больные разрабатывают собственные языковые системы. Примеры неологизмов: «зеркаластр, пенснэхо, электрическая эксковозочка». При шизофрении.

**4 Патологическая обстоятельность** (детализированность, вязкость, инертность, тугоподвижность, торпидность мышления). Характеризуется склонностью к детализации, застреванию на частностях, «топтанием на месте», неспособностью отделить главное от второстепенного. У больных эпилепсией, при органических заболеваниях головного мозга.

**5 Персеверация мышления.** Характеризуется повторением одних и тех же слов, фраз, в связи с выраженным затруднением переключаемости ассоциативного процесса и доминированием какой-либо одной мысли (застревание мысли), представления. При эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга, у депрессивных больных.



## 1. Бредовые идеи:

1. Ложные, ошибочные суждения
2. Овладевают все сознанием больного
3. Не поддаются психической коррекции
4. Возникают на патологической основе

По психопатологическим механизмам бредовые идеи делятся на :

1. **первичные** (интерпретативный, систематизированный бред, бред толкования):

- нарушение абстрактного мышления, ложная интерпретация

2. **вторичные**. ( образный, чувственный):

- на основе др. психических расстройств

**Выделяют:**

- галлюцинаторный,

- маниакальный,

- депрессивный,

- конфабуляторный,

- образный бред. Возникает на базе других психических расстройств

на три основные группы:

1. преследования,
2. величия
3. и самоуничижения.

*К группе идей преследования относятся:*

- бред отравления,
- отношения,
- воздействия,
- собственно преследования,
- «любовного очарования».

*Бредовые идеи величия также разнообразны по содержанию:*

- бред изобретательства,
- реформаторства, богатства,
- высокого происхождения,
- бред величия.

*К бредовым идеям самоуничижения (депрессивный бред) относят:*

- бред самообвинения,
- самоуничижения,
- греховности,
- виновности

## *Бредовые синдромы*

*1. Паранойальный синдром* характеризуется систематизированным бредом отношения, ревности, изобретательства.

- нет галлюцинаций или расстройств настроения
- монотематический

При алкогольных, пресенильных психозах, а также при шизофрении и психопатиях.

*2. Параноидный синдром.* Характеризуется вторичным бредом. К группе параноидных синдромов относятся галлюцинаторно-бредовой, депрессивно-бредовой, кататоно-бредовой и некоторые другие синдромы. Параноидные синдромы встречаются как при экзогенных, так и при эндогенных психозах.

При шизофрении часто наблюдается один из наиболее типичных вариантов галлюцинаторно-параноидного синдрома – *синдром*

*Кандинского-Клерамбо*, который складывается из следующих симптомов:

1. псевдогаллюцинации,
2. психические автоматизмы,
3. бредовые идеи воздействия.

самому себе мыслей, эмоциональных переживаний, действий. Г. Клерамбо (1920) описал три вида автоматизмов:

1. **Идеаторный (ассоциативный) автоматизм** проявляется в чувстве постороннего вмешательства в течение мыслей, их вкладывание или отнятие, обрывы (шперрунги) или наплывы (ментизм), ощущение, что мысли больного становятся известны окружающим (симптом открытости), «эхо мыслей», насильственная внутренняя речь, вербальные псевдогаллюцинации, воспринимаемые как ощущение передачи мыслей на расстояние.

2. **Сенсорный (сенестопатический, чувственный) автоматизм**. Для него характерно восприятие различных неприятных ощущений в теле (сенестопатии), чувство жжения, скручивания, боли, полового возбуждения в качестве сделанных, специально вызванных. Вкусовые и обонятельные псевдогаллюцинации могут рассматриваться в качестве вариантов этого автоматизма.

3. **Моторный (кинэстетический, двигательный) автоматизм** проявляется ощущением вынужденности некоторых действий, поступков больного, которые совершаются помимо его воли или вызваны воздействием извне. При этом больные часто испытывают мучительное чувство физической несвободы, называя себя «роботами,

Расстройства мышления по содержанию:  
2. Сверхценные идеи

*Сверхценные идеи* – суждения, возникающие на основе реальных фактов, которые эмоционально переоцениваются, гиперболизируются и занимают в сознании больных неоправданно большое место, вытесняя конкурирующие представления, исчезает критика, что позволяет отнести их к разряду патологических.

Возникают под влиянием действительных обстоятельств. Благодаря сильной аффективной окраске, получают в сознании не соответствующее их реальному значению доминирующее значение. (изобретательства, ревности, кверулянтства, ипохондрические).

### 3. **Навязчивые идеи**

Навязчивые идеи, или обсессии, - это возникающие спонтанно патологические идеи, носящие навязчивый характер, к которым всегда имеется критическое отношение. Чаще всего навязчивые мысли наблюдаются при заболеваниях невротического круга, однако могут встречаться и у практически здоровых людей с тревожно-мнительным характером, у больных с шизофренией.

#### **Навязчивые явления:**

1. Непроизвольно возникающие непреодолимые мысли, представления, сомнения, воспоминания, влечения, страхи и действия
2. Сознание их болезненности
3. Критическое к ним отношение
4. Попытка борьбы с ними

Расстройства мышления по содержанию:

### 3. Навязчивые идеи

**Навязчивые мысли (обсессии)** – «умственная жвачка», навязчивый счет, неприятные мысли

**Навязчивые сомнения** – отсутствие уверенности в правильности и законченности выполненных действий

**Навязчивые воспоминания** – возникновение неотвязных мыслей, относящихся к бывшему в действительности неприятному, порочащему, мучительному поступку.

Расстройства мышления по содержанию:

### 3. Навязчивые идеи

Навязчивые страхи (фобии) :

**Агорафобия** – страх открытых пространств, скопления людей, страх остаться без помощи.

**Социофобия** – страх совершать какие-либо действия в присутствии др. людей (выступать, покраснеть, привлечь внимание).

**Нозофобии** – страх заболеть тяжелой болезнью (кардиофобия, танатофобия, канцерофобия, СПИДОФобия, лиссофобия, мизофобия)



## Расстройства мышления по содержанию:

### 3. Навязчивые идеи

**Навязчивые влечения** – желание совершать бессмысленное, опасное или непристойное действие, сопровождается тревогой и страхом. Никогда не совершается!

### Навязчивые действия (компульсии)

Сочетающиеся с фобиями (ритуалы на некоторое время позволяют избавиться от страха)

Не сочетающиеся с фобиями (простые, зафиксированные в прошлом действия – поправлять волосы, откидывать голову)

*обсессивно-фобического синдрома*. Навязчивые страхи (фобии) могут иметь различное содержание. При неврозах они чаще всего носят понятный характер, тесно связанный с ситуацией реальной жизни больного: страхи загрязнения и заражения (*мизофобия*), закрытых помещений (*клаустрофобия*), толпы и открытых пространств (*агорафобия*), смерти (*танатофобия*).

Чаще всего встречаются навязчивые страхи возникновения тяжелого заболевания (*нозофобия*), особенно в случаях, спровоцированных психогенно: *кардиофобия, канцерофобия, сифилофобия, СПИДОФобия*.

Одним из вариантов обсессивно-фобического синдрома является *дисморфофобический (дисморфоманический) синдром*.

**Дисморфофобия** – навязчивые идеи своего физического несовершенства,

Обычно сочетаются социофобиями и сниженным настроением

## 4.1. Память и ее расстройства

### 4.1.1. Патология памяти

## 4.2 . Интеллект и его расстройства

**Память** – процесс образования (фиксации), хранения (ретенции), воспроизведения (репродукции) и забывания следов ощущений и восприятий.

Она представляет собой один из основных познавательных процессов, вместе с функцией внимания обеспечивает эффективность восприятия, мышления, а также является важнейшей предпосылкой интеллекта.

**По характеру преобладающей активности** у тех или иных людей может доминировать

- образная (зрительная, слуховая, вкусовая, обонятельная, осязательная),
- двигательная (моторная) либо
- идеаторная (словесно-логическая) память.

**По степени надежности ретенции и содержательно выделяют:**

1. кратковременную
2. и долговременную память.

**Закон прогрессирующего снижения памяти Рибо:**

1. от позднего (недавнего) к раннему (событиям юности)
2. от частного к общему
3. от эмоционально нейтрального к эмоционально значимому.

Чаще всего расстройства памяти связаны с органическим поражением головного мозга.

## Расстройства памяти

### Количественные:

Гипермнезия

Гипомнезия

Амнезия

### Качественные:

Псевдореминисценции

Конфабуляции

Криптомнезии

### Количественные нарушения памяти:

**Гипермнезия** – обострение памяти. При этом запоминание может оставаться на обычном уровне, а воспроизведение – резко усиливаться. Наплывы воспоминаний у больных приобретают хаотический характер, концентрации внимания снижена. Наблюдаются в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза, при эйфорических состояниях, шизофрении, а также могут сопутствовать эпилептическим пароксизмам, невротическими расстройствами психики.

**Гипомнезия** – болезненное снижение памяти. При этом расстройстве обычно страдают все ее составляющие. Нередко при этом наблюдается симптом анэфории, когда репродукция названий известных предметов, имен близких людей, «выскочивших из памяти» слов возможна не иначе как при подсказке со стороны. Чаще всего гипомнезия носит прогрессирующий (в соответствии с законом Рибо) характер и наблюдается при органических, сосудистых заболеваниях головного мозга (гипертоническая болезнь, атеросклероз). Однако она может быть вызвана и преходящими функциональными расстройствами невротического характера (например, при психогенной астении).

**Амнезия** – полная утрата на события определенного промежутка времени.

**Ретроградная** – на период до нарушения сознания

**Антероградная** – на период после нарушения сознания

**Конградная** – на сам период нарушения сознания

**Антероретроградная**

**Фиксационная амнезия** – утрата способности запоминать

## Качественные нарушения памяти Парамнезии:

1. **псевдореминисценций**- перенос реально имеющих место событий обыденного содержания из прошлого в настоящее.

2. **Конфабуляции (ложные воспоминания)**— это замещение провала памяти вымышленными событиями фантастического, нереального характера, которые не могли иметь место в принципе.

3. **криптомнезии**, выражающиеся в том, что больные приписывают своему творчеству воспоминания, почерпнутые из книг, рассказы о событиях, случившихся с другими людьми или произошедших во сне



**Интеллект** – совокупность всех познавательных процессов, способность к приобретению и практическому использованию знаний и навыков.

К предпосылкам интеллекта относятся:

Память

Внимание

Мышление.

## Расстройства интеллекта

### Олигофрения

(умственная отсталость)

– врожденное

слабоумие – слабоумие

– нарушение развития

до 3-х лет:

1. Дебильность

2. Имбецильность

3. Идиотия

**Деменция** – приобретенное

слабоумие – более 3-х лет:

Парциальная деменция

Тотальная деменция

## Выделяют 3 степени олигофрении :

1. **дебильность**, характеризующаяся примитивностью суждений и умозаключений, преобладанием конкретного мышления над абстрактным. При этом выявляется недостаточная дифференцированность эмоций. Возможности обучения снижены, социальная адаптация нарушена. Словарный запас измеряется сотнями слов.

2. **имбецильность** представляет собой среднюю степень умственной отсталости, при которой имеются нарушения не только абстрактного, но и конкретного мышления. Его продуктивность резко снижена, словарный запас ограничен десятками слов, речь косноязычна. Обучение больных невозможно, поскольку они способны лишь к усвоению элементарных навыков самообслуживания. Социальная адаптация резко снижена.

3. **идиотия** – наиболее глубокая степень олигофрении. Характеризуется практически полным отсутствием речи, навыки самообслуживания отсутствуют, психическая жизнь больных ограничивается удовлетворением простейших жизненных потребностей (вегетативное существование). У больных могут наблюдаться примитивные эмоциональные реакции (плач, крик), иногда агрессивность.

Степени олигофрений			
Признаки	Дебильность	Имбецильность	Идиотия
Речь	Конкретно-образная	Отдельные слова	Отсутствует
Способность к самообслуживанию	++	Только элементарные навыки	—
Способность к обучению	+	—	—
IQ	50-69	20-49	Менее 20

Типы деменций	
Парциальная (лакунарная, дисмнестическая)	Тотальная
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Неравномерная выраженность нарушений памяти</li> <li>2. Сохранность «ядра личности»</li> <li>3. Чаще сохранена ориентировка в собственной личности и ситуации</li> <li>4. Наличие осознания болезни с критическим отношением к своему состоянию</li> <li>5. Эмоциональная лабильность</li> <li>6. Наблюдается при сосудистых заболеваниях головного мозга</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Охватывает все виды психической деятельности, с течением времени – полный их распад и прогрессирующая амнезия, апраксия, афазия, маразм.</li> <li>2. Разрушение «ядра личности»</li> <li>3. Часто дезориентированы в собственной личности и ситуации.</li> <li>4. Отсутствие критики.</li> <li>5. При прогрессирующих заболеваниях ЦНС, прогрессивном параличе.</li> </ol>

## Психоорганический синдром (ПОС)

- клинически отражает наличие органического поражения ЦНС
- представлен сочетанием различных нарушений трех сфер психической деятельности (триада Вальтер-Бюэля)

1. Интеллекта

2. Памяти

3. Эмоции

## 4 ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ( психомоторные) РАССТРОЙСТВА.

### 4.1 Синдромы психомоторных расстройств.

утратой какого-либо контакта с окружающими;

**мутизм** – утрата речевого контакта с окружающими при сохранении речевого аппарата, немотивированный отказ от речи;

**негативизм** – бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от выполнения каких-либо действий, иногда в форме противоположного действия (активный негативизм);

**стереотипии** – постоянное, однообразное, монотонное повторение какого-либо действия (двигательные стереотипии) или ритмичное, монотонное повторение какого-либо слова, словосочетания, иногда бессмысленное название сходных по звучанию фраз, слов или слогов (речевые стереотипии – вербигерации);

**пассивная подчиняемость** – больной не может противоборствовать приказам окружающих и полностью их выполняет, независимо от содержания;

**эхопраксия** – больной полностью повторяет все действия другого человека;

**эхолалия** – повторение полностью или частично речи окружающих, при этом на вопрос, обращенный к нему, больной отвечает повторением вопроса или последних слов вопроса;

**эхомимия** – больной повторяет мимику другого человека

**каталепсия (восковая гибкость)** – проявляется в повышении мышечного тонуса (этот феномен развивается постепенно, начиная с мышц шеи, плеч и, затем, охватывает все тело), вследствие чего тело больного длительное время может сохранять приданное ему положение, даже если поза крайне неудобна. Сам больной не делает никаких движений, но не сопротивляется изменению его позы и застывает в ней надолго.



**Кататония** – симптомокомплекс психических расстройств, в котором преобладают:

двигательные нарушения в форме **акинеза (кататонический ступор)**

или в форме **гиперкинеза (кататоническое возбуждение)**.

В тех случаях, когда сознание остается не помраченным, кататонию называют **люцидной**.

Среди же состояний помрачения сознания кататонии, обычно, сопутствует онейроидное помрачение (**онейроидная кататония**).

Кататонический синдром чаще всего встречается при шизофрении.

Для кататонического ступора характерно:

- **обездвиженность**

- **наличие повышенного тонуса мышц**, который развивается как бы сверху вниз (жевательные мышцы, шейные и затылочные, далее мышцы плеч, предплечий, кистей рук и, в последнюю очередь, мышцы ног).

- **Гипертонус** может предстать в виде ступора или в виде восковой гибкости (каталепсия).

- Кроме того, при кататоническом ступоре выявляются **негативизм** (пассивный, активный), мутизм, пассивная подчиняемость.

В соответствии с выраженностью и преобладанием тех или иных двигательных расстройств выделяют несколько разновидностей кататонического ступора, которые могут сменять друг друга:

а) **ступор с восковой гибкостью;**

б) **негативистический ступор;**

в) **ступор с мышечным оцепенением.**

Для кататонического возбуждения характерно:

- лишенное внутреннего единства и целенаправленности, **повышение двигательной активности**, со стремлением к движению ( в отличии от стремления к действию при маниакальном синдроме),
- на фоне которого отмечаются такие симптомы как —
  - стереотипии,**
  - **ЭХО-СИМПТОМЫ,**
  - **парамимия,**
  - негативизм,**
  - мимоговорение,**
  - подражательная симптоматика**
- **Может сопровождаться патетикой, экстазом, злобой, яростью, безразличием.**

## Другие состояния психомоторного возбуждения:

- Маниакальное
- Тревожное
- Галлюцинаторное – вызвано галлюцинаторными переживаниями угрожающего или устрашающего характера.
- Бредовое – целиком определяется характером бредовых идей и отражает их содержание
- Эпилептическое – сопутствует дисфории
- Аффективно-шоковое – в ответ на тяжелую психотравму, поведение отражает характер психотравмы.

## Другие состояния психомоторного ступора:

- Депрессивный (меланхолический)
- Галлюцинаторный
- Апатический
- Психогенный (истерический)
- Аффективно-шоковый.

## 5. Расстройства сознания.

**Сознание** – высшая интегративная форма психического отражения действительности.

## Патология сознания

### Выключение сознания:

1. Оглушение
  - умеренное  
(обнубиляция)
  - глубокое  
(сомноленция)
- 2 Сопор
- 3 Кома

### Помрачение сознания:

1. Делирий
2. Онейроид
3. Аменция
4. Сумеречное  
помрачение сознания

## Критерии нарушенного сознания:

К.Ясперс (1923) сформулировал признаки синдромов нарушенного сознания:

1. отрешенность от окружающего мира,
2. дезориентировка,
3. нарушение мышления
3. амнезия на период нарушенного сознания.

1. **Под отрешенностью** от окружающего мира следует понимать утрату способности воспринимать происходящие события, анализировать, использовать прошлый опыт и делать соответствующие выводы, т.е. нарушение анализа и синтеза происходящих событий.

2. **Оглушение характеризуется двумя основными признаками:**

- повышением порога ко всем раздражителям и
- обеднением психической деятельности.

В связи с этим больные отвечают на вопросы, задаваемые только громким голосом и настойчиво.

3. **Обнубиляции** (вуаль на сознание) — легкая степень оглушения. Такой больной напоминает человека в состоянии легкого опьянения.

Оглушенность наблюдается при:

- интоксикациях,
- черепно-мозговых травмах
- и при объемных процессах (опухоли, гуммы, кисты).

4. **Сопор** — состояние, следующее по тяжести за оглушением. При нем сохраняются простые психические реакции на внешние воздействия: больной отдергивает руку при уколе, на громкий звук открывает глаза, поворачивает голову. У него сохраняются зрачковые, корнеальные и конъюнктивальные реакции.

5. **Кома** характеризуется полным угнетением психической деятельности, отсутствием зрачковых и других рефлексов, наличием бульбарных и тазовых расстройств.



4. Для нарушенного сознания характерны различные варианты дезориентировки.

Под дезориентировкой понимают нарушение ориентировки в окружающем, во времени и по отношению к собственной личности.

**Дезориентировка во времени и месте :**

- **аллопсихическая** – проявляется в нарушении ориентировки лишь в окружающем – в месте, времени, по отношению к др. лицам.
- **амнестическая** - которая проявляется в нарушении памяти.
- **аутопсихическая** - при которой дезориентировка относится только к собственной личности и проявляется невозможностью назвать свой возраст, имя, профессию.
- **бредовая** - в виде ложных представлений об окружающем (все происходящее имеет отношение к больному, наполнено особым смыслом).
- **соматопсихическая** – при которой дезориентировка относится к собственному телу, его частям и органам.
- **двойная ориентировка** – когда больной одновременно находится как бы в 2-х ситуациях (симптом + и – двойника)

3. **Амнезия** может быть тотальной и может касаться только определенных ситуаций, например больной не может вспомнить реальные события, но помнит некоторые болезненные переживания, как это наблюдается при делирии.

Для того чтобы говорить о состоянии нарушенного сознания, необходимо выявить у больного все три признака, отмеченные К.Ясперсом.

**Делирий** — иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания — характеризуется противоположными оглушенности признаками:

- понижением порога ко всем раздражителям,
- богатством психопатологической симптоматики (иллюзорно-галлюцинаторной с возбуждением).

**Характерны:**

- нарушение сна,
- гипнагогические галлюцинации
- парейдолические иллюзии
- истинные зрительные галлюцинации и иллюзии микрооптические
- тактильные и слуховые галлюцинации
- критика отсутствует
- могут быть светлые промежутки
- аллопсихическая дезориентировка
- образный бред
- изменчивое настроение (преобладает страх)
- двигательное возбуждение
- частичная амнезия болезненных переживаний и полная реальных событий.
- характерно ундулирующее течение (ухудшение ночью)

**Встречается при:**

- алкогольный делирий, интоксикации (лекарственные, наркотические)
- при инфекционных и соматических заболеваний
- менингоэнцефалитах

интересности, интересности, интересности, интересности, интересности  
отвлекаемость внимания, нарушен сон, кошмары.

2. **Иллюзорных расстройств** – зрительные иллюзии, парейдолические гипнагогические галлюцинации, эпизодически неточная ориентировка

3. **Истинные зрительные галлюцинации** – видения сменяют друг друга без связи, фабула – преследование. Аффект и поступки соответствуют содержанию виденного (бежит, прячется, обороняется). Выражена аллопсихическая дезориентировка.

Делирий обычно проходит после длительного сна (16—18 ч), но к следующей ночи возможны рецидивы галлюцинаторных переживаний.

**Выделяют несколько разновидностей делирия:**

- **неразвернутый, или абортивный**, при котором наблюдаются иллюзии и галлюцинации, но ориентировка сохраняется, длительность этого периода до нескольких часов.

- Наиболее тяжелыми вариантами делирия являются **муситирующий (бормочущий)**. При муситирующем делирии наблюдается беспорядочное, хаотическое возбуждение, обычно в пределах постели, речь бессвязная, бормочущая с выкрикиванием отдельных слов или слогов. Часто имеют место бессмысленные хватательные движения, больной тербит одежду, простыню, «обирается».

- **профессиональный**, сопровождающиеся глубоким помрачением сознания. При профессиональном делирии у больного наблюдаются автоматизированные

представлений в виде законченных по содержанию картин, следующих в определенной последовательности и образующих единое целое.

**Это состояние сопровождается:**

- отрешенность от окружающего мира с погружением в фантастические бредовые переживания,
- зрительные псевдогаллюцинации
- двойная ориентировка,
- депрессивный или экспансивный аффект
- исключительность собственной миссии, перевоплощение в героев грез
- несоответствие переживаний и поведения больного.
- двигательные расстройства (кататонический ступор)
- амнезия

Онейроид может продолжаться несколько недель. В ряде случаев наблюдаются произвольные фантастические представления о космических полетах, войнах, путешествиях, не сопровождающиеся дезориентировкой (ориентированный онейроид).

Онейроидное помрачение сознания наблюдается, при:

- приступообразной психозомии и значительно реже — при других

3. **Аменция** — аментивное помрачение сознания (от лат. amentia — безумие), характеризуется растерянностью с аффектом недоумения и бессвязной речью и нарушением мышления) инкогеренцией (ассоциативная бессвязность) и проявляется в невозможностью осмысления окружающего и собственной личности.

**Характеризуется:**

- возбуждением в пределах постели
- хаотичными движениями
- метанием
- обирание
- периодическая прострация
- речь бессвязна (отдельные звуки, слова)
- нарушены все виды ориентировки
- возможны отдельные элементарные галлюцинации
- амнезия

**Аменция наблюдается при:**

- тяжелых хронических соматических заболеваниях,
- при хронической раневой инфекции,
- органических заболеваниях головного мозга,
- реже — при реактивных психозах и шизофрении. Аменция может продолжаться несколько недель и месяцев.

Симптом, синдром	Делирий	Онейроид	Аменция
Дезориентировка	В месте, времени	Двойная ориентировка	Все виды (в месте, времени, собственной личности)
Расстройства восприятия (превалируют)	Истинные зрительные галлюцинации, иллюзии	Фантастические зрительные псевдогаллюцинации	Отсутствуют или элементарные
Моторика	Психомоторное возбуждение	Психомоторная заторможенность (кататонический ступор)	Возбуждение в пределах постели
Амнезия	Частичная	Реальных событий, болезненные сохранены	Полная

**Сумеречное помрачение сознания.** Это внезапно возникающее и внезапно прекращающееся помрачение сознания с последующей амнезией, при котором больной может совершать взаимосвязанные, последовательные действия, обусловленные часто бредом, галлюцинациями, бурными аффектами страха, отчаяния, злобы.

**Характерно:**

- пароксизмальность возникновения и прекращения;
- полная отрешенность от окружающего мира
- сохранность автоматизированной деятельности;
- может быть выраженное возбуждение или внешне упорядочное поведение
- может быть наплыв различных галлюцинаций, образный бред, тоска, злоба.
- полная амнезия на период сумеречного помрачения сознания.

В таком состоянии больной может выйти из дома и через несколько часов обнаружить, что он находится в другой части города или в другом городе, куда не собирался ехать. При этом всю дорогу он вел себя достаточно адекватно, ехал в транспорте, покупал билет, отвечал на вопросы, возможно, казался несколько рассеянным, но своим поведением не привлекал внимания.



на фоне употребления незначительного количества спиртного.

**Сумеречное помрачение сознания:**

**Простое** – поведение больных внешне правильное, выражение лица отрешенно-угрюмое, амбулаторные автоматизмы

**Галлюцинаторное** – различные галлюцинации – зрительные (сценоподобные, религиозно-мистические), слуховые (императивные), обонятельные

**Бредовое** – образный бред преследования, величия, страх, агрессия, разрушительные действия.

**Фуги и трансы** — кратковременные состояния амбулаторного автоматизма.

**Абсанс** (от франц. absence — отсутствие) — кратковременная потеря или угнетение сознания с последующей амнезией. Выключение сознания действительно очень кратковременно.

**Выделяют несколько вариантов абсанса:**

- **атонический**, характеризующийся потерей мышечного тонуса и внезапным падением,
- **гипертонический** — с повышением мышечного тонуса, который проявляется обычно сочетанным разгибанием головы и отведением глазных яблок кверху, иногда выгибанием туловища;
- **субклинический** — с неполной потерей сознания,
- **энуретический** — с непроизвольным упусканнием мочи.

Сумеречные состояния сознания и абсансы в том числе наблюдаются при

эпилепсии, органическим заболеваниям головного мозга



# ПСИХОТЕРАПИЯ

## • **Психотерапия**

- система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека.
- Часто определяется как деятельность, направленная на избавление человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных, и т. п.).
- Проводится как правило специалистом-психотерапевтом путем установления глубокого личного контакта с пациентом (часто путем бесед и обсуждений), а также применением различных когнитивных, поведенческих, медикаментозных и других методик.



- На сегодняшний день в мире не существует единого взгляда на определения понятия «психотерапия».
- Но благодаря усилиям Европейской психотерапевтической ассоциации, в европейских странах проводится большая работа по стандартизации законодательной базы Евросоюза согласно определению психотерапии в рамках Страсбургской декларации.

## Страсбургская Декларация:

- Психотерапия является особой дисциплиной, занятие которой представляет собой свободную и независимую профессию;
- Психотерапевтическое образование требует высокого уровня теоретической и клинической подготовленности;
- Гарантированным является разнообразие терапевтических методов;
- Образование в области одного из психотерапевтических методов должно осуществляться интегрально; оно включает теорию, личный терапевтический опыт и практику под руководством супервизора; одновременно приобретаются широкие представления о других методах;
- Доступ к такому образованию возможен при условии широкой предварительной подготовки, в частности, в области гуманитарных и общественных наук.



- Психотерапия имеет свою историю — как науки и практики врачевания.
- В истории психотерапии можно выделить два больших (основных) периода.
- Первый, донаучный, охватывающий тысячелетия, и
- второй — всего два столетия, XIX-XX вв. — научный период психотерапии.



- Донаучный период психотерапии пронизан магическими практиками, опирающимися на мифологию древних культур, теологическими толкованиями, мистериями, «тонким чувствованием» и тайными интуитивными знаниями адептов, верой в существование сверхъестественных сил.
- В период - эпоху Пинеля (Pinel Ph., 1745-1826), закладываются истинно научные предпосылки дальнейшего развития психиатрии в целом и психотерапии.

- в 1776 г., была предпринята первая, весьма наивная попытка научного объяснения лечебного влияния внушения в виде теории «животного магнетизма» Месмера (Mesmer F. A., 1734-1815).
- Брэд посещает эти сеансы и тщательно описал происходящие изменения с испытуемым. Он считал, что вызываемое им состояние — это искусственный нервный сон. Это состояние он определил специальным термином — гипноз, что, собственно, по-гречески и означает сон.
- Продолжателем дела Брэда стал врач Льебо из Нанси (Франция).





- С конца 90-х г. XIX в., как реакция на чрезмерную экспансию гипноза, стали разрабатываться принципиально иные методы психотерапевтических воздействий.
- В Швейцарии увлеченно занимается психотерапией невропатолог Дюбуа, он был знаком с работами Шарко и Льебо, посещал Бернгейма в Нанси

- В 1895 г. Брейер и Фрейд публикуют совместную работу «Исследования по истерии», где описан психокатарсический метод лечения истерических расстройств.
- Фрейд стал первым теоретиком, указавшим на важность исследования детства для понимания природы психики человека.
- В период с 1900 по 1910 г. профессиональное положение Фрейда значительно упрочилось, частная практика процветала, пришло международное признание, ширились ряды последователей.

- В 1913 г. в США журнал «Психологическое обозрение» публикует статью молодого профессора Университета Хопкинса Уотсона, в которой он критиковал структурную и функциональную психологию, доминировавшую в то время, и призывал рассматривать психологию как объективную экспериментальную область естественных наук, основной теоретической задачей которой должно быть прогнозирование поведения человека и управление поведением.
- С этого момента начинается свое развитие бихевиоризм как отдельное направление в психологии, антагонистичное психоаналитической системе и определившее теоретические основы поведенческой психотерапии.

- Последующий отход от первоначальной парадигмы поведенческой психотерапии (стимул—реакция), рассматривающий когниции как промежуточные переменные, как структурирующие и регуляционные компоненты эмоциональных, мотивационных и моторных процессов, отражают теории Эллиса и Бека.
- В рационально-эмоциональной психотерапии главной промежуточной переменной являются рациональные и иррациональные когниции.
- В когнитивной психотерапии определяющей переменной являются реалистичные и нереалистичные (связанные с ошибками в когнитивных выводах) когниции.
- И Эллис, и Бек признают связь когнитивных и поведенческих переменных при доминирующем значении первых.

- На рубеже 1960-х-70-х гг. XX в. в американской психологии возникает новое направление, получившее название гуманистической психологии.
- Основоположниками гуманистического направления считаются Маслоу и Роджерс.
- Стремление личности к самоактуализации, по Маслоу, является высшей человеческой потребностью.
- Роджерс пришел к концепции о стремлении человека к самоактуализации через осмысление опыта занятий с эмоционально неуравновешенными детьми в годы работы в консультационном кабинете «Общества по предотвращению насилия над людьми».
- Роджерс известен прежде всего своей клиент-центрированной психотерапией, которую он разработал в 1940-1950-х гг.

На основании представлений Бунге и Перре в качестве общих критериев научной обоснованности психотерапии могут рассматриваться (Абабков В. А., 1998):

- 1. Доказательства эффективности психотерапии.
- 2. Обоснование психотерапии предположениями, которые не противоречат современным научным данным.
- 3. Применение принятых теорий психотерапии, научно объясняющих эффективность психотерапевтического метода.
- 4. Этическая законность *психотерапевтических целей*, с помощью которых предполагается достижение успеха.
- 5. Этическая приемлемость психотерапевтического метода.
- 6. Затраты на метод, необходимые для достижения успеха.
- 7. Вероятность и характер ожидаемых побочных эффектов.

# КЛАССИФИКАЦИЯ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ.

- Наибольшее развитие и признание получили 3 психотерапевтических направления и возникшие на их основе методы:
- 1) динамическое (психодинамическое, психоаналитическое)
- 2) бихевиористское
- 3) гуманистическое

# Направления и школы психотерапии



По количеству участников:

- Индивидуальная психотерапия
- Групповая психотерапия

По задачам:

- Поисковая психотерапия
- Корректирующая психотерапия

По целям:

- Процессуальная психотерапия
- Целеориентированная психотерапия

По степени теоретического обобщения:

- Аналитическая психотерапия
- Феноменологическая психотерапия





По роли, которую занимает терапевт:

- Директивная психотерапия
- Недирективная психотерапия

По отношению решаемой проблемы к медицинским (в том числе психопатологическим) понятиям:

- Клиническая психотерапия
- Неклиническая психотерапия

# Некоторые из направлений психотерапии

Арт-терапия

Биоэнергетический анализ

Гештальттерапия

Гипноз

Зоотерапия

Игротерапия

Интерперсональная психотерапия

Кинезиология

Клиент-центрированная терапия

Когнитивная психотерапия

Личностно-ориентированная  
(реконструктивная) психотерапия

Метафорическая психотерапия

Морита-терапия

Мультимодальная психотерапия

Нарративная психотерапия

Недирективный (Эриксоновский)  
гипноз

Нейролингвистическое  
программирование (НЛП)

Песочная терапия

Позитивная психотерапия

Процессуально-ориентированная  
психотерапия

Психоанализ

Психодрама

Психосинтез

Рационально-эмоционально-  
поведенческая терапия

Стресс-анализ

Системная семейная психотерапия

Сказкотерапия

Схемная терапия

Телесно-ориентированная  
психотерапия

Трансакционный анализ

Трансперсональная психотерапия

Холистическая психотерапия

Холодинамика

Экзистенциальная психотерапия

Эмоционально-образная терапия

Александрович сделал попытку проанализировать все многообразие значений, в которых используется понятие метода в психотерапии:

- 1) методы психотерапии как конкретные методические приемы и техники (гипноз, релаксация, беседа, дискуссия, психогимнастика и др.);
- 2) методы психотерапии, определяющие условия, которые способствуют оптимизации достижения психотерапевтических целей (семейная психотерапия и др.);
- 3) методы психотерапии в значении инструмента психотерапевтического воздействия (таким инструментом может быть психотерапевт в случае индивидуальной психотерапии или группа при групповой психотерапии);
- 4) методы психотерапии в значении терапевтических интервенций (вмешательств), рассматриваемых либо в параметрах стиля (директивный, недирективный), либо в параметрах теоретического подхода, который и определяет характер этих вмешательств (интерпретация, научение, межличностное взаимодействие).

Для практического применения тех или иных методов психотерапии имеет значение их классификация по поставленным целям. Волберг различает 3 типа психотерапии:

- 1) **поддерживающая психотерапия**, целью которой является укрепление и поддержка имеющихся у больного защитных сил и выработка новых, лучших способов поведения, позволяющих восстановить душевное равновесие;
- 2) **переучивающая психотерапия**, целью которой является изменение поведения больного путем поддержки и одобрения положительных форм поведения и неодобрения отрицательных. Пациент должен научиться лучше использовать имеющиеся у него возможности и способности, однако при этом не ставится цель по-настоящему разрешить неосознаваемые конфликты;
- 3) **реконструктивная психотерапия**, целью которой является осознание интрапсихических конфликтов, послуживших источником личностных расстройств, и стремление достичь существенных изменений черт характера и восстановления полноценности индивидуального и социального функционирования личности.

# МЕТОДЫ ПОДГОТОВКИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ.



- 1. Социально-психологический тренинг
- 2. Балинтовские группы,
- 3. Супервизорские группы
- 4. Тренинговые психотерапевтические группы.

# ОБЩЕСТВЕННЫЕ ФУНКЦИИ ПСИХОТЕРАПИИ.



- Роль психотерапии в современном обществе велика, но неоднозначна.
- С одной стороны, она оказывает стабилизирующее влияние на общественную жизнь в целом,
- с другой — непрерывно формирует свободные от общественного давления взгляды, касающиеся личностного и социального функционирования индивида.

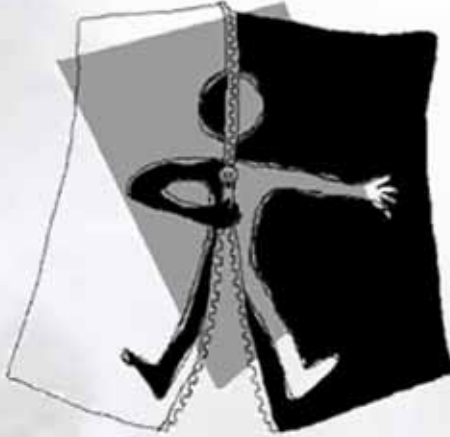

# Различают несколько функций психотерапии (Jaeggi E., 1982).

- 1. Одна из них — влияние на формирование образа человека.
- 2. Другая ф. п. заключается в том, что во всех направлениях психотерапии признается способность индивида самостоятельно изменять свое психическое состояние.
- 3. В качестве следующей ф. п. можно было бы указать снижение значения и влияния факторов, обуславливающих невозможность проведения психотерапии по отношению ко многим людям.
- 4. Еще одной ф. п. является создание альтернативной культуры.
- 5. Важной ф. п. является оказание действенной помощи в сложных обстоятельствах. Современная психотерапия все в большей степени становится одним из видов практической житейской философии, помогающей, утешающей, разъясняющей, а психотерапевт — экспертом в жизненно важных вопросах.
- 6. Наконец, в последние годы все больше расширяется психотерапевтическое движение самопомощи.

С учетом весьма широкого использования психотерапии в настоящее время следует иметь в виду возможность появления некоторых негативных эффектов, вызванных ее применением.

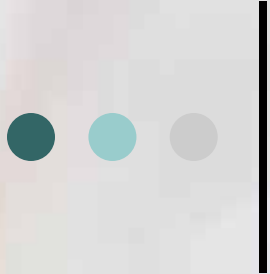
- а) усиления прежних симптомов, в частности усиление тревоги, страха, депрессии, снижение самооценки, увеличение зависимости;
- б) появления новых симптомов — демонстративного поведения, злоупотребления лекарственными препаратами или алкоголем, психосоматических реакций, регрессии, разрыва прежних межличностных отношений, суицидных попыток.





# КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Jana Chihai, conf. univ, dr. in med.



# КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

- Psihoterapia comportamentală a apărut ca reacție la psihanaliză, care pune un foarte mare accent pe problematica inconștientului.
- Terapiile comportamentale se bazează pe teoriile învățării, care consideră că personalitatea umană se formează sub influența exclusivă a stimulilor exteriori, a situațiilor, rolurilor și interacțiunilor sociale. MODELUL S-R



# Terapia comportamentală

Ideea de bază este că toate reacțiile, răspunsurile organismului uman ca întreg(ceea ce facem), pot fi conceptualizate ca fiind:

- Comportamente deschise/exteriorizate
- Comportamente închise/interiorizate



# Comportamentele exteriorizate:

- răspunsuri ale organismului uman ca întreg care pot fi observate și măsurate direct, independent de subiectivitatea celor care le produce.





## Comportamentele interiorizate:

Se referă la acelea reacții/răspunsuri ale organismului uman ca întreg, care nu pot fi măsurate și observate independent de subiectivitatea celui care le produce.

Exemplu: gândul „mi-e frică” este un comportament interiorizat. El poate fi însă măsurat și observat riguros în mod indirect, dependent de organismul care le produce.



- Terapeuții comportamenaliști se ocupă de comportamentul observabil și de condițiile de mediu care îl modelează.



## Intărirea și controlul

- În psihoterapia comportamentală întâlnim două concepte de bază: **întărirea și controlul**.
- Prin **întărire** înțelegem utilizarea și manipularea stimulilor ambianței astfel încât anumite categorii de comportamente să fie recompensate și să crească astfel probabilitatea lor de manifestare.
- Prin psihoterapie, reușim astfel să **controlăm** comportamentul.

## Tehnicile psihoterapiei comportamentale:

1. Tehnica stingerii comportamentelor nedorite
  - Adepții acestei tehnici consideră că modelele de comportament învățate au tendința de a slăbi și de a dispărea în timp dacă nu sunt întărite corespunzător.
  - Există două **tehnici** psihoterapeutice mai cunoscute care se bazează pe principiul stingerii comportamentelor nedorite:
    - **Terapia implozivă**
    - **Tehnica expunerii (flooding)**

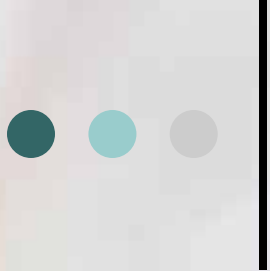




## 2. Tehnica desensibilizării sistematice

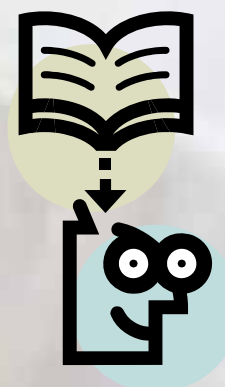
A fost propusă de Wolpe în 1969. Metoda cuprinde 3 etape:

- **Învățarea relaxării.** Clientul este învățat mai întâi o tehnică de relaxare, de regulă metoda relaxării progresive a lui Jacobson.
- **Stabilirea ierarhiilor.** Se construiește o ierarhie a situațiilor ce provoacă anxietate clientului, în ordine descrescătoare, de la situația cea mai anxiogenă la cea mai puțin anxiogenă.
- **Procedeul desensibilizării.** I se cere clientului să se relaxeze. Terapeutul îi descrie clientului situațiile, înaintând progresiv de la cea care provoacă cea mai puțină anxietate la cea care provoacă cea mai multă anxietate. Clientul este rugat să-și imagineze situațiile respective. În momentul în care clientul afirmă că simte anxietatea, ședința se termină.

- 
- Tratatamentul continuă până în momentul în care clientul este capabil să rămână relaxat în timp ce își reprezintă scene care înainte îi trezeau o reacție anxioasă foarte puternică.
  - Durata medie a unei ședințe de desensibilizare este de 30 minute, ședințele având loc de 2-3 ori pe săptămână. Psihoterapia durează de la câteva săptămâni la câteva luni.
  - Prin toate aceste tehnici, terapeutul structurează cursul terapiei și direcționează activitățile clientului.

# ***Terapia cognitiv- comportamentală***

- ❖ *Delimitări conceptuale și evoluție.*
- ❖ *Paradigma cognitiv-comportamentală:  
modelul ABC cognitiv.*



# Ce este terapia cognitiv-comportamentală?

TCC este o combinație teoretico-metodologică, fundamentată științific, a terapiei comportamentale cu terapia cognitivă, cu aplicații în patologie și sănătate.

Ea are pe lângă un caracter clinic (tratarea bolilor) și un profund caracter educațional și preventiv.

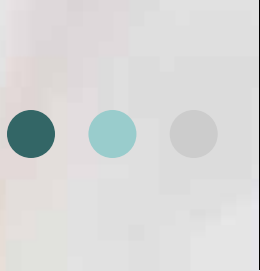


# Terapia cognitivă

Ideea fundamentală ( Ellis - 1958, 1962; Beck, 1976) este că prelucrările informaționale(cognițiile), fie ele conștiente sau inconștiente, generează răspunsurile afectiv-emoționale/subiective, cognitive, comportamentale și unele reacții psihofiziologice ale subiectului uman.

Printre cei mai influenți pioneri ai terapiei cognitive se numără Beck și Ellis.





Terapia cognitivă a lui Beckeste menita să identifice și să corecteze gândurile distorsionate și convingerile disfuncționale care stau la baza acestora.





## Indicatii absolute:

- ✓ Atacuri de panică
- ✓ Anxietate generalizată
- ✓ Tulburarea obsesiv-compulsivă
- ✓ Tulburarea hipocondrică și fobiile.



# Paradigma cognitiv comportamentală - fundamente

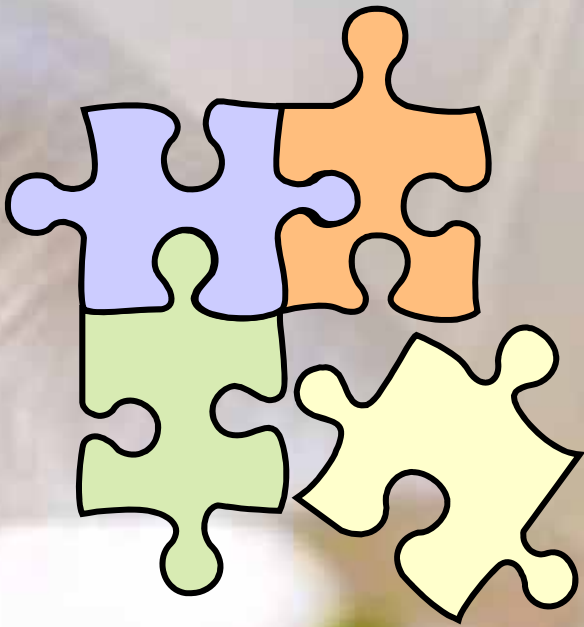
**Paradigma cognitiv-comportamentală este fundamentată de câteva principii:**

- 1. COGNIȚIA** (convingere, credință, gând)
- 2. Psihopatologia** este rezultatul cognițiilor disfuncționale/ iraționale
- 3. Cognițiile disfuncționale/iraționale** pot fi identificate și schimbate
- 4. Schimbarea** se face prin tehnici cognitive / comportamentale
- 5. Pachete de intervenție** validate științific





# Modelul ABC cognitiv





# Modelul ABC cognitiv

## **A** - EVENIMENTUL ACTIVATOR

- Tip situație externă (evenimente de viață)
- Tip situație internă/subiectivă (emoții, aspecte psihofiziologice, biologice, comportamente)
- Antrenează întreaga personalitate a individului



# Modelul ABC cognitiv

## **B** - COGNIȚIILE PERSOANEI

- Gânduri, convingeri
- Se interpune între A și C
- Mediază C
- Mediază și modul de percepere a lui A



# Modelul ABC cognitiv

## **C** - CONSECINȚE

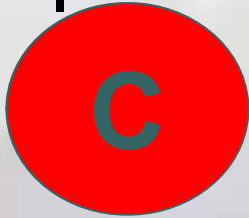
- Consecințele procesării cognitive a lui A
- Răspunsuri afectiv-emoționale
- Răspunsuri comportamentale
- Răspunsuri psihofiziologice/biologice.



## Dezavantaje:

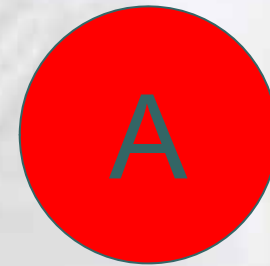
- Teoria cognitiv-comportamentala ignora inconstientul.
- Terapeutii de orientare cognitiv-comportamentala nu neaga existenta, dar nu considera necesar sa tina cont de aceasta realitate psihica.

- *Analiza Tranzacțională*



*autor*

*Eric Berne*



*AT și-a atins maturitatea în  
1978. deja după moartea lui  
Berne*



- Analiza Tranzactionala (AT) isi are radacinile in psihanaliza traditionala. Fondatorul ei, incepind sa dezvolte AT ca teorie a personalitatii, a comunicarii si a relatiilor interpersonale, bazata pe conceptele comportamentelor observabile si pe cele ale interactiunii dintre oameni.

- *Psihoterapia tranzacțională începe cu **analiza structurală** - separă și analizează stările eului, cu scopul de a stabili starea predominantă și de a o elibera de contaminarea cu elemente arhaice și străine.*
- *II etapa este **analiza tranzacțională** - analiza tranzacțiilor simple, apoi analiza seriilor stereotipe de tranzacții, urmata de analiza operațiilor complexe*
- *La sfarsitul terapiei pacientul are capacitatea de a **soluționa conflictele și distorsiunile din trecut.***





*Analiza tranzacțională (AT)*  
*descrie 3 stări :*      **Copil**



# *Părintele*

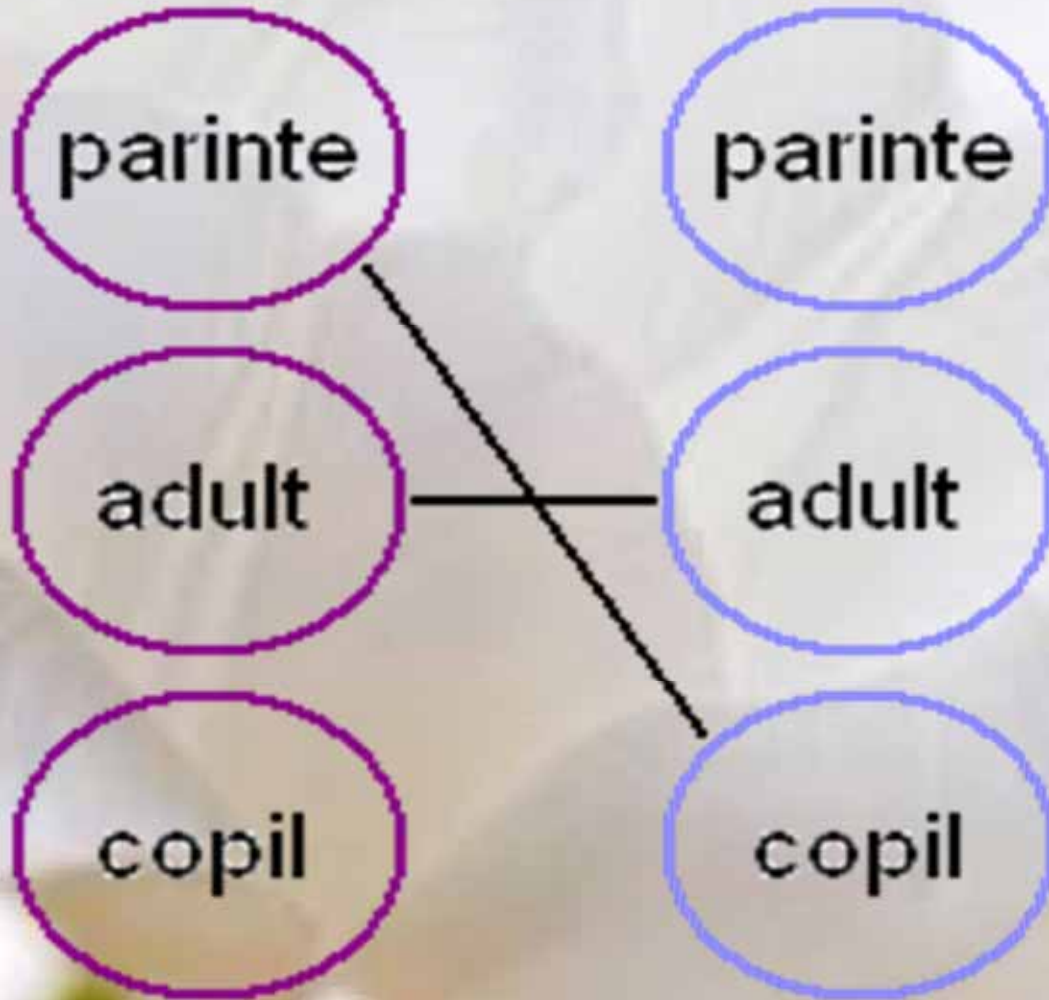


# *Maturul*





# Stările Eu-lui



- ● **Parinte** - se formeaza din ceea ce **observam**.

*Eul Parinte reprezinta starea in care fiinta umana copiaza in mod inconstient comportamentul figurilor parentale.*

*Parintele include o colectie de amintiri ale unor evenimente externe, inregistrate automat si care s-au petrecut in primii 5 ani de viata.*

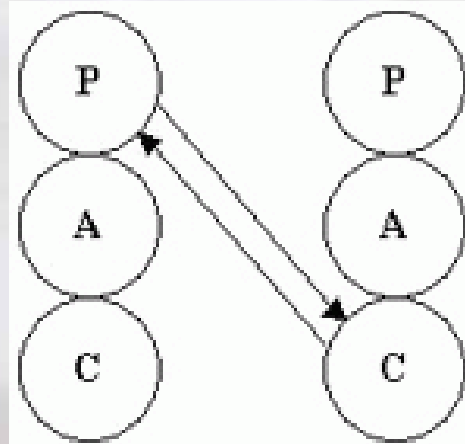
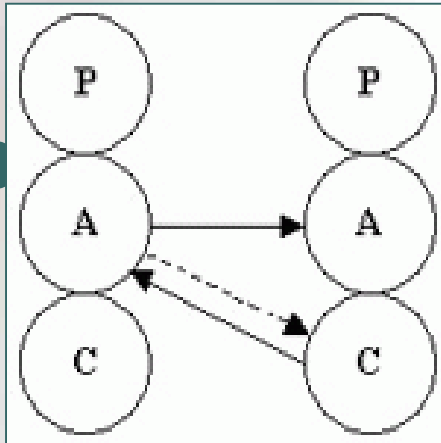
***Aceasta stare a eului include reguli, interdictii, judecati, modele de comportament, si poate avea doua forme:***

- ● ●
  - *Copil - este constituit din ceea ce simtim. Eul Copil este o stare in care fiintele umane se comporta, gandesc si simt la fel ca in copilarie, adica **instinctual**. Copilul este sursa de emotii, creatie, recreatie, spontaneitate si intimitate. Datele continute de aceasta stare a eului provin din primii 5 ani de viata.*

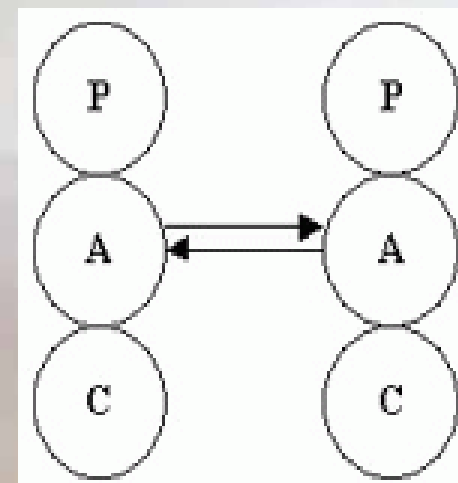
- ● - **Copilul natural sau liber este plin de energie, creativ, jucaus si spontan. In varianta **pozitiva** ii ofera fiintei o baza din care sa evolueze, iar in varianta **negativa** poate fi un inadaptat social.**
- **Copilul adaptat este ascultator si politicos in varianta pozitiva, iar in varianta negativa este rebel si manipulator.**

- ● **Adult** - se formeaza din ceea ce **invatam**.  
Eul Adult este asemanator unui computer care proceseaza informatiile si ia decizii in absenta emotiilor care ar putea afecta aceste procese. Putem spune ca starea de Adult permite evaluarea si validarea datelor primite de Parinte si Copil. In **varianta pozitiva este atent, ia decizii, colaboreaza si negociaza, iar in varianta negativa Adultul analizeaza excesiv datele sau relatiile interpersonale.**





# *Tranzactiile*



- Berne a definit tranzactia ca fiind unitatea fundamentala a comunicarii sociale, formata din stimul si raspuns.

Tranzactiile se refera la comunicarea interpersonală **verbala, nonverbala si paraverbala.**

La cel mai simplu nivel, analiza tranzactionala reprezinta o metoda de studiere a interactiunilor intre persoane.

# GESTALT THERAPIA





*Gestalt-teoria sau  
psihologia formei*

*a fost elaborată în Germania, în secolul al  
XIX-lea, sub impulsul lui  
Wertheimer, a  
lui Kohler și al lui Koffka.*

*În limba germană verbul  
gestalten înseamnă “a pune în formă, a da  
o structură cu sens”.*

# • *Conform formulei lui Perls*

*“acum”=experiența=constientizarea=  
realitate*

*Trecutul nu mai există, iar viitorul  
încă nu este. Doar prezentul există*



*Scopul psihoterapiei :*  
*Este constientizarea maximă a propriului eu sau atingerea unui nivel superior de conștiință, prin care omul să devină conștient de semnificația lumii sale interne și externe și în același timp capabil să o construiască!!!*

# ● Tehnici:

1. *Exerciții*- sunt tehnici gata construite, fantezii, joc de rol, psiho drama

## ○ Exercitii individuale

- ✓ Scaunul gol
- ✓ confruntarea

## ○ Exercitii individuale, indicate pentru utilizarea în grup

- ✓ Trecerea prin cerc
- ✓ Exagerarea
- ✓ Iti pot oferi o propozitie



- În geshtalt-terapie sunt 5 mecanisme de distrugere a procesului de autoreglare:

**introiecția,  
proiecția,  
retroflexia,  
deflexia,  
confluența.**

În cazul **întroiecției** omul asimilează sentimente, convingeri, norme , modele de comportament ale altor oameni, care atunci când vin în contravenție cu experiența personală, nu sunt asimilate de către personalitatea lui. Această experiență neasimilată- **introiectul**- este străină pentru om și o parte din personalitatea lui. Cei mai sensibili introiecți sunt învățămintele părintești.



● **Proiecția** este antonimul introiecției, dar de regulă aceste 2 mecanisme se completează unul pe altul. În cazul proiecției omul înstrăinează calitățile sale proprii, deoarece nu corespund concepției de Eu propriu. Golurile formate în rezultatul proiecției sunt umplute cu introiecte.

**Retroflexia** - “întoarcerea spre sine” - se observă în cazul când careva necesități nu pot fi realizate din cauza blocajului social, și atunci energia pentru manipularea în exterior se îndreaptă către sine. Așa necesități nerealizate sau geshtalte nefinisate sunt sentimentele agresive. Retroflexia se manifestă în contracțiile musculare.

**Deflexia** - este o îndepărtare de la contactul real. Omul , pentru care este caracteristică deflexia , fuge de contactul direct cu oamenii, problemele și situațiile. Deflexia se manifestă sub formă de discuții de salon, guralivitate, clounism, anumite ritualuri în comportament, tendința de a “nivela” situațiile de conflict.

**Confluența** se manifestă prin ștergerea granițelor dintre Eu și mediu. Asemenea oameni cu greu disting gândurile, sentimentele și dorințele personale de cele străine. Confluența poate fi ușor observată în timpul psihoterapiei de grup, atunci când pacienții se identifică completamente cu grupul, pentru ei fiind caracteristic , în timpul descrierii comportamentului propriu, de a folosi pronumele “noi”, în loc de “eu”.

Pentru a descoperi individualitatea sa, pacientul trece prin 5 niveluri, pe care Perls le numește **nivelurile nevrozei**.

I nivel - **nivelul relațiilor false**, nivelul jocului și a rolurilor. Personalitatea nevrotică se dezice de realizarea Eului personal. Bolnavul nevrotic trăiește în conformitate cu așteptările altor oameni. În rezultat, scopurile personale și necesitățile omului sunt nerealizate, el este frustrat , dezamăgit și își consideră existența inutilă.

II nivel - **fobic**, este legat de conștientizarea comportamentului fals și manipulării. Dar când pacientul își imaginează ce poate avea loc , dacă el se va comporta sincer, la el apare sentimentul de frică. Omul se teme să fie cel care este, se teme că nu va fi acceptat de societate.

III nivel- **tupicul**. Se caracterizează prin aceea că omul nu știe ce să facă și unde să se ducă. El re trăiește pierderea susținerii din exterior, dar nu este gata sau nu dorește să folosească propriile resurse, să-și găsească susținere interioară. În rezultat omul se menține de statutul cvo, fiindu-i frică să treacă prin tupic.

- IV nivel – **implozia**. Este starea unei neliniști interioare, deznădejde, dezgust față de sine, care se bazează pe conștientizarea faptului că omul s-a limitat pe sine. La acest nivel individul poate trăi frica de moarte. Aceste momente legate de concentrarea unei cantități mari de energie pentru lupta de contrarii interioare, apărute în urma acestei presiuni, cum i se pare lui, amenință să-l distrugă.

V nivel - **explozia**. Atingerea acestui nivel înseamnă stabilirea unei personalități autentice, care are capacitatea de trăire și expunere a emoțiilor.

Explozia - este o trăire emoțională adâncă și intensă.

Perls descrie patru tipuri de explozie:

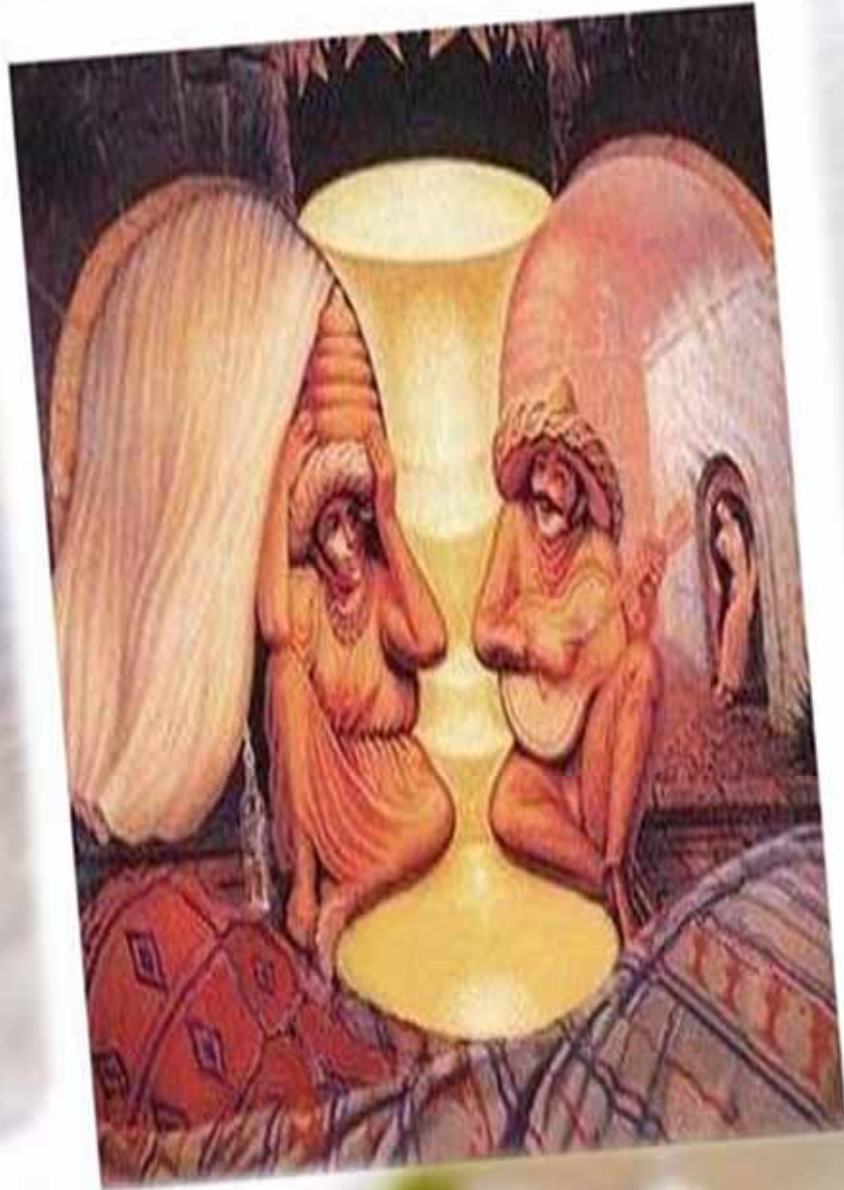
**tristețe,**  
**furie,**  
**bucurie,**  
**orgasm.**

Explozia unei **tristeți** adevărate este rezultatul lucrului, legat de pierderea sau moartea unui om apropiat.

**Orgasmul** este rezultatul lucrului cu persoanele blocate sexual.

**Furia** și **bucuria** sunt legate de descoperirea personalității autentice și individualității adevărate.





● ● ● | **TRAINING AUTOGEN DUPĂ  
J.H. SCHULTZ**





## Scopul trainingului.

Ajungerea la o destindere și un calm interior și astfel la obținerea unei deconcentrări a întregului organism, care permite creșterea capacității morale și reducerea sau eliminarea deficiențelor anormale.

● ● ● | **Trainigul autogen cuprinde următoarele 2  
cicluri de exerciții:**







### **Ciclul inferior (“mica psihoterapie”):**

- trăirea senzației de greutate în mâini și picioare;
- trăirea senzației de căldură în mâini și picioare;
- controlul bătăilor inimii;
- controlul respirației;
- perceperea senzației de vasodilatație în zona plexului solar;
- perceperea senzației de vasoconstricție în zona frunții.

### **Ciclul superior (“marea psihoterapie”):**

- concentrare pe culoarea preferată;
- concentrare pe culori impuse de terapeut;
- concentrare pe obiecte concrete;
- concentrare pe idei abstracte
- trăirea “sentimentului propriu ” (a stării afective preferate de subiect);
- interogarea propriului subconștient.



## Durata antrenamentului:


În cazul primelor 15 zile de training, se efectuează 2-3 ședințe pe zi, exercițiile repetându-se câte o dată și de două ori și se execută numai după mesele principale:

- dimineața între 7-8
- la prânz între 13 - 14
- seara în jurul orei 22



**Terapiile  
hipnosuggestive.**

**HIPNOZA**

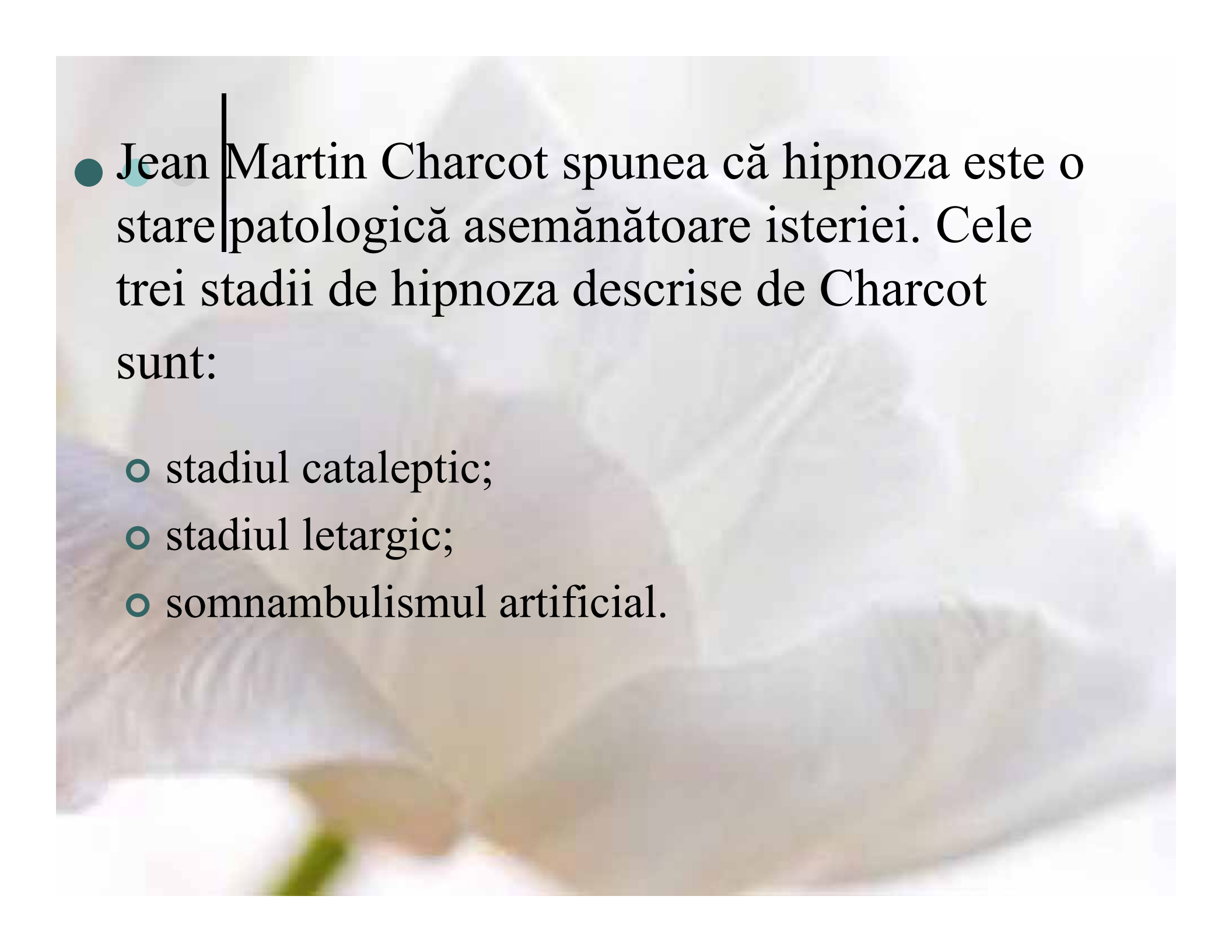


**Hipnoza** este o stare intermediară între starea de veghe și cea de somn, mai exact, stare prin care trecem în fiecare seară înainte de a adormi și care nu durează decât câteva clipe.

«Hipnoza mai este definită ca „o stare apropiată de un somn parțial, provocată în mod artificial prin fixarea atenției asupra unui obiect strălucitor și prin sugestie, stare în care subiectul rămîne capabil să asculte de unele ordine date de hipnotizator”

Jean Martin Charcot (1825-1893) este considerat  
“**fondatorul neurologiei moderne**” și a hipnoze

A impus hipnoza ca **metoda validă** în lumea medicală franceză. Printre **discipolii** săi se afla nume sonore precum: **Sigmund Freud, Pierre Janet, William James** și **Alfred Binet**.



- Jean Martin Charcot spunea că hipnoza este o stare patologică asemănătoare isteriei. Cele trei stadii de hipnoza descrise de Charcot sunt:

- stadiul cataleptic;
- stadiul letargic;
- somnambulismul artificial.

- Hipnoza a început să fie folosită în scopuri terapeutice datorită medicului american Milton Erickson.

Potrivit lui, hipnoza este o stare în care intrăm spontan în fiecare zi fiecare dintre noi.

Este vorba de hipnoza spontană, care apare, de exemplu, atunci când citești cu mare atenție o carte sau când urmărești un film



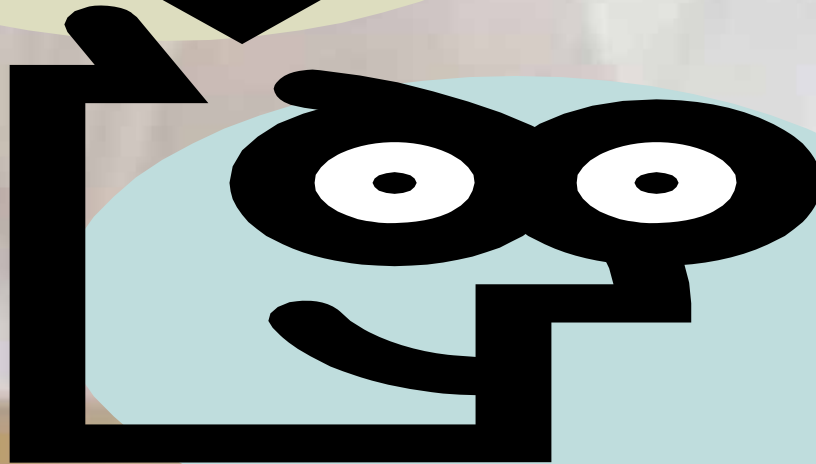
## Tipuri de hipnoza

Putem vorbi de două mari tipuri de hipnoză: *hipnoza clasică* și *hipnoza ericksoniană*.

*Hipnoza clasică, numită și directivă*, nu este indicată în toate tipurile de afecțiuni, depinzând în mare măsură de hipnozabilitatea pacientului. Spre deosebire de acest tip de hipnoză, în care psihoterapeutul conduce sesiunea, în cea *ericksoniană* psihoterapeutul sugerează pacientului să se ajute.



● ● ● *Vă mulțumim pentru Atenție*



**Современные методы  
лечения в области  
психического здоровья.**

# Методы лечения, используемые в области психического здоровья

- 1. Психофармакология
- 2. Психотерапия
- 3. Социально-психологическая реабилитация

# ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ВИДЫ ТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИИ

- Соотношение методов терапевтического воздействия изменяется в зависимости от этапа заболевания
- Способ введения препаратов и темп наращивания доз определяются состоянием больного.
- Психотропные средства обычно назначают внутрь (в таблетках, драже, каплях, сиропах, суспензии) и внутримышечно. Для более мощного психофармакологического воздействия прибегают к внутривенному введению лекарств.
- Суточную дозу препаратов увеличивают постепенно, с осторожностью. Быстрое повышение доз до максимальных, вызывающих выраженные побочные явления, чаще всего не оправдано, за исключением случаев тяжелого психомоторного, бредового и других видов возбуждения.
- Большое значение имеют преемственность и координация стационарной и внебольничной терапии и помощи в целом


**По клиническому назначению  
внебольничную терапию можно  
разделить на:**

- Купирующую,**
- Корректирующую**
- Стабилизирующую.**

# 1. Психофармакология

# Основные психотропные группы препаратов

- Нейролептики
- Антидепрессанты
- Анксиолитики
- Гипноики (снотворные средства)
- Когнитивные препараты
- Психостимуляторы

- 
- К нейролептикам относят средства, оказывающие купирующее действие на проявление психозов (бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение, кататоническая симптоматика).



# Психотропное действие нейролептиков

## включает:

- **Седативный эффект** определяет эффективность нейролептиков при всех формах психомоторного возбуждения. Развивается быстро (через 10—20 мин после инъекции)
- **Избирательный антипсихотический эффект** выражается в прицельном воздействии на продуктивную симптоматику (бред, галлюцинации, кататонию, навязчивости, сверхценные идеи). Наиболее выражен у бутирофенонов (галоперидол) и трифтазина. Развивается медленно, обычно не ранее чем через 10—15 дней от начала лечения (иногда позже).
- **Общий антипсихотический эффект** выражается в общем сдерживании прогрессивности при злокачественных формах шизофрении и в обрывающем воздействии на острый приступ шизофрении.
- **Активизирующий эффект** некоторых слабых нейролептиков используется для нивелирования явлений апатии и абулии. Наиболее выражен у френолона, эглонила, модитена, этаперазина.
- **Токсические эффекты**



Нейролептики воздействуют на многие  
трансммиттерные системы, блокируют эффекты

- дофамина,
- норадреналина,
- гистамина,
- ацетилхолина.

С этим связано большое количество  
неврологических и соматических эффектов  
данной группы препаратов.

**Неврологическое действие** выражается **нейролептическим синдромом (лекарственным паркинсонизмом), который** проявляется:

- **мышечной скованностью,**
- **тремором,**
- **приступами мышечных спазмов**
- **акатизией** (неусидчивостью, постоянным желанием менять позу).

Этот эффект является побочным, для его купирования применяют центральные холинолитики (циклодол, паркопан, димедрол) и средства, снижающие мышечный тонус (бензодиазепиновые транквилизаторы, барбитураты), иногда ноотропы.

Другой серьезный неврологический эффект — **поздняя дискинезия,**

# Соматические эффекты нейролептиков

- **Снижение артериального давления, ортостатические коллапсы** более свойственны средствам с выраженным седативным эффектом (резерпин, аминазин, тизерцин, дроперидол, азалептин).
- **Противорвотное действие** может быть использовано в общесоматической практике, оно более всего выражено у мощных антипсихотиков (галоперидол, этаперазин, мажептил).
- Способность некоторых нейролептиков блокировать гистаминовые  $H_1$  рецепторы, с одной стороны, позволяет использовать их в качестве **противоаллергических средств** (пипольфен, аминазин)
- **Повышение аппетита** и увеличению массы тела (данный эффект используется при лечении нервной анорексии).
- **Потенцируют действие обезболивающих средств** (например, применение дроперидола для нейролептаналгезии),
- **Нарушают терморегуляцию** (аминазин снижает температуру тела, азалептин вызывает приступы лихорадки).
- **Повышение уровня пролактина** может приводить к гинекомастии, галакторее, аменорее, снижению либидо.
- **M-холинолитический эффект** проявляется сухостью во рту, изредка задержкой мочеиспускания.
- Длительный прием нейролептиков часто вызывает пастозность лица, гиперсаливацию и гиперпродукцию слюнных желез.

# Классические нейролептики (1 поколения)

## Conventional Antipsychotics

<i>Chem. Group</i>	<i>Generic Name</i>	<i>Trade Mark</i>	<i>Dose (mg)</i>
Phenothiazines	chlorpromazine	CHLORPROMAZIN, LARGACTIL, PLEGOMAZIN, MEGAPHEN, THORAZIN	200-800
	levomepromazine	TISERCIN, NOZINAN	50-400
	thioridazine	THIORIDAZIN, MELLERIL	100-600
	periciazine	NEULEPTIL	10-40
Thioxanthes	chlorprothixene	CHLORPROTHIXEN, TRUXAL	100-600
	clopenthixol	CISORDINOL, CLOPIXOL	20-100

# Классические нейролептики (1 поколения)

## Conventional Antipsychotics

<i>Chem. Group</i>	<i>Generic Name</i>	<i>Trade Mark</i>	<i>Dose (mg)</i>
Phenothiazines	perfenazine	PERFENAZIN, TRILAFON, PERATSIN	16-24
	prochlorperazine	PROCHLORPERAZIN, STEMETIL	20-80
	flufenazine	MODITEN	2-16
	trifluoperazine	STELAZIN	10-50
Thioxanthenes	flupenthixol	FLUANXOL	6-18
Butyrophenones	haloperidol	HALOPERIDOL, HALDOL, APO- HALOPERIDOL	2,5-10
	melperone	BURONIL	50-300
Diphenylbutyl piperidines	pimozide	ORAP	2-10
	fluspirilen	IMAP	2-10
	penfluridol	SEMAP	2-60
Perathiepines	oxyprothepin	MECLOPIN	5-20

# Атипичные нейролептики (2 поколения)

<i>Generic Name</i>	<i>Trade Mark</i>	<i>Dose (mg)</i>
<b>D2, D3 selective antagonists</b>		
sulpiride	DOGMATIL, PROSULPIN	50-1200
amisulpride	SOLIAN, DENIBAN	50-1200
<b>SDA</b>		
risperidone	RISPERDAL, RISPEN, RISPERDAL QUICKLET	4-8
ziprasidone	ZELDOX	40-160
sertindole	SERDOLECT	12-20
<b>MARTA</b>		
clozapine	LEPONEX	200-600
olanzapine	ZYPREXA i.m. inj. 10 mg	5-20
quetiapine	SEROQUEL	300-600
zotepine	ZOLEPTIL	75-300

# Нейролептики 3 поколения

<i>Generic Name název</i>	<i>Trade Mark</i>	<i>Dose (mg)</i>	<i>Mechanism of Efficacy</i>
aripiprazol	ABILIFY	15-30	<b>Dopamine-serotonin stabiliser</b>  <b>Partial agonist of D2 and 5-HT<sub>1A</sub> receptors</b>  <b>Antagonist of 5-HT<sub>2A</sub> receptors</b>



## Нейролептики пролонгированного действия (депо)

<i>Generic Name</i>	<i>Trade Mark</i>	<i>Mean Dose (mg)</i>	<i>Interval</i>
flufenazin	MODITEN DEPOT	25	14-28 days
oxyprothepin	MECLOPIN	25	
haloperidol	HALDOL DEPOT	100	
flupenthixol	FLUANXOL DEPOT	40	
zuclopenthixol	CISORDINOL DEPOT	200	
fluspirilen	IMAP	6	7 days !!
risperidone	RISPERDAL CONSTA	20-30	14 days

# Быстрое купирование психотического состояния

	<i>pro dosi (mg)</i>	<i>pro die (mg)</i>
chlorpromazin	100-200	800-1200
levopromazin (TISERCIN)	50-100	500-600
haloperidol	5-10	40-100
chlorprothixen	100-150	500-600
zuclopenthixol (CISORDINOL ACUTARD)	50-150	(24-72 hours)
tiapride (TIAPRIDAL)		600-1200

## **Показания для назначения антидепрессантов**

- Депрессивные нарушения
- Аффективные расстройства
- Обсессивно-компульсивные расстройства
- Панические расстройства
- Расстройства пищевого поведения
- Психосоматические расстройства
- Посттравматическое стрессовое расстройство
- Симптомы отмены алкоголя и наркотиков
- Болевой синдром
- Энурез
- Нарколепсии

# Антидепрессанты:

## Ингибиторы обратного захвата моноаминов

### 1st Generation of Antidepressants (TCA, TeCA)

<i>Generic Name</i>	<i>Trade Mark</i>	<i>Doses (mg)</i>	<i>Mechanism of Efficacy</i>
<b>amitriptyline</b>	AMITRIPTYLIN	75-200	Ингибирование обратного захвата серотонина и / или норэпинефрина с последующим увеличением их концентрации в синаптическом пространстве
<b>nortriptyline</b>	NORTRILEN	50-150	
<b>imipramine</b>	MELIPRAMIN	75-250	
<b>clomipramine</b>	ANAFRANIL, HYDIPHEN	75-225	
<b>dosulepin</b>	PROTHIADEN	100-300	
<b>dibenzepine</b>	NOVERIL	240-720	
<b>maprotiline</b>	LUDIOMIL, MAPROTILINE	75-150	

# 1 поколение антидепрессантов

## Механизм действия:

Блокада мускариновых рецепторов

Гистаминовых H<sub>1</sub> рецепторов

Альфа-1 адренергических рецепторов

Альфа-2 адренергических рецепторов

Множественные побочные эффекты

Риск интоксикации

Много взаимодействий

Продленный эффект (через 3-6 недель)

## 2 поколение антидепрессантов

### 2<sup>nd</sup> Generation of Antidepressants

<i>Generic Name</i>	<i>Trade Mark</i>	<i>Mean Doses (mg)</i>	<i>Mechanism</i>
<b>viloxazine</b>	<b>VIVALAN</b>	<b>100-300</b>	Ингибирование обратного захвата норэпинефрина

### 3 поколение антидепрессантов

<i>Generic Name</i>	<i>Trade Mark</i>	<i>Mean Doses (mg)</i>	<i>Mechanism</i>
<b>SSRI</b>			
<b>fluvoxamine</b>	FEVARIN	100-300	Селективное ингибирование обратного захвата серотонина
<b>fluoxetine</b>	DEPREX, DEPRENON, PROZAC, PORTAL, FLOXET, FLUXONIL, MAGRILAN	20-60	
<b>citalopram</b>	SEROPRAM, CITALEC, CEROTER, PRAM	20-60	
<b>escitalopram</b>	CIPRALEX	10-20	
<b>paroxetine</b>	SEROXAT, PAROLEX, APO-PAROX, REMOD	20-60	
<b>sertraline</b>	ZOLOFT, SERLIFT, ASENTRA, STIMULOTON	50-200	

### 3 поколение антидепрессантов

<i>Generic Name</i>	<i>Trade Mark</i>	<i>Mean Doses (mg)</i>	<i>Mechanism</i>
<b>SARI</b>			
<b>Antidepressants with Doubled Serotonergic Efficacy</b>			
<b>trazodone</b>	TRITTICO AC	4-8	Двойная серотонинергическая эффективность
<b>nefazodone</b>	SERZONE, DUTONIN	100-300	
<b>NARI</b>			
<b>reboxetine</b>	EDRONAX	4-8	Ингибирование обратного захвата норэпинефрина
<b>tianeptine</b>	COAXIL	75	Увеличение обратного захвата серотонина



# 4 поколение антидепрессантов

Антидепрессанты двойного действия Смешанные ингибиторы обратного захвата

<i>Generic Name</i>	<i>Trade Mark</i>	<i>Mean Doses (mg)</i>	<i>Mechanism</i>
<b>SNRI</b>			
<b>venlafaxine</b>	EFECTIN	75-375	Ингибирование обратного захвата серотонина и норэпинефрина
<b>venlafaxine ER (extended release)</b>	EFECTIN ER	75-225	
<b>milnaciprane</b>	IXEL, DALCIPRAN	50-100	
<b>DNRI</b>			
<b>bupropione</b>	WELLBUTRIN ZYBAN	150-300	Ингибирование обратного захвата допамина и норэпинефрина

# 4 поколения антидепрессантов

<i>Generic Name</i>	<i>Trade Mark</i>	<i>Mean Doses (mg)</i>	<i>Mechanism</i>
<b>Blockade of <math>\alpha_2</math>-adrenoceptors</b>			
<b>mianserin</b>	LERIVON, MIABENE	60-90	Increasing Synthesis and Releasing of Norepinephrine, Blockade Alpha-2 Adrenoceptors on Serotonergic Neurons and Increasing Production and Releasing of Serotonin
<b>mirtazapine</b>	REMERON, ESPRITAL, REMERON sol. tab.	15-45	
<b>Other Monoamine Reuptake Inhibitors</b>			
<b>hypericum perforatum</b>	JARSIN	900	Weak Inhibitor of NA, 5-HT, DA

# Ингибиторы МАО

<b>Non Selective and Irreversible: (IMAO A, IMAO B)</b>		
<b>phenelzine</b>		<b>NARDIL</b>
<b>isocarboxazid</b>		<b>MARPLAN</b>
<b>nialamide</b>		<b>NIAMID, NUREDAL</b>
<b>tranylcypromine</b>		<b>PARNATE</b>
<b>Selective and Reversible</b>		
<b>MAO A</b>	<b>moclobemide</b>	<b>AURORIX</b>
	<b>brofaromine</b>	<b>CONSONAR</b>
	<b>toloxatone</b>	<b>HUMORYL</b>
<b>MAO B</b>	<b>selegiline (L-deprenyl)</b>	<b>SEPATREM, JUMEX</b>

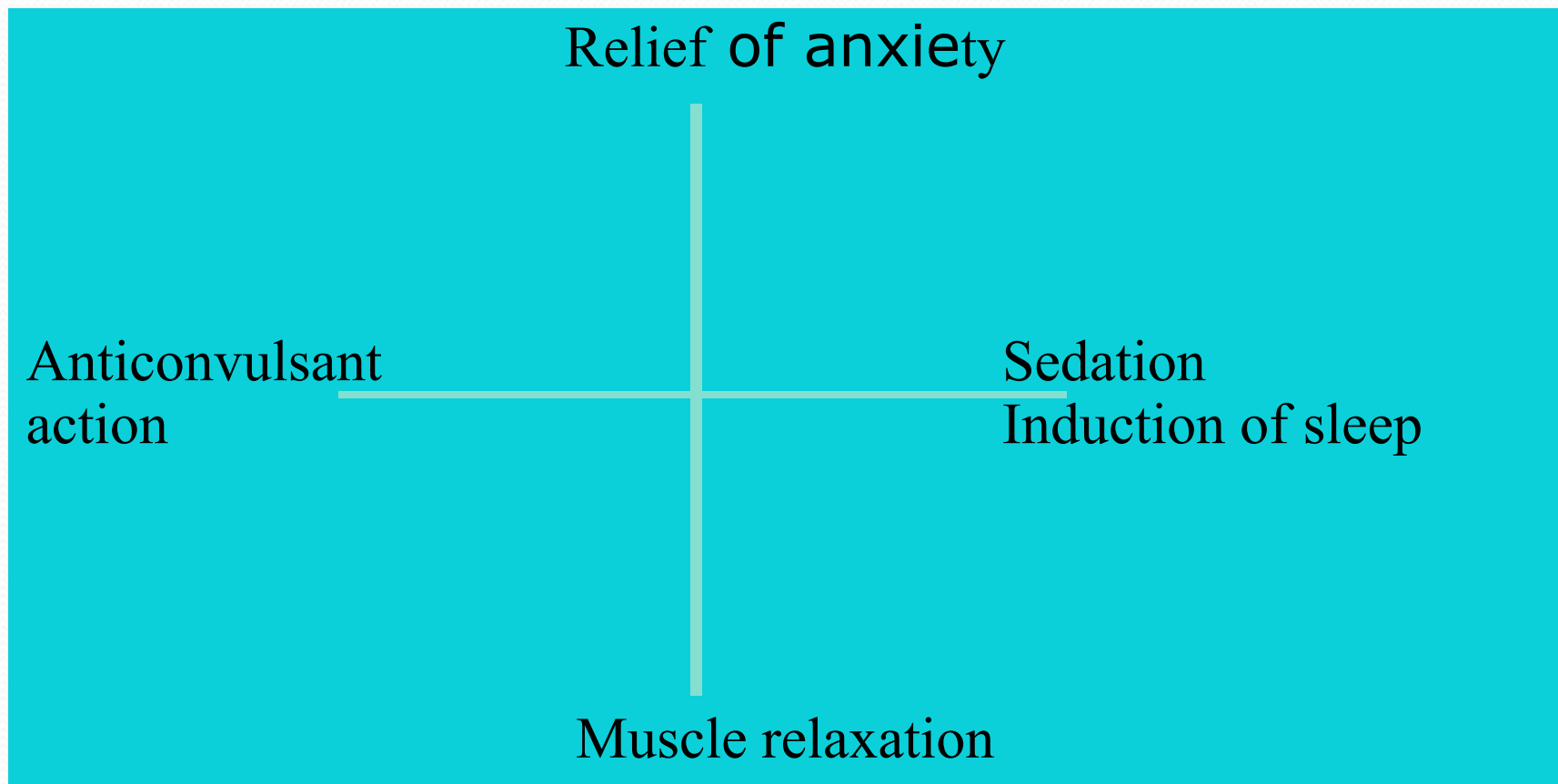
# Другие психотропные средства с антидепрессивным эффектом

<b>Thymoprophylactics</b>		
	lithium	LITHIUM CARBONICUM, CONTEMNOL
Antiepileptics of 2nd Generation	carbamazepine	BISTON, TEGRETOL, FINLEPSIN, TIMONIL
	salts of valproic acid	EVERIDEN, CONVULEX, ORFIRIL, DEPAMID
Antiepileptics of 3rd Generation	lamotrigine	LAMICTAL
	gabapentine	GABAPENTIN, NEURONTIN
	topiramate	TOPAMAX
<b>Atypical Antipsychotics - SDA</b>		
	clozapine	LEPONEX, CLOZARIL, ALEMOXAN
	olanzapine	ZYPREXA
	quetiapine	SEROQUEL

# Тимостабилизаторы

<i>Generic Name</i>	<i>Trade Mark</i>	<i>Doses (mg)</i>	<i>Blood Serum Concentration</i>
<b>lithium carbonicum</b>	LITHIUM CARBONICUM	900 - 1000	0.5 - 0.8 mmol/l
	CONTEMNOL	1000 - 1500	0.8 - 1.2 mmol/l
<b>carbamazepine</b>	BISTON, TEGRETOL, TIMONIL	400 - 1500	5 - 10 ng/ml
<b>valproic acid</b>	EVERIDEN, ORFIRIL,	900 - 2000	50 - 100 ng/ml

# Профили действия бензодиазепинов



Ansseau, M., Doumont, A., Diricq, S.: Methodology required to show clinical differences between benzodiazepines. *Curr Med Res Opin* 8, Suppl. 4, 108-114 (1984). (Except <Dormicum> and <Dalmadorm>)

# Бензодиазепиновые анксиолитики

## Показания к применению:

- Состояния тревоги
- Бессонница
- Абстинентный синдром
- Депрессивные состояния
- Эпилепсия
- Судороги
- Экстрапирамидные нежелательные побочные эффекты антипсихотических препаратов
- Премедикация в анестезиологии
- Панические состояния (Альпразолам, Бромазепам, Клоназепам в высоких дозах)
- Болевой синдром

# АНКСИОЛИТИКИ

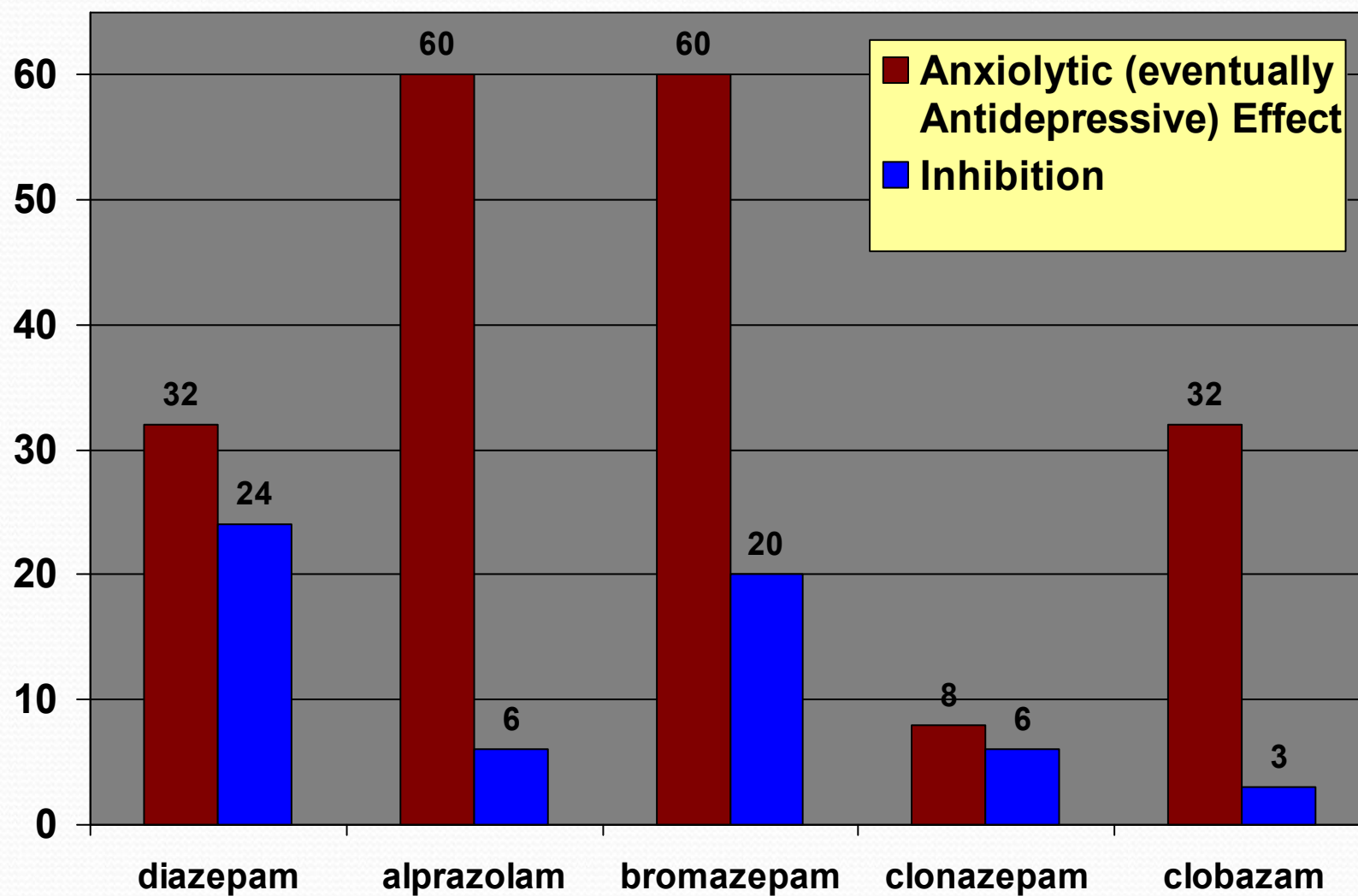
<i>Generic Name</i>	<i>Trade Mark</i>	<i>Form</i>	<i>Mean Doses (mg)</i>
<b>■ Propandiol Derivates</b>			
<b>guaiphenesine</b>	GUAJACURAN	drg. 200,400mg inj. 1 g	400 - 3000
<b>Mephenoxalone</b>	DORSIFLEX, DIMEXOL	tbl. 200 mg	400 - 1200
<b>meprobamate</b>	MEPROBAMAT LÉCIVA	tbl. 400 mg	800 - 2400
<b>■ Piperazin Derivates</b>			
<b>hydroxyzine</b>	ATARAX	tbl. 10, 25 mg inj. 100 mg sir.	20 - 100 300 - 400
<b>■ Azapiron Derivates</b>			
<b>bupirone</b>	ANXIRON, BUSPIRON-EGIS	tbl. 5, 10 mg	15-30



# Анксиолитики (Бензодиазепиновые производные)

<i>Generic Name</i>	<i>Trade Mark</i>	<i>Form</i>	<i>Mean Doses (mg)</i>
<b>diazepam</b>	DIAZEPAM SLOVAKOFARMA APO-DIAZEPAM APURIN, SEDUXEN DIAZEPAM DESITIN DIAZEPAM DESITIN SUPP.	tbl. 2.5; 10 mg inj. 10 mg  supp. 5 mg	10 - 60
<b>chlordiazepoxide</b>	DEFOBIN, ELENIUM RAPEDUR	tbl. a drg. 10 mg	20 - 60
<b>oxazepam</b>	OXAZEPAM LÉČIVA	tbl. 10 mg	10 - 60
<b>alprazolam</b>	NEUROL XANAX FRONTIN, HELEX	tbl. 0.25 mg ; 1 mg tbl. 0.25; 0.5; 1; 2 mg	1 - 10
<b>bromazepam</b>	LEXAURIN	tbl. 1; 5; 3 mg	3 - 36
<b>medazepam</b>	ANSILAN, RUDOTEL	tbl. 10 mg	20 - 40
<b>tofisopam</b>	GRANDAXIN	tbl. 50 mg	100 - 400
<b>K+ clorazepate</b>	TRANXENE	tbl. 5; 10; 50 mg inj. 20; 50; 100 mg	15 - 30 50 - 300
<b>lorazepam</b>	TAVOR	tbl. 1; 2,5 mg	2
<b>clobazam</b>	FRISIUM	tbl. 10 mg	20 - 60
<b>prazepam</b>	DEMETRIN	tbl. 10 mg	20 - 40

# АНКСИОЛИТИКИ



# Гипнотики (снотворные)

	<i>Generic Name</i>	<i>Trade Mark</i>	<i>Form</i>	<i>Mean Doses (mg)</i>
1 <sup>st</sup> Generation	<b>barbiturates</b>			
	<b>chloralhydrate</b>	CHLORALOURAT		500 – 1000
	<b>glutethimide</b>	NOXYRON	tbl. 250 mg	250 - 500
2 <sup>nd</sup> Generation	<b>nitrazepam</b>	NITRAZEPAM SLOVAKOFARMA FORTE	tbl. 5; 10 mg	5 - 20
	<b>flunitrazepam</b>	ROHYPNOL, SOMNUBENE	tbl. 1 a 2 mg inj. 2 mg	0,5 – 2 1 - 2
	<b>triazolam</b>	HALCION	tbl. 0.125 mg	0.125 – 0.5
	<b>midazolam</b>	DORMICUM	tbl. 7.5 a 15 mg inj. 5 mg	7.5 – 15
	<b>cinolazepam</b>	GERODORM	tbl. 40 mg	20 – 40
3 <sup>rd</sup> Generation	<b>zolpidem</b>	STILNOX, HYPNOGEN, EANOX	tbl. 10 mg	10 - 20
	<b>zopiclone</b>	IMOVANE	tbl. 7.5 mg	3.75 – 7.5
	<b>zaleptone</b>	SONATA	tbl. 10 mg	5 – 10
Other Drugs with Hypnotic Efficacy	<b>Antihistaminics (promethazine – PROTHAZIN)</b>			
	<b>Antidepressants (mirtazapine, trazodone)</b>			
	<b>Antipsychotics</b>			
	<b>Melatonins</b>			

# Когнитивная терапия

## ACETYLCHOLINESTERASE INBITORS

rivastigmine	EXELON	8 -12 mg
donepezil	ARICEPT	5 - 10 mg
galantamine	REMINYL	8 - 24 mg

## NMDA (N-methyl-D-aspartate) RECEPTOR ANTAGONISTS

memantine	EBIXA	10 - 30 mg
-----------	-------	------------

# Ноотропные препараты

Indication: Organic Disturbances of Memory and Intellect, Primary States, Efficacy after 2-3 Months

<b>pyritinol</b>	ENERBOL ENCEPHABOL	300 - 900
<b>piracetam</b>	NOOTROPIL, PYRAMEM, KALICOR	3000 - 9000
<b>Nootropics and Vasodilators</b> (Improve Rheologic Blood Quality and Cerebral Perfusion)		
<b>cinarizine</b>	STUGERON	50-100
<b>vinpocetine</b>	CAVINTON	15- 30
<b>flunarizine</b>	SIBELIUM	10
<b>natridrofuryl</b>	ENELBIN DUSODRIL	200-300
<b>pentoxiphyline</b>		
<b>xanthinol</b>		
<b>Ergot Alkaloids</b>		
<b>dihydroergotoxine</b>	SECATOXIN	
<b>nicergoline</b>		

# Психостимуляторы

<i>Generic Name</i>	<i>Trade Mark</i>	<i>Doses (mg)</i>
amphetamine	PSYCHOTON, ADDERAL	5 – 50
dexamphetamine	DEXEDRON	5 – 30
ephedrine	EPHEDRIN	12,5 – 50
mezocarb	SYDNOCARB	5 – 50
methylphenidate	RITALIN, CENTEDRIN	10 – 40
modafinil	VIGIL, PROVIGIL	200 – 400

## 2. Психосоциальная реабилитация в системе современной психиатрической помощи

•

- В докладе Всемирной Организации Здравоохранения, посвященном состоянию психического здоровья (2001 г.), сказано: **«Психосоциальная реабилитация — это процесс, который дает возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам в результате психических расстройств достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе.»**



# Психосоциальная реабилитация

Это постоянный,  
- непрерывный процесс, который включает комплекс

- медицинских,
- психологических,
- педагогических,
- социально-экономических
- и профессиональных мер.

# Мероприятия по психосоциальной реабилитации

- трудовая реабилитация;
- · трудоустройство;
- · профессиональная подготовка и переподготовка;
- · социальная поддержка;
- · обеспечение достойных жилищных условий;
- · образование;
- · психиатрическое просвещение, в том числе обучение тому, как управлять болезненными симптомами;
- · приобретение и восстановление навыков общения;
- · приобретение навыков независимой жизни;
- · реализация увлечений и досуга, духовных потребностей.

**Результатом реабилитационных мер должна быть реинтеграция (возврат) психически больных в общество.**

**цель реабилитации:**

- это улучшение качества жизни и
- социального функционирования людей с психическими расстройствами посредством преодоления их социальной отчужденности,
- повышение их активной жизненной и гражданской позиции.

В «Заявлении о психосоциальной реабилитации», разработанном Всемирной Организацией Здравоохранения совместно с Всемирной ассоциацией психосоциальной реабилитации в 1996 г., перечислены следующие задачи реабилитации:

Уменьшение выраженности психопатологических симптомов с помощью триады

- лекарственных препаратов,
- психотерапевтических методов лечения
- и психосоциальных вмешательств

## Задачи:

- повышение социальной компетентности психически больных людей путем развития навыков общения, умения преодолевать стрессы, а также трудовой деятельности;
- уменьшение дискриминации и стигмы;
- поддержка семей, в которых кто-либо страдает психическим заболеванием;
- создание и сохранение долгосрочной социальной поддержки,
- удовлетворение по меньшей мере базовых потребностей психически больных людей, к каковым относятся обеспечение жильем,
- трудоустройство,
- организация досуга,
- создание социальной сети (круга общения);
- повышение автономии (независимости) психически больных,
- улучшение их самодостаточности и самозащиты.

Б. Сарачено – руководитель отдела психического здоровья Всемирной Организации Здравоохранения, прокомментировал значение психосоциальной реабилитации следующим образом: «Если мы надеемся на будущее психосоциальной реабилитации, то это должна быть психиатрическая помощь по месту проживания пациентов – доступная, полная, позволяющая психически больным лечиться и получать серьезную поддержку. При такой помощи не нужны больницы, а медицинский подход следует использовать лишь в незначительной степени. Другими словами, психиатр должен быть ценным консультантом в этой службе, но не обязательно ее хозяином или правителем».

# Методы восстановительного лечения

1. Дифференцированные режимы наблюдения;
2. Самоуправление и разумная самодеятельность больных;
3. Создание функциональных групп;
4. Групповая терапия, в т.ч. группы творческой активности (создание музыки, театра), психомоторика и психогигиена, групповые формы лечебной физкультуры;
5. Клубные формы работы (различные объединения, клубы, группы, секции, кружки), способствующие эмоциональной поддержке и тренировке социальных ролей;
6. Культурная терапия, организация досуга;
7. Групповая терапия, терапия занятости и производственные виды деятельности.

«Задачей лечения является редукция патологических проявлений, цель реабилитации – развитие возможностей и сохранившегося потенциала пациента»

*W. A. Anthony et al., 200*

«Лечение – редукция болезни,  
реабилитация – индуцирование здоровья»

*W. I. Leitch, J. Drasgo, 197*

«Лечение адресуется к несостоятельности пациентов, а реабилитация пытается обнаружить и развить возможности больных»

*H. R. Martin, 195*



# Взаимодействие фармакотерапии и психосоциальных вмешательств

1. Решения фармакотерапии по поводу болевых можно рассматривать как подготовку пациента к реабилитации
2. Реабилитационное вмешательство, направленное на уменьшение показателем социальной функции, может обеспечить как способ снижения доз используемых психотропных препаратов
3. Реабилитационное вмешательство может активировать пациента в сотрудничестве с врачом, повысить комплаентность
4. «Реабилитационный эффект» оценки уровня боли может означать, что пациент, получивший оценку боли, может ожидать предсказать реакцию больного на фармакотерапию

# Этапы психосоциальной реабилитации

(И. Я. Гурович, 2007)

1. Этап активного психосоциального воздействия  
(психосоциальная терапия)
2. Этап постепенного освоения пациентом и  
приспосабливания для пациента функций и  
социальных связей
3. Этап завершения периода и полного  
социального восстановления

# Методы и формы психосоциального лечения

1. Психообразование
2. Тренинг когнитивных навыков
3. Тренинг социальных навыков
4. Психотерапия (индивидуальная, групповая)
5. Семейная терапия
6. Трудотерапия эрготерапия
7. Арт терапия
8. Терапия средой, досуговые программы
9. Спортивные оздоровительные программы
10. Социально-восстановительная работа

# Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации

- сфера клинических оценок

- сфера социального функционирования

- сфера субъективного опыта (самооценка больных)

# Суицидальное поведение

- Суицидальные тенденции являются почти обязательным компонентом тяжелых депрессивных состояний
- Особенно легко реализуют суицид больные без выраженной заторможенности (тревожная или ажитированная депрессия).
- Наличие суицидальных попыток в анамнезе является очень тревожным знаком, поскольку в большинстве случаев такие попытки повторяются.
- Больной с депрессией должен находиться под наблюдением весь период, пока у него отмечается тоскливое настроение, особенно тщательным должен быть надзор в утренние часы, когда депрессия наиболее тяжела
- Следует учитывать, что мужчины в 3 раза чаще совершают суицид, чем женщины, хотя попыток к суициду женщины предпринимают в 4 раза больше, чем мужчины.
- Наибольшее число попыток совершают лица в возрасте от 15 до 40 лет, однако у пожилых чаще отмечают завершённый суицид, чем у молодых.

**Факторы, коррелирующие с суицидальным риском  
(по Г.И. Каплан и Б.Дж. Сэдок, 1994)**

- **АЛКОГОЛИЗМ**
- **Возбудимость, агрессивность,  
склонность к насилию**
- **Суицидальное поведение в прошлом**
- **Мужской пол**
- **Нежелание принимать помощь**

# ЛОЖНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О САМОУБИЙСТВЕ

Бытующее мнение	Фактическое положение
Те, кто много говорят о самоубийстве, обычно его не совершают	Большинство самоубийц перед смертью делятся своими намерениями и горестями
Самоубийство — импульсивный акт, совершаемый внезапно	Существует множество признаков говышенного риска самоубийства
Решившиеся на самоубийство редко колеблются	Самоубийству обычно предшествуют попытки найти утешение и помощь
Когда кризисная ситуация проходит, обычно наступает улучшение	Улучшение может быть обманчивым

## **Показатели суицидоопасности:**

- тревожная депрессия (особенно в пожилом возрасте);
- ипохондрические раптоидные состояния;
- галлюцинаторно-параноидные состояния с императивными галлюцинациями суицидального содержания;
- депрессивно-параноидные состояния с переживанием вины или «угрозы жизни»



# Показатели суицидоопасности:

- дисфорически окрашенные депрессии;
- депрессивные состояния с неблагоприятной микросоциальной ситуацией
- острые депрессивные состояния, возникающие в ответ на психотравмирующую ситуацию у процессуальных больных в ремиссии;
- реактивные депрессии, включающие элементы аффективношоковой реакции (сужение сознания, катастрофизация масштабов, значимости психической травмы)

# Реакции горя

- Реакции горя включают в себя широкий спектр клинических, эмоциональных и поведенческих проявлений.
- Процесс преодоления горя проходит стадии, которые являются универсальными для всех людей: Острое горе {около 3—4 месяцев) Фаза шока.
- **Фаза реакций:**
  - а) фаза отрицания (поиска);
  - б) фаза агрессии (вины);
  - в) фаза депрессии (страдания и дезорганизации). Стадия

## **Тяжесть переживаний при горевании может усугубляться некоторыми факторами:**

- «ВИНОЙ ВЫЖИВШЕГО»;
- дополнительной острой психотравмой, связанной с невозможностью опознания (тело сильно повреждено либо не найдено) — незавершенность отношений с умершим, невозможность отдать «последний долг» умершему;

# Период траура

- Период траура является формой внешнего выражения печали или горя по причине смерти близкого человека.
- Этот социальный процесс в большинстве обществ и культур, используя существующие ритуалы и обряды, помогает человеку пережить утрату.
- В различных культурах траур имеет

# **по МКБ-10 реакции горя любой длительности расцениваются как патологические на основании их формы и содержания**

- Критерием «нормального» горя является реакция, которая «соответствует общепринятым в данной культурной среде нормам и продолжается, как правило, не более шести месяцев». Если такая реакция при относительно нормальном содержании и форме продолжается более шести месяцев, то к данному расстройству применяется код МКБ-10 F43.21 — «Пролонгированная депрессивная реакция». Патологические адаптационные расстройства по МКБ-10 могут наблюдаться в следующих клинических вариантах:
- F43.20 — кратковременная депрессивная реакция. Транзиторное легкое депрессивное состояние длительностью не более одного

## **По МКБ-10 реакции горя любой длительности расцениваются как патологические на основании их формы и содержания**

- F43.23 — с преобладанием нарушения других эмоций. Наблюдаемые симптомы обычно относятся к нескольким типам эмоций, таким как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев. Симптомы тревоги и депрессии могут соответствовать критериям смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2) или других смешанных тревожных расстройств (F41.3), но они не являются преобладающими в достаточной степени, чтобы служить основанием для диагностики иных, более специфических, депрессивных или тревожных расстройств. К этой категории следует относить и аналогичные реакции у детей, при которых отмечаются также определенные формы регрессивного поведения, например, энурез

шизофрения

## Определение 1:

Шизофрения – психическое заболевание, относящееся к эндогенным психозам, с многофакторной неизученной этиологией, с хроническим течением, неблагоприятным прогнозом, проявляется диссоциацией психических процессов, и ведущее к социальной дезадаптации.



## Определение 2:

Шизофрения - психическое расстройство, которое длится не менее 6 месяцев и предполагает присутствие не менее месяца симптоматики и наличия 2 или более из следующих симптомов:

- Бредовые идеи
- Галлюцинации
- Нарушения речи
- Дезорганизованное поведение или кататония
- Негативные симптомы

## **Эпидемиология:**

- Частота встречаемости в популяции – 1-1,5 %
- Заболеваемость 10-20 на 100000 в год
- Болезненность 300 на 100000 в год
- Мужской и женский пол имеет одинаковый риск развития заболевания, но у мужчин дебют болезни может развиваться на 3-4 года раньше.
- Возраст дебюта 15-25 лет у мужчин, 25-30 у женщин.
- Эволюция заболевания по ICD-10: прогредиентное, непрерывное течение.

## Этиология в гипотезах :

- **Наследственный фактор** – Заболеваемость по шизофрении по данным литературы у монозиготных близнецов – до 90 %, братья и сестры больного шизофренией имеют риск заболеть от 5 до 16 %, дети 7-16 %. В случае если больны оба родителя – риск составляет 40-60 %. Превалируют личности шизоидные, паранойяльные, эксплозивные, психастенические.
- **Эндокринный фактор** – шизофрения может дебютировать в пубертате, послеродовом периоде, климаксе.
- **Фактор дезонтогенеза** – пери и интранатальная гипоксия увеличивает риск развития заболевания в 4 раза, родовые травмы – в 20 % (ТСС связаны с появлением выраженной патологии – атрофии коры головного мозга - гипотеза дезонтогенеза, которая представляется как недоразвитие нейрональной организации под влиянием эндогенных и экзогенных факторов (инфекций, стресса, а также генетическим дефектом, кодирующим нейрональную организацию).
- **Психологические факторы** – психогенные факторы не могут считаться основными в развитии шизо, но являются запускающими, провоцирующими.
- **Биологические факторы** – опираются на нейротрансмитерную теорию в дисбалансе дофамина, серотонина, норадреналина, ацетилхолина, глутамата и некоторых пептидов.

## **Патогенез:**

- **Дофаминовая теория** – дисфункция дофаминовых структур, увеличение дофаминовой активности в мезолимбических структурах и снижение в мезокортикальных. Блокирование D-рецепторов с помощью нейролептиков – улучшает состояние больных.
- **Серотониновая теория** – повышение уровня серотонина может привести к позитивной и негативной симптоматике при шизо посредством воздействия на дофаминовые рецепторы.
- **Норадреналиновая теория** – дисфункция в метаболизме норадреналина предполагает дефицитарные симптомы при шизо со снижением энергетического потенциала, ангедонией (потерей возможности получать удовольствие).
- **Глутаматергическая теория** – глутамат посредством глутаматных рецепторов может ингибировать дофаминовые рецепторы.
- **Автоинтоксикационная теория** – гипотеза, которая предполагает увеличение метаболизма дофамина в головном мозгу с накоплением свободных радикалов, которые ведут к апоптозу нейронов.
- **Имунологическая теория** – предполагает наличие нейронных антител на основе аутоиммунных процессов при шизо.

# Клиника шизофрении:

- Симптомы шизо имеют полиморфный характер и зависят от формы, стадии и эволюции заболевания. В клинической картине различают:
  1. **Фундаментальные симптомы (позитивные и негативные)** – нарушение ассоциативных процессов, снижение воли, аутизм, амбивалентность.
  2. **Дополнительные симптомы (позитивные и негативные)**, имеют непостоянный характер (бредовые идеи, кататонические симптомы).

## Клиника шизо согласно определению Блейлера

- Нарушение аффекта – эмоциональная холодность
- Нарушение ассоциативных процессов – ритма мышления, блокирование, диссоциация мыслительных процессов или ускоренное мышление.
- Аутизм – изоляция, отрыв от реальности, нахождение в собственном мире.
- Амбивалентность – наличие мыслей и ощущений, противоположных по значению.
- Абулия
- Атенция (внимание)

## **Симптомы первого ранга при шизофрении:**

- - эхо мыслей (пациент ощущает эхо собственных мыслей)
- - вкладывание мыслей (ощущение, что мысли вложены кем-то в голову)
- - чтение мыслей (мысли знают окружающие)
- - пустота в голове (ощущение, что из головы украдены мысли)
- - симптомы автоматизмов (мысли, движения и ощущения пациента руководимы кем-то)
- - слуховые галлюцинации (голоса, которые обращаются к пациенту в 3 лице, комментируют его действия или приказывают сделать что-либо).

## **Нарушения восприятия.**

- У больных шизо наиболее часто наблюдаются слуховые галлюцинации в форме голосов, которые обращаются к больному, комментируют его действия (комментирующие), приказывают больному (императивные). Могут быть элементарные слуховые галлюцинации в форме звуков, фраз, музыки. Могут быть истинные галлюцинации – снаружи, из пространства, псевдогаллюцинации – изнутри тела больного (больные слышат собственные мысли – озвучивание мыслей). Могут быть и тактильные, обонятельные, вкусовые галлюцинации. Зрительные галлюцинации не специфичны для шизофрении, редки и имеют характер сделанности.

## **Нарушения мышления при шизофрении:**

Эти нарушения специфичны для шизофрении. Может быть ускоренное мышление, замедленное мышление, диссоциации мыслительных процессов – предложения могут быть грамматически правильными, но лишены смысла. Может быть ментизм – ускорение мыслительных процессов с наплывом неконтролируемых мыслей. С нарушением мышления по содержанию связывают бредовую настроенность, интерпретацию, восприятие, озарение, бред различного содержания – преследования, отношения, воздействия, отравления, религиозный, ипохондрический и др.



## Нарушения

речи:

Речь часто отражает нарушения мышления. Речь может быть пуэрильной (когда взрослые копируют детскую речь), с абсурдными ответами (ответы мимо), когда содержание ответов не соответствует вопросам. Тональность речи может быть измененной. Больной может придумывать новые слова, понятные только ему (неологизмы). Тяжелым нарушением речи является шизофазия – речь сопровождается вопросами, которые не имеют смысла, набор слов.

## Эмоциональные

## нарушения:

Встречаются наиболее часто. Часто заболевание начинается аффективными нарушениями. Может быть эмоциональная холодность, индифферентное отношение к членам семьи, повышенная раздражительность. Могут присутствовать парадоксальные эмоции, когда больной плачет, когда надо смеяться и наоборот, неадекватный смех. Может возникнуть тревожные состояния, депрессивные, гипоманиакальные. В случаях аутизма больной теряет интерес к окружающей действительности, становятся пассивными и необщительными. Вместе с аффективными нарушениями могут наблюдаться и нарушения воли – абулия – отсутствие инициативы и активности.

## **Психомоторные**

## **нарушения:**

Могут проявляться каталепсией (восковидной гибкостью) – моторной заторможенностью, когда больной может часами поддерживать одну и ту же позу, часто неудобную. Могут наблюдаться также моторные стереотипии (стереотипическое повторение одних и тех же движений), эхопраксия – повторение движений окружающих), манеризм, парамимия (мимика неадекватная ситуации или аффекту), хаотические движения, нелепая жестикуляция, ступор, негативизм (сопротивление осмотру). Негативизм может быть активным – выполнение больным действий, противоположных требуемому и пассивным – невыполнение никаких действий.

## **Нарушения**

## **внимания.**

Наиболее часто имеют место в дебюте заболевания, страдает произвольное и непроизвольное внимание. Больные жалуются на невозможность сконцентрироваться или на снижение памяти, но все это связано с дефицитом внимания.

## **Нарушения**

## **памяти.**

Нарушения памяти не специфичны для шизофрении.

## **Нарушения**

## **сознания.**

Нарушения сознания не специфичны для шизофрении. В основном шизофреническая симптоматика развивается на фоне ясного сознания. Но при кататонической форме можно встретить такие нарушения сознания как — онейроид с фантастическими переживаниями, аменция.

**Параноидная форма.** Самая распространенная форма шизофрении и проявляется бредовыми и галлюцинаторными феноменами. Развивается в 25-45 лет, но может дебютировать и в пубертатном возрасте. В эволюции этой формы различают 3 этапа – паранойяльный, параноидный и парафренный. Паранойяльный этап может растягиваться на 10-15 лет и проявляется систематизированным монобредом без галлюцинаций. Может быть бред преследования, отношения, отравления, воздействия и др. На параноидном этапе можно наблюдать сочетание бредовых идей и галлюцинаций, наиболее часто слуховых. На парафренном этапе происходит трансформация бредовых идей в бред мистического фантастического содержания с переоценкой личности.

## **Заключение для параноидной формы:**

- Превалирует в клинике галлюцинаторно-бредовая симптоматика
- Дебютирует относительно поздно
- Негативная симптоматика не сильно выражена (уплощение аффекта, аутизм, социальная дезадаптация)
- Может проявляться агрессивным поведением, тревогой, эмоциональным напряжением.

Дебютирует в 16-17 лет. Инициальный период длится до 2 лет. Появляются нарушения поведения. Далее больные становятся эмоционально холодными к близким, не ухаживают за собой, не моются. Иногда возможно психомоторное возбуждение, неадекватный смех, гримасы, раздражительность, неологизмы, сексуальная расторможенность, манейризм, пуэрильное поведение, импульсивность, агрессия, отдельные бредовые идеи преследования, отравления, воздействия, ипохондрические, диссоциация мышления, элементарные слуховые галлюцинации. Все эти синдромы формируют гебефренный синдром в которые входят и кататонические симптомы. Эту форму шизо Блейлер назвал «мусорной корзиной для других 3 форм». Гебефренная форма имеет неблагоприятный прогноз с тенденцией наступления раннего шизофренического дефекта. (2-4 года).

## **Заключение для гебефренной формы:**

- Дезорганизованное поведение
- Психомоторная расторможенность
- Нелепый внешний вид
- Дезорганизация мышления
- Дебют в детстве или отрочестве с аплатизации аффекта, нарушения поведения, манейризмом, пуерильным поведением.



## **Кататоническая форма.**

Была описана Калбаумом. В продромальном периоде наблюдается астения, ипохондрия, стремление к изоляции, грусть, эмоциональное обеднение. Дебютирует в возрасте 19-35 лет, в среднем около 20 в форме кататонического синдрома:

- кататонического возбуждения
- кататонического ступора
- возможно их чередование.

**Синдром кататонического возбуждения характеризуется психомоторным возбуждением и**

**инкогерентным мышлением. Может сочетаться с**

- эхопраксией — повторение движений окружающих
- эхолалией — повторение слов окружающих
- эхомимией — повторение мимики.
- повышенной импульсивностью.

## **Кататоническая форма:**

Дезорганизация мышления проявляется построением грамматически правильных предложений, лишенных логического смысла.

## **Кататонический ступор проявляется:**

- отсутствие двигательных актов
- пассивным негативизмом
- восковидной гибкостью
- повышенным мышечным тонусом
- симптомом воздушной подушки (Дюпре) – после отнятия подушки из под головы больного голова продолжает находиться в воздухе.
- амимией
- патологическими рефлексам.

## **Заключение для кататонической формы:**

- Доминируют моторные нарушения
- Возбуждение и ступор могут сменять друг друга
- Могут иметь место нарушения сознания (аменция и онейроид).

## Простая форма:

Дебютирует в возрасте 18-25 лет неврозоподобной, астенической или психопатоподобной симптоматикой: бессонница, утомляемость, раздражительность, головная боль. В дебюте можно встретить специфический синдром для этой формы – синдром метафизической интоксикации – патологический и непродуктивный интерес к психологии, философии, истории, религии, точным наукам. Пациенты чтобы стимулировать себя (чувствуя себя измененными) могут употреблять алкоголь, наркотики, кофе, чафирь. Далее появляется основной синдром – апато-абулический, с потерей интересов к окружающему, безынициативностью или занимаются нелепыми занятиями. Характерно для этой формы – нарушение внимания, затруднения в концентрации. Другой симптом – хаотическое мышление или «ощущение пустоты в голове», произвольный наплыв мыслей, обрыв мыслей. Далее наступает потеря контакта с окружающим, когда больной не знает соседей по палате или лечащего врача, социальная дезадаптация.

## **Заключение для простой формы:**

- В дебюте — астения, снижение энергетического потенциала, неврозоподобная и психопатоподобная симптоматика.
- Часто синдром метафизической интоксикации.
- Апато-абулическая симптоматика.
- Нарушение мышления в форме — хаотического мышления, ментизма, ощущения «пустоты в голове». Могут быть нарушения внимания.

**Недифференцированная шизофрения – общие симптомы для всех форм.**

**Резидуальная шизофрения:**

- психомоторная заторможенность
- сниженная активность
- оскудение аффекта
- пассивность, необщительность
- социальная дезадаптация

**Другие формы:** Гипертоксическая (фебрильная форма) – может быть проявлением кататонической шизофрении. Имеет неблагоприятный прогноз. Основным симптомом – высокая температура 39-41 гр с тахикардией, вегетативными симптомами, трофическими изменениями – экимозами. Психически – кататоническая симптоматика с нарушением сознания по типу онейроида, дезориентировка в месте, времени, возможны бредовые симптомы воздействия и отношения. Специфичным для этой формы является – диссоциация пульс-температура (температура может быть 37, а пульс 120-140, инверсия температуры – утром температура может быть выше чем вечером.

## **Классификация шизофрении.**

- Согласно ICD-10 различают следующие формы:
- - Параноидная F 20.0
- - Гебефренная F 20.1
- - Кататоническая F 20.2
- - Нефидиренцированная F 20.3
- - Простая F 20.6
- - др. формы F20.8 (сенестопатическая, ипохондрическая, резидуальная) гипертоксическая,
- - неспецифическая F 20.9 (на органической почве – пропфшизофрения).



## **Дифференциальный диагноз:**

- 1. Соматические и неврологические расстройства
- 2. Шизофреноформные расстройства
- 3. Шизоаффективные расстройства
- 4. Расстройства настроения
- 5. Кратковременные психотические расстройства
- 6. Бредовые расстройства
- 7. Расстройства личности

# Этапы лечебных мероприятий:

- 1. купирующая терапия
- 2. поддерживающая или стабилизирующая терапия
- 3. профилактическая терапия и методы психосоциального воздействия

шизофрения

## Определение 1:

Шизофрения – психическое заболевание, относящееся к эндогенным психозам, с многофакторной неизученной этиологией, с хроническим течением, неблагоприятным прогнозом, проявляется диссоциацией психических процессов, и ведущее к социальной дезадаптации.

## Определение 2:

Шизофрения - психическое расстройство, которое длится не менее 6 месяцев и предполагает присутствие не менее месяца симптоматики и наличия 2 или более из следующих симптомов:

- Бредовые идеи
- Галлюцинации
- Нарушения речи
- Дезорганизованное поведение или кататония
- Негативные симптомы

## **Эпидемиология:**

- Частота встречаемости в популяции – 1-1,5 %
- Заболеваемость 10-20 на 100000 в год
- Болезненность 300 на 100000 в год
- Мужской и женский пол имеет одинаковый риск развития заболевания, но у мужчин дебют болезни может развиваться на 3-4 года раньше.
- Возраст дебюта 15-25 лет у мужчин, 25-30 у женщин.
- Эволюция заболевания по ICD-10: прогредиентное, непрерывное течение.

## Этиология в гипотезах :

- **Наследственный фактор** – Заболеваемость по шизофрении по данным литературы у монозиготных близнецов – до 90 %, братья и сестры больного шизофренией имеют риск заболеть от 5 до 16 %, дети 7-16 %. В случае если больны оба родителя – риск составляет 40-60 %. Превалируют личности шизоидные, паранойяльные, эксплозивные, психастенические.
- **Эндокринный фактор** – шизофрения может дебютировать в пубертате, послеродовом периоде, климаксе.
- **Фактор дезонтогенеза** – пери и интранатальная гипоксия увеличивает риск развития заболевания в 4 раза, родовые травмы – в 20 % (ТСС связаны с появлением выраженной патологии – атрофии коры головного мозга - гипотеза дезонтогенеза, которая представляется как недоразвитие нейрональной организации под влиянием эндогенных и экзогенных факторов (инфекций, стресса, а также генетическим дефектом, кодирующим нейрональную организацию).
- **Психологические факторы** – психогенные факторы не могут считаться основными в развитии шизо, но являются запускающими, провоцирующими.
- **Биологические факторы** – опираются на нейротрансмитерную теорию в дисбалансе дофамина, серотонина, норадреналина, ацетилхолина, глутамата и некоторых пептидов.

## **Патогенез:**

- **Дофаминовая теория** – дисфункция дофаминовых структур, увеличение дофаминовой активности в мезолимбических структурах и снижение в мезокортикальных. Блокирование D-рецепторов с помощью нейролептиков – улучшает состояние больных.
- **Серотониновая теория** – повышение уровня серотонина может привести к позитивной и негативной симптоматике при шизо посредством воздействия на дофаминовые рецепторы.
- **Норадреналиновая теория** – дисфункция в метаболизме норадреналина предполагает дефицитарные симптомы при шизо со снижением энергетического потенциала, ангедонией (потерей возможности получать удовольствие).
- **Глутаматергическая теория** – глутамат посредством глутаматных рецепторов может ингибировать дофаминовые рецепторы.
- **Автоинтоксикационная теория** – гипотеза, которая предполагает увеличение метаболизма дофамина в головном мозгу с накоплением свободных радикалов, которые ведут к апоптозу нейронов.
- **Имунологическая теория** – предполагает наличие нейронных антител на основе аутоиммунных процессов при шизо.



# Клиника шизофрении:

- Симптомы шизо имеют полиморфный характер и зависят от формы, стадии и эволюции заболевания. В клинической картине различают:
  1. **Фундаментальные симптомы (позитивные и негативные)** – нарушение ассоциативных процессов, снижение воли, аутизм, амбивалентность.
  2. **Дополнительные симптомы (позитивные и негативные)**, имеют непостоянный характер (бредовые идеи, кататонические симптомы).

## Клиника шизо согласно определению Блейлера

- Нарушение аффекта – эмоциональная холодность
- Нарушение ассоциативных процессов – ритма мышления, блокирование, диссоциация мыслительных процессов или ускоренное мышление.
- Аутизм – изоляция, отрыв от реальности, нахождение в собственном мире.
- Амбивалентность – наличие мыслей и ощущений, противоположных по значению.
- Абулия
- Атенция (внимание)

## **Симптомы первого ранга при шизофрении:**

- - эхо мыслей (пациент ощущает эхо собственных мыслей)
- - вкладывание мыслей (ощущение, что мысли вложены кем-то в голову)
- - чтение мыслей (мысли знают окружающие)
- - пустота в голове (ощущение, что из головы украдены мысли)
- - симптомы автоматизмов (мысли, движения и ощущения пациента руководимы кем-то)
- - слуховые галлюцинации (голоса, которые обращаются к пациенту в 3 лице, комментируют его действия или приказывают сделать что-либо).

## **Нарушения восприятия.**

- У больных шизо наиболее часто наблюдаются слуховые галлюцинации в форме голосов, которые обращаются к больному, комментируют его действия (комментирующие), приказывают больному (императивные). Могут быть элементарные слуховые галлюцинации в форме звуков, фраз, музыки. Могут быть истинные галлюцинации – снаружи, из пространства, псевдогаллюцинации – изнутри тела больного (больные слышат собственные мысли – озвучивание мыслей). Могут быть и тактильные, обонятельные, вкусовые галлюцинации. Зрительные галлюцинации не специфичны для шизофрении, редки и имеют характер сделанности.

## **Нарушения мышления при шизофрении:**

Эти нарушения специфичны для шизофрении. Может быть ускоренное мышление, замедленное мышление, диссоциации мыслительных процессов – предложения могут быть грамматически правильными, но лишены смысла. Может быть ментизм – ускорение мыслительных процессов с наплывом неконтролируемых мыслей. С нарушением мышления по содержанию связывают бредовую настроенность, интерпретацию, восприятие, озарение, бред различного содержания – преследования, отношения, воздействия, отравления, религиозный, ипохондрический и др.

## Нарушения

речи:

Речь часто отражает нарушения мышления. Речь может быть пуэрильной (когда взрослые копируют детскую речь), с абсурдными ответами (ответы мимо), когда содержание ответов не соответствует вопросам. Тональность речи может быть измененной. Больной может придумывать новые слова, понятные только ему (неологизмы). Тяжелым нарушением речи является шизофазия – речь сопровождается вопросами, которые не имеют смысла, набор слов.

## Эмоциональные

## нарушения:

Встречаются наиболее часто. Часто заболевание начинается аффективными нарушениями. Может быть эмоциональная холодность, индифферентное отношение к членам семьи, повышенная раздражительность. Могут присутствовать парадоксальные эмоции, когда больной плачет, когда надо смеяться и наоборот, неадекватный смех. Может возникнуть тревожные состояния, депрессивные, гипоманиакальные. В случаях аутизма больной теряет интерес к окружающей действительности, становятся пассивными и необщительными. Вместе с аффективными нарушениями могут наблюдаться и нарушения воли – абулия – отсутствие инициативы и активности.

## **Психомоторные**

## **нарушения:**

Могут проявляться каталепсией (восковидной гибкостью) – моторной заторможенностью, когда больной может часами поддерживать одну и ту же позу, часто неудобную. Могут наблюдаться также моторные стереотипии (стереотипическое повторение одних и тех же движений), эхопраксия – повторение движений окружающих), манеризм, парамимия (мимика неадекватная ситуации или аффекту), хаотические движения, нелепая жестикуляция, ступор, негативизм (сопротивление осмотру). Негативизм может быть активным – выполнение больным действий, противоположных требуемому и пассивным – невыполнение никаких действий.

## **Нарушения**

## **внимания.**

Наиболее часто имеют место в дебюте заболевания, страдает произвольное и непроизвольное внимание. Больные жалуются на невозможность сконцентрироваться или на снижение памяти, но все это связано с дефицитом внимания.

## **Нарушения**

## **памяти.**

Нарушения памяти не специфичны для шизофрении.

## **Нарушения**

## **сознания.**

Нарушения сознания не специфичны для шизофрении. В основном шизофреническая симптоматика развивается на фоне ясного сознания. Но при кататонической форме можно встретить такие нарушения сознания как — онейроид с фантастическими переживаниями, аменция.



**Параноидная форма.** Самая распространенная форма шизофрении и проявляется бредовыми и галлюцинаторными феноменами. Развивается в 25-45 лет, но может дебютировать и в пубертатном возрасте. В эволюции этой формы различают 3 этапа – паранойяльный, параноидный и парафренный. Паранойяльный этап может растягиваться на 10-15 лет и проявляется систематизированным монобредом без галлюцинаций. Может быть бред преследования, отношения, отравления, воздействия и др. На параноидном этапе можно наблюдать сочетание бредовых идей и галлюцинаций, наиболее часто слуховых. На парафренном этапе происходит трансформация бредовых идей в бред мистического фантастического содержания с переоценкой личности.

## **Заключение для параноидной формы:**

- Превалирует в клинике галлюцинаторно-бредовая симптоматика
- Дебютирует относительно поздно
- Негативная симптоматика не сильно выражена (уплощение аффекта, аутизм, социальная дезадаптация)
- Может проявляться агрессивным поведением, тревогой, эмоциональным напряжением.

Дебютирует в 16-17 лет. Инициальный период длится до 2 лет. Появляются нарушения поведения. Далее больные становятся эмоционально холодными к близким, не ухаживают за собой, не моются. Иногда возможно психомоторное возбуждение, неадекватный смех, гримасы, раздражительность, неологизмы, сексуальная расторможенность, манейризм, пуэрильное поведение, импульсивность, агрессия, отдельные бредовые идеи преследования, отравления, воздействия, ипохондрические, диссоциация мышления, элементарные слуховые галлюцинации. Все эти синдромы формируют гебефренный синдром в которые входят и кататонические симптомы. Эту форму шизо Блейлер назвал «мусорной корзиной для других 3 форм». Гебефренная форма имеет неблагоприятный прогноз с тенденцией наступления раннего шизофренического дефекта. (2-4 года).

## **Заключение для гебефренной формы:**

- Дезорганизованное поведение
- Психомоторная расторможенность
- Нелепый внешний вид
- Дезорганизация мышления
- Дебют в детстве или отрочестве с аплатизации аффекта, нарушения поведения, манейризмом, пуерильным поведением.

## **Кататоническая форма.**

Была описана Калбаумом. В продромальном периоде наблюдается астения, ипохондрия, стремление к изоляции, грусть, эмоциональное обеднение. Дебютирует в возрасте 19-35 лет, в среднем около 20 в форме кататонического синдрома:

- кататонического возбуждения
- кататонического ступора
- возможно их чередование.

**Синдром кататонического возбуждения характеризуется психомоторным возбуждением и**

**инкогерентным мышлением. Может сочетаться с**

- эхопраксией — повторение движений окружающих
- эхολалией — повторение слов окружающих
- эхомимией — повторение мимики.
- повышенной импульсивностью.

## **Кататоническая форма:**

Дезорганизация мышления проявляется построением грамматически правильных предложений, лишенных логического смысла.

## **Кататонический ступор проявляется:**

- отсутствие двигательных актов
- пассивным негативизмом
- восковидной гибкостью
- повышенным мышечным тонусом
- симптомом воздушной подушки (Дюпре) – после отнятия подушки из под головы больного голова продолжает находиться в воздухе.
- амимией
- патологическими рефлексам.

## **Заключение для кататонической формы:**

- Доминируют моторные нарушения
- Возбуждение и ступор могут сменять друг друга
- Могут иметь место нарушения сознания (аменция и онейроид).

## Простая форма:

Дебютирует в возрасте 18-25 лет неврозоподобной, астенической или психопатоподобной симптоматикой: бессонница, утомляемость, раздражительность, головная боль. В дебюте можно встретить специфический синдром для этой формы – синдром метафизической интоксикации – патологический и непродуктивный интерес к психологии, философии, истории, религии, точным наукам. Пациенты чтобы стимулировать себя (чувствуя себя измененными) могут употреблять алкоголь, наркотики, кофе, чафирь. Далее появляется основной синдром – апато-абулический, с потерей интересов к окружающему, безынициативностью или занимаются нелепыми занятиями. Характерно для этой формы – нарушение внимания, затруднения в концентрации. Другой симптом – хаотическое мышление или «ощущение пустоты в голове», произвольный наплыв мыслей, обрыв мыслей. Далее наступает потеря контакта с окружающим, когда больной не знает соседей по палате или лечащего врача, социальная дезадаптация.



## **Заключение для простой формы:**

- В дебюте — астения, снижение энергетического потенциала, неврозоподобная и психопатоподобная симптоматика.
- Часто синдром метафизической интоксикации.
- Апато-абулическая симптоматика.
- Нарушение мышления в форме — хаотического мышления, ментизма, ощущения «пустоты в голове». Могут быть нарушения внимания.

**Недифференцированная шизофрения – общие симптомы для всех форм.**

**Резидуальная шизофрения:**

- психомоторная заторможенность
- сниженная активность
- оскудение аффекта
- пассивность, необщительность
- социальная дезадаптация

**Другие формы:** Гипертоксическая (фебрильная форма) – может быть проявлением кататонической шизофрении. Имеет неблагоприятный прогноз. Основным симптомом – высокая температура 39-41 гр с тахикардией, вегетативными симптомами, трофическими изменениями – экимозами. Психически – кататоническая симптоматика с нарушением сознания по типу онейроида, дезориентировка в месте, времени, возможны бредовые симптомы воздействия и отношения. Специфичным для этой формы является – диссоциация пульс-температура (температура может быть 37, а пульс 120-140, инверсия температуры – утром температура может быть выше чем вечером.

## **Классификация шизофрении.**

- Согласно ICD-10 различают следующие формы:
- - Параноидная F 20.0
- - Гебефренная F 20.1
- - Кататоническая F 20.2
- - Нефидиренцированная F 20.3
- - Простая F 20.6
- - др. формы F20.8 (сенестопатическая, ипохондрическая, резидуальная) гипертоксическая,
- - неспецифическая F 20.9 (на органической почве – пропфшизофрения).

## **Дифференциальный диагноз:**

- 1. Соматические и неврологические расстройства
- 2. Шизофреноформные расстройства
- 3. Шизоаффективные расстройства
- 4. Расстройства настроения
- 5. Кратковременные психотические расстройства
- 6. Бредовые расстройства
- 7. Расстройства личности

# Этапы лечебных мероприятий:

- 1. купирующая терапия
- 2. поддерживающая или стабилизирующая терапия
- 3. профилактическая терапия и методы психосоциального воздействия

# Детская шизофрения

# Детская шизофрения (F 20.8x3)

вариант шизофренического болезненного процесса, развивающегося на фоне формирования мозговых структур, физиологических и психических функций, что определяет

- возрастной полиморфизм заболевания;
- атипизм клинической картины
- формирование типичного для детской шизофрении дефекта;
- сопутствующий нарушению развития личности дизонтогенез.



# Классификация детской шизофрении по возрасту. Сухарева Г.Е.

1. Детский возраст – до 10 лет
2. Препубертатный – 10 - 12 лет
3. Пубертатный – 13 - 15 лет
4. Юношеский – 16 - 18 лет

# Типы дебютов юношеской шизофрении

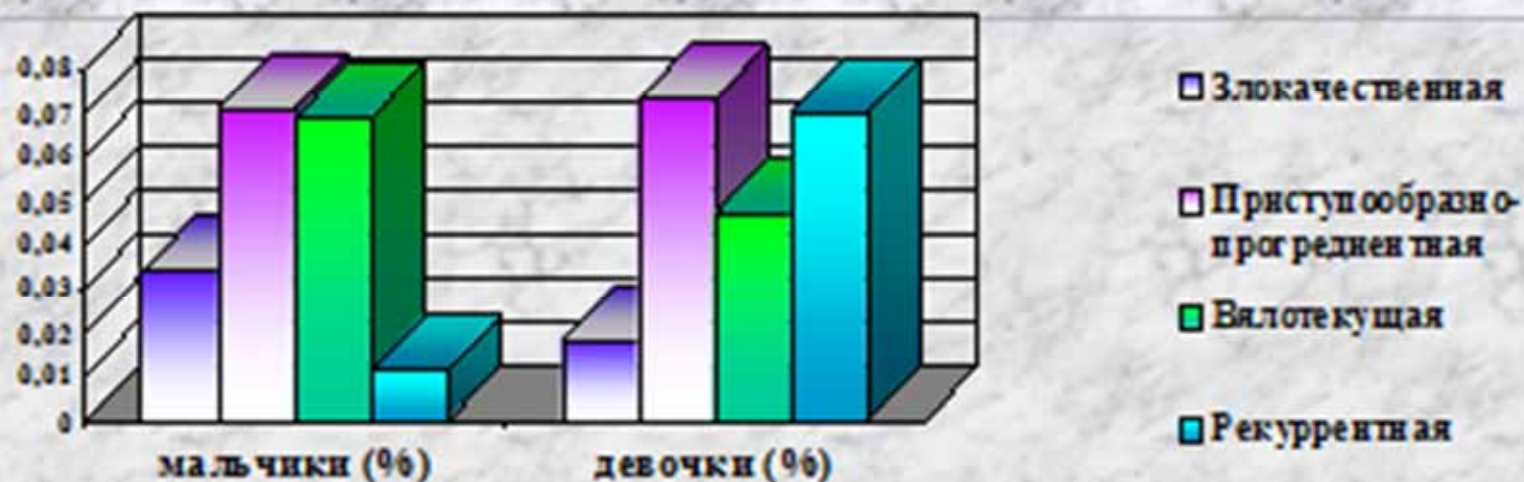
(Личко А.Е.)

1. Острый (часы, дни)
2. Подострый (недели)
3. Постепенный (месяцы, года)

# Характерные синдромы при остром дебюте юношеской шизофрении (Личко А.Е)

1. Острый гипертоксический
2. Аментивный
3. Острый полиморфный
4. Кататоническое возбуждение

## Распространенность клинических форм детской шизофрении в детской популяции



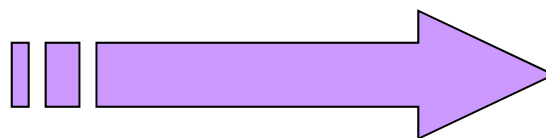
## Распространенность шизофрении в общей популяции



# Формы злокачественной рано начавшейся шизофрении

**кататоническая  
шизофрения**

**гебефреническая  
шизофрения**



**Шизофрения  
(детский тип)-  
олигофреноподобный  
дефект  
F 20.8x3**

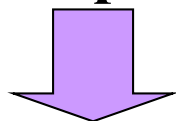
## При гебефренической форме наиболее отчетливы:

- дурашливость с гримасничанием;
- нелепые действиями;
- выраженная готовность к общению при сохраняющемся мутизме;
- обнаженность влечений;
- импульсивные разрушительные действия
- гипоманиакальные состояния

## Для кататонических расстройств в детском возрасте характерно:

- полиморфные выраженные вычурные движения и стереотипии;;
- импульсивность;
- частичный мутизм без двигательного торможения;
- вербегерации, эхολалии, манерная лепетная речь, речевой напор, мимоговорение.

# Формы параноидной шизофрении в детском возрасте



## Непрерывнотекущая

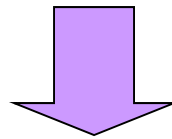
- ▼ с преобладанием бредоподобного фантазирования с трансформацией в бред воображения
- ▼ с преобладанием фрагментарных галлюцинаторных расстройств
- ▼ с преобладанием кататоно-параноидных расстройств

## Приступообразно-прогредиентная

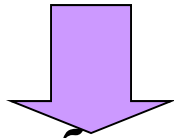
- ▼ приступы с преобладанием острого чувственного бреда
- ▼ приступы с преобладанием бредовых расстройств с тенденцией к систематизации, тактильными и вербальными галлюцинациями
- ▼ фазно-аффективные приступы с эпизодами галлюцинаторно-иллюзорных расстройств
- ▼ кататоно-параноидные приступы



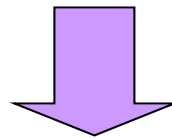
# Формы рекуррентной шизофрении в детском возрасте



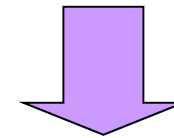
**Шизофрения  
(эпизодический ремиттирующий тип течения)  
F 20.x3**



**С преобладанием  
кататоно -  
онейроидных  
приступов**



**С преобладанием  
аффективно-  
онейроидных приступов**



**С преобладанием  
аффективно-бредовых  
приступов**

# Рекуррентная шизофрения

- ❑ Манифестация психоза чаще в юношеском возрасте
- ❑ Полиморфная симптоматика с приступами от аффективных до кататонических с расстройством сознания по онейроидному типу
- ❑ Присутствие в структуре приступов бредовых, галлюцинаторных и псевдогаллюцинаторных синдромов (аффективно-бредовая дереализация и деперсонализация с развитием бреда инсценировки, ложными узнаваниями, усиленным воображением и идеаторными автоматизмами)
- ❑ Благоприятный исход

## Дифференциальный диагноз рано начавшейся детской шизофрении

- олигофрения;
- dementia infantilis Геллера;
- синдром Мартина-Белла;
- различные формы детского аутизма.

# Dementia infantilis Геллера (1908):

- **Триада:**
- **раннее острое начало с высокой температурой и возбуждением**
- **расстройства речи (регресс речи, мутизм)**
- **быстро прогрессирующее глубокое слабоумие с регрессом речи и поведения. Одни авторы относят это заболевание к органическому поражению ЦНС, другие считают ассоциацией органики и ранней шизофренией.**

## Синдром Мартина-Белла (1943).

- Синдром умственной отсталости, связанный с ломкостью – фрагильностью X-хромосомы. Имеется диссоциация между степенью интеллектуального недоразвития и уровнем дифференциации эмоциональной сферы. Клиника практически неотличима от детской шизофрении, поэтому проводят цитогенетическое исследование.

# Детский аутизм

- Аутизм относится к расстройствам развития, развивается в возрасте до 3 лет. Поведение может быть странным, с психической деградацией. Однако отсутствуют бред, галлюцинации и явные расстройства мышления.

# Детская шизофрения

# Детская шизофрения (F 20.8x3)

вариант шизофренического болезненного процесса, развивающегося на фоне формирования мозговых структур, физиологических и психических функций, что определяет

- возрастной полиморфизм заболевания;
- атипизм клинической картины
- формирование типичного для детской шизофрении дефекта;
- сопутствующий нарушению развития личности дизонтогенез.



# Классификация детской шизофрении по возрасту. Сухарева Г.Е.

1. Детский возраст – до 10 лет
2. Препубертатный – 10 - 12 лет
3. Пубертатный – 13 - 15 лет
4. Юношеский – 16 - 18 лет

# Типы дебютов юношеской шизофрении

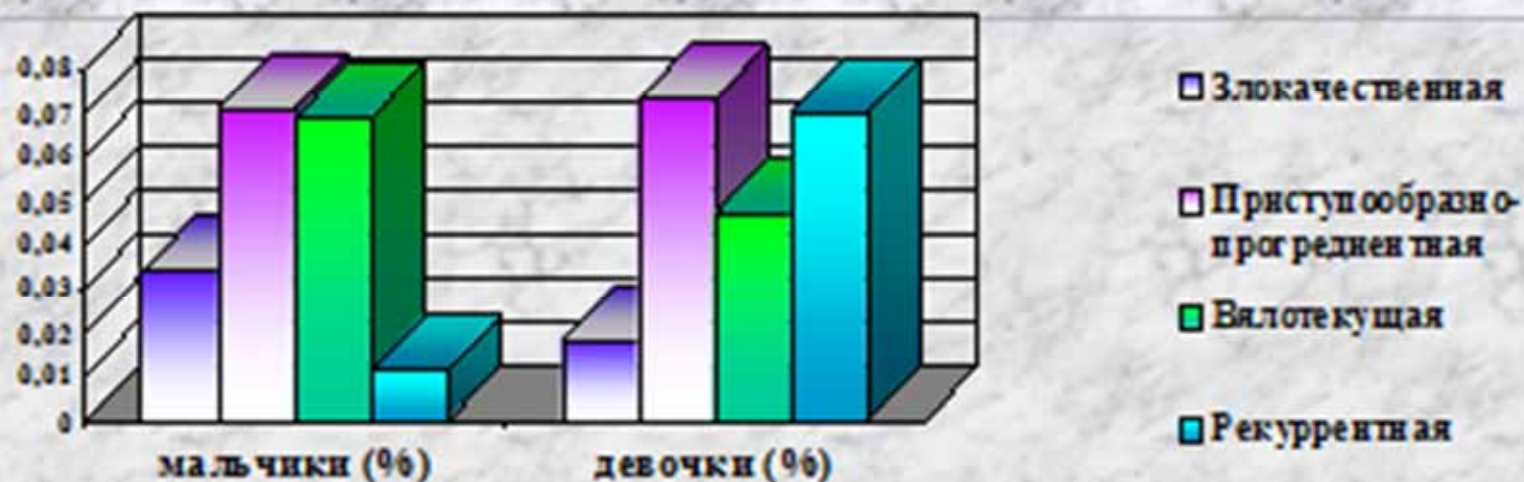
(Личко А.Е.)

1. Острый (часы, дни)
2. Подострый (недели)
3. Постепенный (месяцы, года)

# Характерные синдромы при остром дебюте юношеской шизофрении (Личко А.Е)

1. Острый гипертоксический
2. Аментивный
3. Острый полиморфный
4. Кататоническое возбуждение

## Распространенность клинических форм детской шизофрении в детской популяции



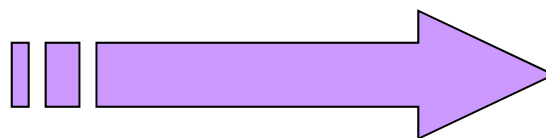
## Распространенность шизофрении в общей популяции



# Формы злокачественной рано начавшейся шизофрении

**кататоническая  
шизофрения**

**гебефреническая  
шизофрения**



**Шизофрения  
(детский тип)-  
олигофреноподобный  
дефект  
F 20.8x3**

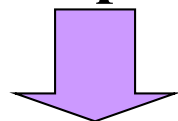
## При гебефренической форме наиболее отчетливы:

- дурашливость с гримасничанием;
- нелепые действиями;
- выраженная готовность к общению при сохраняющемся мутизме;
- обнаженность влечений;
- импульсивные разрушительные действия
- гипоманиакальные состояния

## Для кататонических расстройств в детском возрасте характерно:

- полиморфные выраженные вычурные движения и стереотипии;;
- импульсивность;
- частичный мутизм без двигательного торможения;
- вербегерации, эхολалии, манерная лепетная речь, речевой напор, мимоговорение.

# Формы параноидной шизофрении в детском возрасте



## Непрерывнотекущая

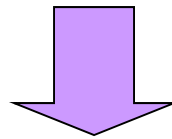
- ▼ с преобладанием бредоподобного фантазирования с трансформацией в бред воображения
- ▼ с преобладанием фрагментарных галлюцинаторных расстройств
- ▼ с преобладанием кататоно-параноидных расстройств

## Приступообразно-прогредиентная

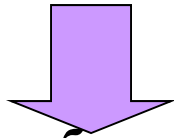
- ▼ приступы с преобладанием острого чувственного бреда
- ▼ приступы с преобладанием бредовых расстройств с тенденцией к систематизации, тактильными и вербальными галлюцинациями
- ▼ фазно-аффективные приступы с эпизодами галлюцинаторно-иллюзорных расстройств
- ▼ кататоно-параноидные приступы



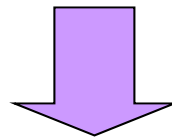
# Формы рекуррентной шизофрении в детском возрасте



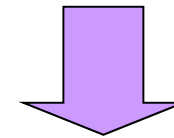
**Шизофрения  
(эпизодический ремиттирующий тип течения)  
F 20.x3**



**С преобладанием  
кататоно -  
онейроидных  
приступов**



**С преобладанием  
аффективно-  
онейроидных приступов**



**С преобладанием  
аффективно-бредовых  
приступов**

# Рекуррентная шизофрения

- ❑ Манифестация психоза чаще в юношеском возрасте
- ❑ Полиморфная симптоматика с приступами от аффективных до кататонических с расстройством сознания по онейроидному типу
- ❑ Присутствие в структуре приступов бредовых, галлюцинаторных и псевдогаллюцинаторных синдромов (аффективно-бредовая дереализация и деперсонализация с развитием бреда инсценировки, ложными узнаваниями, усиленным воображением и идеаторными автоматизмами)
- ❑ Благоприятный исход

## Дифференциальный диагноз рано начавшейся детской шизофрении

- олигофрения;
- dementia infantilis Геллера;
- синдром Мартина-Белла;
- различные формы детского аутизма.

# Dementia infantilis Геллера (1908):

- **Триада:**
- **раннее острое начало с высокой температурой и возбуждением**
- **расстройства речи (регресс речи, мутизм)**
- **быстро прогрессирующее глубокое слабоумие с регрессом речи и поведения. Одни авторы относят это заболевание к органическому поражению ЦНС, другие считают ассоциацией органики и ранней шизофренией.**

## Синдром Мартина-Белла (1943).

- Синдром умственной отсталости, связанный с ломкостью – фрагильностью X-хромосомы. Имеется диссоциация между степенью интеллектуального недоразвития и уровнем дифференциации эмоциональной сферы. Клиника практически неотличима от детской шизофрении, поэтому проводят цитогенетическое исследование.

# Детский аутизм

- Аутизм относится к расстройствам развития, развивается в возрасте до 3 лет. Поведение может быть странным, с психической деградацией. Однако отсутствуют бред, галлюцинации и явные расстройства мышления.

**Биполярное аффективное расстройство.  
Рекуррентное депрессивное расстройство.  
Циклотимия. Дистимия.  
Умственная отсталость.  
Психические нарушения при эпилепсии.**

## **Биполярное аффективное расстройство**

характеризуется повторными (по крайней мере двумя) эпизодами, при которых настроение и уровень активности значительно нарушены.

Эти изменения заключаются в том, что в некоторых случаях отмечается подъем настроения, повышенная энергичность и активность (**мания** или **гипомания**), в других - снижение настроения, пониженная энергичность и активность (**депрессия**).

Историческое название - „*Маниакально-депрессивный психоз*”.

Выздоровление обычно полное между приступами.

Заболеваемость как у мужчин, так и у женщин примерно одинакова.



**Маниакальные** эпизоды обычно начинаются внезапно и длятся от 2 недель до 4-5 месяцев (средняя продолжительность эпизода около 4-х месяцев).

**Депрессии** имеют тенденцию к более продолжительному течению (средняя продолжительность около 6 месяцев), хотя редко более года (исключая больных пожилого возраста).

И те и другие эпизоды часто следуют за **стрессовыми ситуациями** или психическими травмами.

**Первый эпизод** может возникнуть в любом возрасте, начиная с детства и кончая старостью.

**Частота** эпизодов и характер ремиссий и обострений весьма разнообразны, но **ремиссии** имеют тенденцию к укорачиванию с возрастом, а депрессии становятся чаще и продолжительнее после среднего возраста.

# Мания (маниакальная фаза)

Эпизод должен длиться по крайней мере **1 неделю** и быть такой тяжести, что приводит к довольно полному нарушению обычной работоспособности и социальной деятельности.

Настроение приподнято неадекватно обстоятельствам и может варьировать от беспечной веселости до почти неконтролируемого возбуждения.

Подъем настроения сопровождается повышенной энергичностью, приводящей к гиперактивности, речевому напору и сниженной потребности в сне.

Нормальное социальное торможение утрачивается, внимание не удерживается, отмечается выраженная отвлекаемость, повышенная самооценка, легко высказываются сверх-оптимистичные идеи и идеи величия.

Могут возникнуть нарушения восприятия, такие как переживание цвета как особенно яркого (и обычно прекрасного), озабоченность мелкими деталями какой-либо поверхности или фактуры, субъективная гиперacusия.

Больной может предпринять экстравагантные и непрактичные шаги, бездумно тратить деньги или может стать агрессивным, влюбчивым, шутливым в неподходящих обстоятельствах.

При некоторых маниакальных эпизодах настроение скорее раздраженное и подозрительное, нежели приподнятое.

Первый приступ чаще возникает в возрасте 15-30 лет, но может быть в любом возрасте от детского до 70-80 лет.

Повышенная самооценка и идеи величия могут развиться в бред, а раздражительность и подозрительность - в бред преследования.

В тяжелых случаях отмечаются выраженные бредовые идеи величия или знатного происхождения.

В результате скачки мыслей и речевого напора речь больного становится малопонятной.

Тяжелые и продолжительные физические нагрузки и возбуждение могут привести к агрессии или насилию.

Пренебрежение к еде, питью и личной гигиене может привести к опасному состоянию дегидратации и запущенности.

# Гипомания

## (гипоманиакальное состояние)

Это легкая степень мании, которое не сопровождается бредом или галлюцинациями.

Отмечается постоянный легкий подъем настроения (по крайней мере в течение нескольких дней), повышенная энергичность и активность, чувство благополучия и физической и психической продуктивности.

Также часто отмечаются повышенная социабельность, разговорчивость, чрезмерная фамильярность, повышенная сексуальная активность и сниженная потребность в сне.

Однако они не приводят к серьезным нарушениям в работе или социальному неприятию больных.

Могут наблюдаться раздражительность, повышенное самомнение и грубое поведение.

Сосредоточение и внимание могут быть расстроены, снижая таким образом возможности как работы, так и отдыха.

Однако такое состояние не препятствует появлению новых интересов и активной деятельности или умеренной склонности к тратам.

# Депрессивный эпизод

## (Депрессивная фаза)

Больной страдает от сниженного настроения, для которого характерны суточные колебания, утраты интересов и удовольствия, снижения энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности.

Отмечаются также:

- сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
- сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
- идеи виновности и уничижения;
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия направленные на самоповреждение или суицид;
- нарушенный сон;
- сниженный аппетит.

**При тяжелом депрессивном эпизоде** наблюдаются:

- ❖ бред греховности, обнищания, грозящих несчастий, за которые несет ответственность больной.
- ❖ слуховые или обонятельные галлюцинации, как правило, обвиняющего и оскорбляющего характера «голоса», а запахи - гниющего мяса или грязи.
- ❖ тяжелая двигательная заторможенность может развиваться в ступор.

# Лечение биполярного аффективного расстройства

## Тимостабилизаторы

- Соли лития
- Карбамазепин,
- Вальпроевая кислота,
- Ламотриджин,
- Габапентин

## Нейролептики

- Галоперидол,
- Хлорпромазин,
- Левомепромазин,
- Клозапин

# **Рекуррентное депрессивное расстройство (монополярная депрессия)**

Расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессий, без анамнестических данных об отдельных эпизодах приподнятого настроения, гиперактивности.

По меньшей мере 2 эпизода должны длиться не менее 2-х недель и должны быть разделены интервалом в несколько месяцев без значительных нарушений настроения

В целом, первый эпизод возникает позже, чем при биполярной депрессии: в среднем в пятом десятилетии жизни.

Продолжительность эпизодов 3-12 месяцев (средняя продолжительность - около 6 месяцев), но они имеют тенденцию к более редкому повторению.

Хотя выздоровление обычно полное в межприступном периоде, небольшая часть больных обнаруживают хроническую депрессию, особенно в пожилом возрасте.

Отдельные эпизоды любой тяжести часто провоцируются стрессовой ситуацией и во многих культуральных условиях отмечаются в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин.



Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод **легкой** степени

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод **средней** степени

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод **тяжелой** степени **без психотических** симптомов

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени **с психотическими** симптомами

# Лечение рекуррентного депрессивного расстройства

## Антидепрессанты

- Имипрамин, амитриптилин, кломипрамин, миансерин, венлафаксин, дулоксетин, пароксетин, сертралин, флувоксамин, флуоксетин

## Тимостабилизаторы

- Соли лития
- Карбамазепин,
- Вальпроевая кислота,
- Ламотриджин,
- Габапентин

## Нейролептики

- Арипипразол,
- Рисперидон,
- Оланзепин,
- Галоперидол,
- Клозапин

## Психотерапия

# Циклотимия

Состояние хронической нестабильности настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и легкой приподнятости.

Описываются варианты как раннего, так и позднего начала циклотимии.

Обычно развивается в молодом возрасте и принимает хроническое течение, хотя временами настроение может быть нормальным и стабильным в течение многих месяцев.

В связи с тем, что изменения в настроении относительно легкие, а периоды приподнятости доставляют удовольствие, циклотимия редко попадает в поле зрения врачей.

Поскольку они длятся годами, а иногда в течение всей жизни больного, они причиняют беспокойство и могут привести к нарушению продуктивности.

# Дистимия

(депрессивный невроз)

Это хроническое депрессивное настроение, которое не отвечает описанию рекуррентного депрессивного расстройства легкой или умеренной тяжести ни по тяжести, ни по длительности отдельных эпизодов.

Обычно это расстройство начинается в молодом возрасте и длится в течение нескольких лет (не менее 2-х лет), иногда неопределенно долго.

Когда такое состояние возникает позже, это чаще всего последствие депрессивного эпизода и связано с утратой близкого человека или другими явными стрессовыми ситуациями.

У пациентов бывают периоды (дни или недели), которые они сами расценивают как хорошие. Но большую часть времени (часто месяцами) они чувствуют усталость и сниженное настроение. Все становится трудным и ничто не доставляет удовольствие.

Они склонны к мрачным размышлениям и жалуются, что плохо спят и чувствуют себя дискомфортно, но в целом справляются с основными требованиями повседневной жизни.

# Умственная отсталость

Это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей.

Однако, у умственно отсталых может наблюдаться весь диапазон психических расстройств, частота которых среди них по меньшей мере в 3-4 раза выше, чем в общей популяции.

Кроме того, больные чаще становятся жертвами эксплуатации, физических и сексуальных оскорблений.

Адаптивное поведение нарушено всегда, но в защищенных социальных условиях, где обеспечена поддержка, это нарушение у больных с легкой степенью умственной отсталости может не иметь явного характера.

# Этиология

- ❑ обусловленная **предшествующей инфекцией** или **интоксикацией** (например:
  - ❖ *пренатальные инфекции*, такие как краснуха, сифилис, токсоплазмоз;
  - ❖ *постнатальные инфекции*, такие как абсцесс мозга, энцефалит;
  - ❖ *интоксикации*, такие как токсикоз беременности, желтуха, свинцовое отравление);
- ❑ обусловленная **предшествующей травмой** или **физическим агентом** (например: механическая травма или гипоксия (асфиксия) при родах; постнатальная травма или гипоксия);
- ❑ обусловленная **фенилкетонурией**;
- ❑ связанная с **хромосомными нарушениями** (например: болезнь Дауна, синдром Клайнфельтера, другие хромосомные болезни);
- ❑ обусловленная **гипертиреозом**;
- ❑ обусловленная **гипотиреозом**;
- ❑ связанная с **недоношенностью**;
- ❑ обусловленная **другими причинами** (врожденная аномалия головного мозга, краниостеноз, микроцефалия и др.);

# Умственная отсталость легкой степени

(коэффициент умственного развития (IQ) 50-69).

- Пациенты приобретают речевые навыки с некоторой задержкой, но большинство из них приобретают способности использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу и участвовать в клиническом расспросе.
- Большинство из них достигают также полной независимости в сфере ухода за собой (прием пищи, умывание, одевание, контроль за функциями кишечника и мочевого пузыря) и в практических и домашних навыках, даже если развитие происходит значительно медленнее, чем в норме.
- Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости и у многих особыми проблемами являются чтение и письмо.
- В большинстве благоприятных случаев возможно трудоустройство, требующее способностей не столько к абстрактному мышлению, сколько к практической деятельности, включая неквалифицированный и полуквалифицированный ручной труд.

## **Умственная отсталость умеренная (IQ 35 – 49)**

У пациентов медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено.

Отстает и развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые пациенты нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни.

Ограничены школьные успехи, но часть пациентов осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета.

Образовательные программы могут дать им возможности для развития своего ограниченного потенциала и приобретения некоторых базисных навыков.

В зрелом возрасте обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора.

Совершенно независимое проживание достигается редко.

Такие больные в общем способны к установлению контактов, общению с другими людьми и участию в элементарных социальных занятиях.



## Умственная отсталость тяжелая (IQ 20 – 34)

- По клинической картине, наличию органической этиологии и сопутствующих расстройств эта категория во многом сходна с категорией умеренной умственной отсталости.
- У большинства больных здесь наблюдается выраженная степень моторного нарушения или другие сопутствующие дефекты, указывающие на наличие клинически значимого повреждения или аномального развития центральной нервной системы.

## Умственная отсталость глубокая (IQ <20)

- Больные весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций.
- Большинство неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала и с ними возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации.
- Они неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре.
- В большинстве случаев устанавливается органическая этиология.
- Часты оказывающие влияние на подвижность тяжелые неврологические и другие соматические нарушения, такие как эпилепсия, а также расстройства зрения и слуха.

# **Психические нарушения при эпилепсии**

Эпилепсия — хроническое заболевание, характеризующееся судорожными и бессудорожными пароксизмальными расстройствами, типичными изменениями личности, нередко выраженным слабоумием и возможностью развития острых и затяжных психозов на отдаленных этапах болезни

Клиническая картина эпилепсии представляет собой сложный комплекс симптомов: психические расстройства тесно переплетаются с неврологическими и соматическими проявлениями.

«*Epilepsia*» в перев. от греческого — внезапно падать, неожиданно быть охваченным;

Синонимами являются также:

*morbus sacer, morbus divinus* — «священная болезнь»,

*morbus lunaticus* — «лунная болезнь» (так ее обозначали египтяне)

Эпилепсия относится к распространенным заболеваниям. В мире этим заболеванием страдают до 40 млн человек. Показатель болезненности составляет 0,63 %, а годовой заболеваемости — 0,05 %.

Наивысшие показатели заболеваемости отмечаются в первый год жизни, минимальные — между 30—40 годами и затем в позднем возрасте они вновь возрастают.

У 75 % пациентов первый приступ эпилепсии развивается до 18 лет, в 12—20 % случаев судорожные явления носят семейный характер.

Из числа всех больных ежегодно госпитализируются около 8—10 %.

Существенных различий в частоте эпилепсии у мужчин и женщин нет.

## **Бессудорожные пароксизмы:**

**с помрачением сознания** (сумеречные состояния, сновидные состояния с фантастическим грезоподобным бредом, амбулаторные автоматизмы) и

**без расстройства сознания** (аффективные пароксизмы, каталептические и нарколептические, психомоторные и другие припадки).

**Сумеречные расстройства сознания** крайне полиморфны по клиническим проявлениям — от сравнительно простых и элементарных действий, совершаемых больными, до сложных по структуре состояний с картиной внешне целесообразных действий или резчайшего возбуждения

Кратковременные пароксизмально возникающие сумеречные состояния принято называть **амбулаторными автоматизмами**.

Амбулаторные автоматизмы проявляются в виде автоматизированных действий, совершаемых больными при полной отрешенности от окружающего.

Выделяют оральные автоматизмы (приступы жевания, причмокивания, облизывания, глотания), ротаторные автоматизмы («vertigo») с автоматическими однообразными вращательными движениями на одном месте.

Нередко больной, будучи отрешенным от окружающей действительности, автоматически стряхивает с себя что-то. Иногда автоматизмы бывают более сложными, например больной начинает раздеваться, последовательно снимая с себя одежду.

К амбулаторным автоматизмам относятся и так называемые **фуги**, когда больные, находясь в состоянии помраченного сознания, бросаются бежать; бегство продолжается некоторое время, а затем больные приходят в себя.

При состояниях амбулаторного автоматизма известны случаи длительных миграций (**трансы**), однако чаще эти блуждания бывают сравнительно непродолжительными и выражаются в том, что больные проезжают нужную им остановку, проходят мимо своего дома и т.д.

## ***Сновидные состояния* (dreamy states Джексона) с фантастическим грезоподобным бредом.**

Они отличаются отсутствием полной амнезии периода помраченного сознания.

Больной амнезирует лишь окружающую обстановку, а разнообразные психопатологические расстройства, обычно в виде фантастического грезоподобного бреда, сохраняются в памяти.

Это позволяет рассматривать указанные состояния как бессудорожные пароксизмальные расстройства сознания, близкие в психопатологическом отношении к онейроидному помрачению сознания.



## Аффективные пароксизмы.

Чаще всего это эпизодически возникающие состояния **дисфории** с тоскливо-злобным аффектом, агрессивными тенденциями в отношении окружающих, стремлением к нанесению себе увечий.

В этом состоянии больные испытывают раздражение происходящим вокруг, всем недовольны, придираются к окружающим, причиняют себе боль (прижигают кожу папиросами, царапают себя и т.д.).

Сравнительно нередки пароксизмально возникающие **депрессивные состояния**, отличающиеся внезапным появлением депрессивных расстройств и столь же внезапным их исчезновением.

Встречаются также пароксизмальные депрессивные состояния, сопровождающиеся импульсивными влечениями, непреодолимой тягой к алкоголю (дипсомания), поджогам (пиромания), смене местопребывания (дромомания) и т.д.

Значительно реже аффективные пароксизмальные состояния сопровождаются **приподнято-экстатическим настроением**, внезапно возникающим и столь же внезапно заканчивающимся.

## ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Тугоподвижность, замедленность всех психических процессов, склонность к застреванию на деталях, обстоятельность, невозможность отличить главное от второстепенного, трудность переключения. полярность аффекта в виде сочетания аффективной вязкости, склонности застревать на тех или иных, особенно отрицательных, аффективных переживаниях, с одной стороны, и эксплозивность (взрывчатость) - с другой.

Эти особенности аффекта выражаются в таких типичных для больных эпилепсией характерологических особенностях, как злопамятность, мстительность, эгоцентризм, злобность, брутальность и др., а также педантизм, инфантилизм, религиозность.

Наряду с выраженной тугоподвижностью психических процессов у больных с **эпилептическим слабоумием** отмечаются:

- вялость,
- пассивность,
- безразличие к окружающему,
- аспонтанность,
- тупая примиренность с болезнью.

Мышление становится конкретно-описательным.

Утрачивается способность отделять главное от второстепенного, больной вязнет в мелочах и деталях.

Одновременно снижается память, оскудевает словарный запас, появляется олигофазия.

Вместе с тем при эпилептическом слабоумии нет свойственной эпилептической психике аффективной напряженности, злобности, эксплозивности, хотя нередко остаются черты угодливости, льстивости.

## ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ

- Психозы наступают у 2-5 % больных эпилепсией.
- Решающим фактором в их возникновении считается продолжительность заболевания.
- Часть случаев эпилептических психозов коррелирует с наличием эпилептического очага в **правой височной области**.

## Острые эпилептические психозы

Подразделяются на:

- **психозы с помрачением сознания** (сумеречные и онейроидные состояния) и
- **без помрачения сознания** (острые параноиды и аффективные психозы).

Каждый из перечисленных психозов может занимать различное место в клинической картине эпилепсии: они возникают вне связи с судорожным припадком, непосредственно предшествуют ему или следуют за ним.

# Сумеречные состояния сознания

Они продолжительны (до нескольких суток).

**Предприпадочные сумеречные состояния**, сочетающиеся с безотчетным страхом и вегетативными нарушениями.

**Послеприпадочные сумеречные состояния**, наблюдаемые относительно чаще, бывают более продолжительными и сложными по структуре.

Как правило, они наступают после серии больших судорожных припадков.

В послеприпадочном состоянии чаще наблюдаются галлюцинаторные и бредовые расстройства, они нередко сопровождаются хаотическим двигательным возбуждением, большой эмоциональной напряженностью и агрессией.

Иногда после них остается резидуальный бред.

# Эпилептический онейроид.

Наблюдаются сравнительно редко, возникает внезапно.

Значительное место в структуре психоза занимают иллюзорные расстройства религиозного фантастического содержания, а также зрительные и слуховые галлюцинации.

Окружающее воспринимается больными как ад или рай, сцена всенародного праздника или мировая катастрофа.

Себя больные обычно считают богами, апостолами, могущественными людьми, персонажами легенд, сказаний.

В этом качестве они участвуют в празднествах, мировых катаклизмах, общаются с Богом, выдающимися личностями настоящего и прошлого.

Аффективные расстройства проявляются экстазом, восторгом или страхом, гневом, ужасом, злобностью.

Моторные нарушения выражаются как заторможенностью, так и резчайшим возбуждением эпилептиформного типа.

Больные вспоминают содержание своих грез, но полностью амнезируют окружающую обстановку.

## **Острые эпилептические психозы без помрачения сознания.**

В эту группу входят острые параноиды и аффективные психозы.

**Острые параноиды** проявляются обычно чувственным бредом, достаточно изменчивым по содержанию.

Больные видят в окружающих своих преследователей, считают, что их хотят отравить, уничтожить самыми жестокими методами.

Движения и действия окружающих больные расценивают как угрожающие, в речи посторонних людей они слышат брань, намеки, насмешки.

Наряду с иллюзорным восприятием окружающего нередко истинные слуховые и зрительные галлюцинации.

Последние окрашены в ярко-синие и красные тона, подвижны, имеют устрашающий характер.

Больные резко возбуждены, тревожны, спасаются бегством от мнимых преследователей или, напротив, агрессивны, злобны, склонны к разрушительным действиям.

Иногда их поведение бывает изменчивым: тревожно-боязливое возбуждение сменяется злобно-агрессивным и наоборот.



# Острые аффективные психозы

Представлены:

**Депрессивными и маниакальными** состояниями разнообразной психопатологической структуры.

Возможны депрессии с дисфорическим оттенком, депрессивные состояния с витальной тоской, идеями самообвинения, заторможенностью.

Сравнительно нередки и депрессии с тревогой, ажитацией, развитием бредовых идей ипохондрического содержания и сенестопатиями.

Маниакальные состояния сопровождаются аффектом различной окраски и интенсивности: наряду с маниакально-экстатическими психозами наблюдаются мании со стремлением к деятельности и веселые бездеятельные мании.

**Хронические эпилептические психозы** проявляются паранойяльными, галлюцинаторно-параноидными и парафреническими состояниями, а также кататоническими расстройствами.

**Паранойяльные психозы** сопровождаются бредом обыденного содержания с различной фабулой (бред отношения, отравления, ущерба и др.), связанным с конкретными лицами (сослуживцами, соседями), но почти никогда не затрагивающим близких родственников больного.

Нередко наблюдается систематизированный ипохондрический бред: больные утверждают, что они страдают тем или иным заболеванием, связывают с ним развитие припадков, требуют всестороннего обследования, скрупулезно выполняют назначенные процедуры, педантичны в отношении приема лекарств.

Возможно развитие паранойяльных состояний религиозного содержания: в этих случаях больные утверждают, что они являются заместителями Бога на земле, их миссия — проповедовать религиозное учение, предсказывать «конец света», «страшный суд» и т.д.

## ***Галлюцинаторно-параноидные психозы.***

Определяются тесной связью бредовых расстройств с содержанием вербальных галлюцинаций, занимающих обычно центральное место в структуре синдрома, а также быстрым переходом галлюцинаторно-параноидного состояния в парафренное.

Как правило, вербальные галлюцинации имеют антагонистическую окраску: одни голоса говорят о больном как об убийце, садисте, кровопийце, другие — как о чистой и непорочной личности, сравнивают с «невинным младенцем».

Нередко возникает императивный галлюциноз: в одних случаях голоса заставляют больного совершать индифферентные поступки, в других требуют от него противоправных действий, например заставляют обнажать половые органы в присутствии детей, наносить повреждения «врагам» или себе.

Некоторые больные слышат голос Бога, который угрожает или одобряет их поступки, требует наказать нечестивцев, благословить приверженцев церкви и религии.

Хотя религиозная тематика бреда, равно как и набожность, у больных эпилепсией перестала быть типичным явлением, все же бредовые и галлюцинаторные расстройства с религиозным содержанием встречаются довольно часто.

# Парафренические состояния

Обычно имеют вид галлюцинаторной парафрении с рядом особенностей.

Это постепенное изменение галлюцинаций или (реже) псевдогаллюцинаций, появление мегаломанических бредовых идей, как правило, религиозного содержания, а также развитие речевых расстройств, напоминающих шизофазию.

Описываемым парафрениям свойственно экстатически-восторженное или благодушное настроение.

# Кататонические психозы.

В клинической картине этих психозов преобладают такие кататонические расстройства, как:

- субступор с негативизмом или пассивной подчиняемостью,
- субступор с мутизмом, постоянным стереотипным бормотанием или с импульсивным возбуждением.

Нередко кататонические расстройства проявляются пуэрильно-дурашливым поведением с гримасничаньем, стереотипиями, эхолоалией, ответами «мимо».

В последующем развивается регресс поведения.

# Противосудорожные препараты:

- Carbamazepin (tegretol, finlepsin, timonil)
- Acid valproic (convulex, depakin, orfiril)
- Clonazepam (antelepsin, rivotril)
- Gabapentin (neurontin),
- Lamotrigin (lamictal),
- Vigabatrina (sabil),
- Topiramate (topamax),
- Oxcarbazepine (trileptal),
- Felbamate (taloxa),
- Tiagabine (gabitrin).
- Fenitoin,
- Fenobarbital,
- Hexamidine,
- Etosuximide,
- Diazepam.

# Невротические расстройства

Conf.Universitar

D.S.M

Valentin OPREA

# Невротические расстройства

- Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства объединены в одну большую группу в силу их исторической связи с концепцией невроза и связи основной части этих расстройств с психологическими причинами.
- Комбинация симптомов, особенно тревожных и депрессивных, является общей при данных расстройствах.
- Около 25% населения в развитых странах будет страдать от невротических расстройств в течении жизни.
- За исключением социальной фобии, их частота выше среди женщин, чем среди мужчин.



# Невротические, Связанные со Стрессом и Соматоформные Расстройства (F40-F48)

- F40 Фобические тревожные расстройства
- F41 Другие тревожные расстройства
- F42 Обсессивно-компульсивные расстройства
- F43 Реакция на тяжёлый стресс и адаптация к расстройствам
- F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства
- F45 Соматоформные расстройства
- F48 Другие невротические расстройства

# F40 Фобические тревожные расстройства

F40 Фобические тревожные расстройства

F40.0 Агорафобия

F40.1 Социальные фобии

F40.2 Специфические (изолированные) фобии

F40.8 Другие фобические тревожные расстройства

F40.9 Фобическое тревожное расстройство неуточненное

# Фобические тревожные расстройства

- При агорафобии, социальных и специфических фобиях, тревога вызывается исключительно или преимущественно определенными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), которые в настоящее время не являются опасными.
- В результате эти ситуации обычно характерным образом избегаются или переносятся с чувством страха.

- Фобическая тревога субъективно, физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги и может различаться по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса. Обеспокоенность пациента может концентрироваться на отдельных симптомах, таких как сердцебиение или ощущение дурноты, и часто сочетается с вторичными страхами смерти, потери самоконтроля или сумасшествия.
- Тревога не уменьшается от сознания того, что другие люди не считают данную ситуацию столь опасной или угрожающей.

# Агорафобия

- «Агорафобия»- боязнь открытых пространств.
- Агорафобия включает в себя различные фобии, связанные со страхом покинуть дом: боязнь заходить в магазины, скопления людей, или публичных мест, или боязнь ездить одному в поездах, автобусах, метро или самолётах.
- Отсутствие немедленного доступа и выхода является одной из ключевых черт многих агорафобических ситуаций.
- Такое поведение избегания приводит к тому, что зачастую человек полностью изолируется в доме.
- Чаще всего этим страдают женщины, начало расстройства обычно приходится на ранний зрелый возраст.
- распространённость заболевания в течение жизни- 5—7%.
- Сопутствующие заболевания – панические расстройства; депрессивные и обсессивные симптомы и социальные фобии также могут присутствовать.

# Агорафобия

Предвосхищен  
ие тревоги

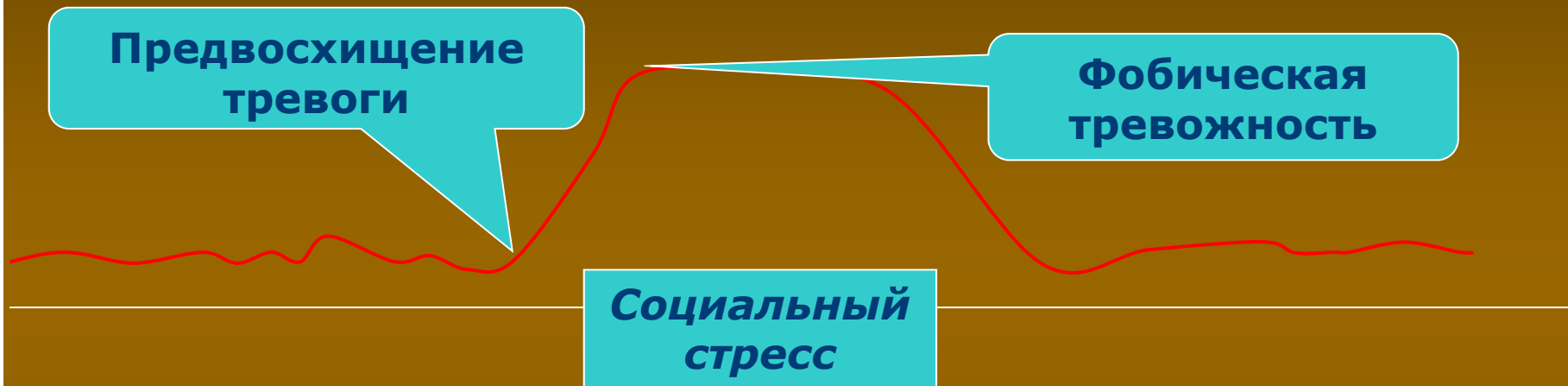
Фобическ  
ая  
тревога

Специфические  
ситуации

# Социальные фобии

- Клиническая картина- страх испытать внимание со стороны окружающих в сравнительно малых группах людей (в противоположность толпе), что приводит к избеганию общественных ситуаций.
- Страхи могут быть:
  - Дискретными - ограничиваясь только страхом еды на людях, публичных выступлений или встреч с противоположным полом
  - Диффузными - социальные ситуации вне семейного круга.
- Пугающим может быть прямое столкновение с глазу на глаз.
- Заниженная самооценка и боязнь критики.
- Симптомы могут прогрессировать вплоть до панических атак.
- Избегание – почти полная социальная изоляция.
- Начало – в детстве или подростковом возрасте.
- Распространённость в течение жизни - 10-13 %.
- Одинаково часто встречаются у мужчин и у женщин.
- Сопутствующий алкоголизм.

# Социальные фобии





# Специфические (изолированные) фобии

1. Боязнь нахождения рядом с какими-то животными
    - Пауки (арахнофобия)
    - Насекомые (энтомофобия)
    - Змеи (офидиофобия)
  2. Боязнь определённых ситуаций
    - Высота (акрофобия)
    - Гром (кераунофобия)
    - Темнота (никтофобия)
    - Закрытые пространства (клаустрофобия)
  3. Боязнь болезней, ран и медицинского осмотра
    - Посещение стоматолога
    - Вида крови (гемофобия) или ран (боли —одинофобия)
    - Боязнь заразиться венерическим заболеванием (сифилисофобия) или страх СПИДа.
- Обычно появляются в детстве или молодом возрасте и, если их не лечить, могут сохраняться десятилетиями.
  - Распространённость в течение жизни - 10-20%.

# F41 Другие тревожные расстройства

- F41 Другие тревожные расстройства
- F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность)
- F41.1 Генерализованное тревожное расстройство
- F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство
- F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства
- F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства
- F41.9 Тревожное расстройство неуточненное

# Паническое расстройство

- Основным признаком являются повторные приступы тяжелой тревоги (паники), которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами .
- Типичные симптомы: сердцебиение, боли в груди, ощущение удушья, головокружение и чувство нереальности (деперсонализация или дереализация).
- Обычно атаки продолжаются лишь минуты, хотя временами и дольше; их частота и течение расстройства довольно переменны.
- Частые и непредсказуемые панические атаки вызывают страх оставаться одному или появляться в людных местах.
- Пациенты часто думают, что они страдают серьезной соматической болезнью.
- Паническое расстройство протекает долго и осложняется различными сопутствующими заболеваниями, в половине случаев агорафобией.
- Распространённость в течение жизни 1-3%

# Паническое расстройство

**Панический приступ**

**Предвосхищение тревоги**



# Генерализованное тревожное расстройство

- Основной чертой является тревога, которая носит генерализованный и стойкий характер, но не ограничивается какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах.
- Симптомы: чувство постоянной нервозности, дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение и дискомфорт в эпигастральной области.
- Часто выражаются страхи, что больной или его родственник скоро заболеют, или с ними произойдет несчастный случай, а также другие разнообразные волнения и дурные предчувствия.
- Распространённость в течение жизни 4-6 %.
- Это расстройство более характерно для женщин и часто связано с хроническим средовым стрессом.
- Течение различно, но имеются тенденции к волнообразности и хронификации, связано с расстройствами, грустью и осложняется злоупотреблением алкоголя и наркотиков..

# Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

- Когда присутствуют симптомы как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являются отчетливо доминирующими или выраженными настолько, чтобы оправдать диагноз.
- Должны иметь место некоторые вегетативные симптомы (такие как тремор, сердцебиение, сухость во рту, бурление в животе и пр.).
- Пациенты с такой смесью сравнительно легких симптомов часто наблюдаются в

# Этиология тревожных расстройств

- Этиология тревожные расстройства точно не известна.
- Было установлено, что генетические факторы играют роль.
- Считается, что негенетические факторы, такие как различные стрессовые события на ранних или поздних стадиях онтогенеза, являются ещё более важными.
- Несколько различных нейротрансмиттерных систем вовлечены в эти расстройства, в том числе норадренергическая, ГАМК и серотонинергическая системы в некоторых частях мозга.
- Роль CO<sub>2</sub> в этиологии панического расстройства seriously обсуждается.

# Клиническое ведение тревожных расстройств

- Лечение тревожных расстройств:
  - различные психотерапевтические техники
    - когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)
    - психодинамические подходы
  - психофармакотерапия
    - бензодиазепины (алпразолам, клоназепам) - в течение нескольких недель (возможно развитие зависимости, развитие переносимости)
    - Буспирон – может развиваться незначительная зависимость; особенно в случае ГТР, не эффективен при приступах паники, необходимо продолжительное использование.
    - Бета-блокаторы – для краткосрочного лечения тревожности, особенно таких соматическиз симптомов, как тремор.
    - антигистаминные средства
    - различные типы антидепрессантов - SRIS (кломипрамин, циталопрам, флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, сертралин) , RIMA (моклобемид) and SNRI (венлафаксин); хорошо переносятся, не развивается зависимости
- Рекомендации: начать лечение с короткого курса бензодиазепина, а также антидепрессантов на более длительный курс и объединить медикаментозное лечение с различными видами психотерапии.



# Часто используемые анксиолитики

Препарат	Обычно используемая доза (мг)	Период полувыведения (часы)
Алпразолам	0,5-6	12-15
Бромазепам	3-15	12
Диазепам	5-30	24-72
Хлордиазепоксид	10-50	24-100
Клобазам	20-30	20
Клоназепам	1-8	34
Клоразепат	15-60	60
Лоразепам	1-4	11-13
Мезапам	10-30	29
Оксазепам	30-90	4-20
Тофизопам	50-300	6
Буспирон	20-30	2-11
Гидроксизин	300-400	12-20

# F42 Обсессивно-компульсивное расстройство

- F42 Обсессивно-компульсивное расстройство
- F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления
- F42.1 Преимущественно компульсивное действие (навязчивые ритуалы)
- F42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия
- F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства
- F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство неуточненное

# Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)

- Обсессивные мысли представляют собой идеи, образы или влечения, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному
- Они воспринимаются как собственные мысли, даже если возникают произвольно и невыносимы. Общие навязчивые идеи включают страх заражения, причинения вреда другим людям или согрешения.
- Компульсии являются повторяющимися, целенаправленными и преднамеренными поведениями или психическими действиями, совершёнными в ответ на навязчивые идеи или в соответствии с определёнными правилами, которые должны строго применяться. Компульсии призваны нейтрализовать или уменьшить дискомфорт или предотвратить страшные события или ситуации.
- Вегетативные симптомы тревоги часто присутствуют..
- Часто встречаются сопутствующие заболевания, связанные с депрессией (около 80%) – суицидальные мысли. Обсессивно-компульсивные симптомы могут появиться на ранних стадиях шизофрении.
- Распространённость заболевания в течение жизни - 2 - 3%. Одинаково часто встречаются среди мужчин и женщин. Протекают по-разному и часто могут быть хроническими

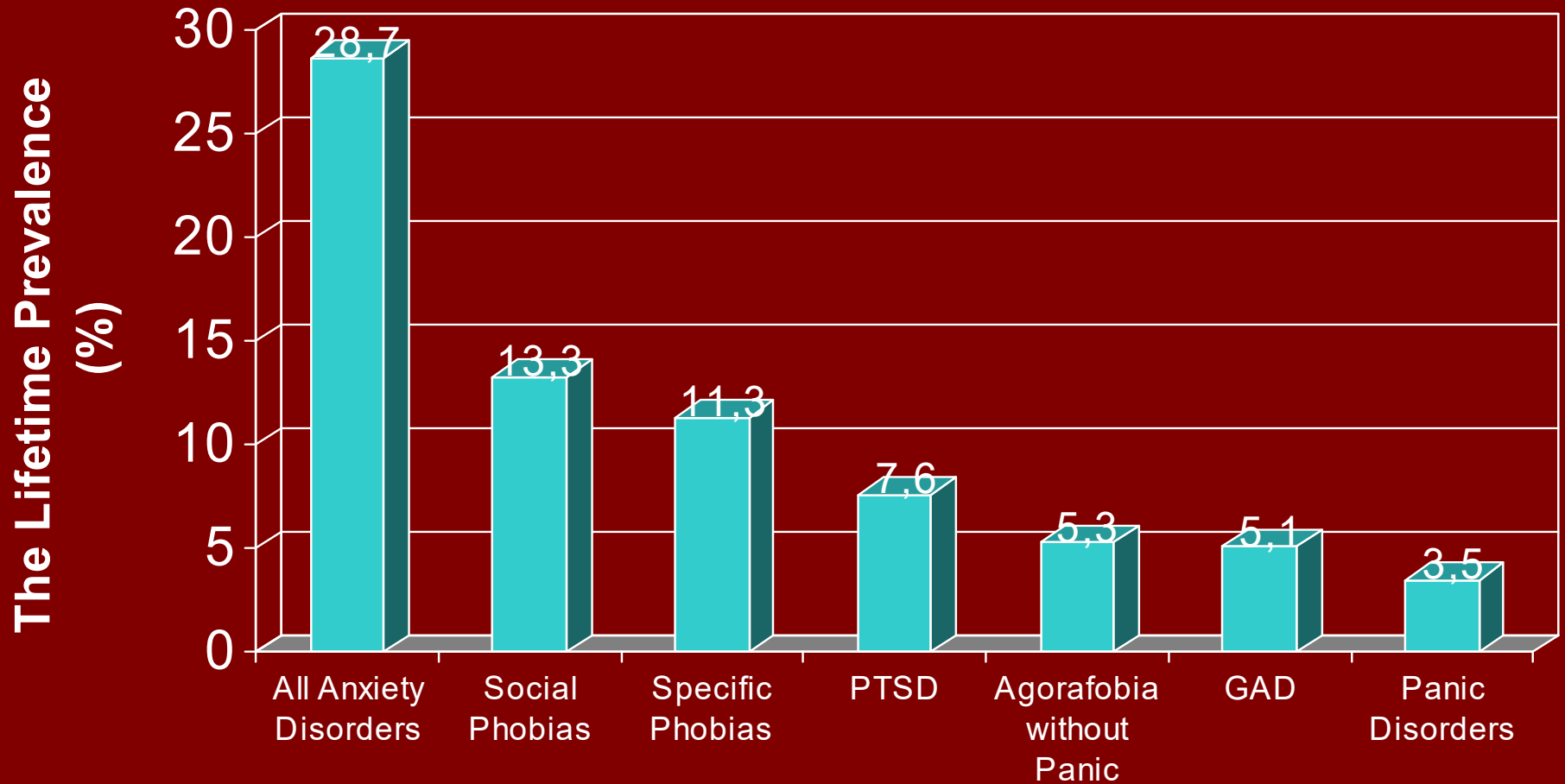
# Этиология ОКР

- Нейробиологическая модель получила широкую поддержку в прошлом десятилетии. ОКР чаще возникает у лиц, которые страдают различными неврологическими расстройствами, в том числе травмы головы, эпилепсия, хореи Сиденхэма и Гентингтона. ОКР также связывают с родовой травмой, аномальными ЭЭГ, усилением отклонений, отклонениями в результатах нейропсихологических тестов. Недавно вид ОКР был определен у детей после инфекций бета-стрептококковой группы.
- Наиболее изученная биохимическая модель уделила особое внимание нейротрансмиттерному серотонину, потому что SRIs эффективны в лечении пациентов с ОКР.
- Изучение построений изображений мозга дало некоторые доказательства вовлечения подкорковых узлов среди людей, страдающих ОКР.

# Клиническое ведение

- Лечение ОКР обычно рассматривалось как сложный и неудовлетворительный процесс. Последние открытия существенно изменили эту картину.
- Фармакотерапия
  - антидепрессанты, влияющие на центральную серотонинергическую систему (кломипрамин и СИОЗС); более высокие дозы препаратов, необходимых для лечения ОКР, чем при депрессии, и эффект часто задерживается.
- Когнитивно-поведенческая терапия
- Семейная терапия
- Группы поддержки пациентов

# Эпидемиология



Kessler et al., 1995

# F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

- F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства
- F44.0 Диссоциативная амнезия
- F44.1 Диссоциативная фуга
- F44.2 Диссоциативный ступор
- F44.3 Транс и одержимость
- F44.4 Диссоциативные расстройства движений и ощущений
- F44.5 Диссоциативные конвульсии
- F44.6 Диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия
- F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства
- F44.8 Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства
- F44.9 Диссоциативное (конверсионное) расстройство неуточненное

# Диссоциативные (конверсионные) расстройства

- Общие признаки, которые характеризуют диссоциативные и конверсионные расстройства, заключаются в частичной или полной потере нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознании идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контролировании движений тела, с другой. Обычно существует значительная степень сознательного контроля над памятью и ощущениями, которые могут быть выбраны для непосредственного внимания, и над движениями, которые надо выполнить.
- Термина "конверсионная истерия" следует избегать, потому что он вводит в заблуждение и приводит к стигме.
- Распространенность точно не известна (до 10%).
- Внезапное начало и прекращение диссоциативных состояний.
- Существует несколько форм диссоциативных синдромов.



# Диссоциативная амнезия

- Основной признак - потеря памяти, обычно на недавние важные события. Она не обусловлена органическим психическим заболеванием и слишком выражена, чтобы быть объясненной обычной забывчивостью или усталостью.
- Амнезия обычно фокусируется на травматических событиях, таких как несчастные случаи или неожиданная потеря близких, обычно она является парциальной и селективной.
- Амнезия обычно развивается внезапно и может длиться от нескольких минут до нескольких дней.
- Дифференциальный диагноз: сложный; он необходим, чтобы исключить все органические расстройства мозга, а также различные интоксикации. Самой сложной дифференциацией является дифференциация от сознательного моделирования – симуляции.

# Диссоциативный Ступор

- Пациент страдает от снижения или отсутствия произвольных движений и нормальных реакций на внешние стимулы, такие как свет, шум, прикосновение.
- Длительное время больной лежит или сидит неподвижно.
- Полностью отсутствуют речь и спонтанные и целенаправленные движения.
- Мышечный тонус, положение тела, дыхание, а иногда и открывание глаз и координированные движения глаз таковы, что становится понятным, что больной не находится ни в состоянии сна, ни в бессознательном состоянии.
- Дополнительно обнаруживается психогенная обусловленность в форме недавних стрессовых событий или выраженных межперсональных или социальных проблем.

# Транс и одержимость

- Расстройства, при которых имеется временная потеря как чувства личностной идентичности, так и полного осознания окружающего. В некоторых случаях отдельные поступки управляются другой личностью, духом, божеством или «силой». Часто наблюдается ограниченный, но повторяющийся набор движений, поз и высказываний.

# Диссоциативные расстройства движений и ощущений

- Потеря или затруднения движений или утрата ощущений (обычно кожной чувствительности). Легкие и транзиторные варианты этих расстройств часто наблюдаются в подростковом возрасте, особенно у девочек, но хронические варианты обычно встречаются в молодом возрасте.
- Диссоциативные расстройства движений
- Диссоциативные конвульсии
- Диссоциативная анестезия
- Синдром Ганзера – „приблизительные” или неверные ответы
- Расстройство множественной личности означает существование у индивидуума двух или более разных личностей, проявляющихся неодновременно (Mr. Jekyll and Mr. Hyde). Каждая личность полноценна, со своими воспоминаниями, поведением и предпочтениями, и ни у одной из них нет доступа к воспоминаниям другой и обе личности практически всегда не знают о существовании друг друга. Переключение с одной личности на другую, в первый

# Клиническое ведение

- Психотерапия является методом выбора лечения диссоциативных расстройств (например, психодинамические программы, гипноз).
- Медикаменты не подтвердили своей эффективности, за исключением натрия амобарбитала.

# F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации

- F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации
- F43.0 Острая реакция на стресс
- F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство
- F43.2 Расстройство приспособительных реакций
- F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс
- F43.9 Реакция на тяжелый стресс неуточненная

# Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации

- Эта категория отличается от других тем, что включает расстройства, которые определяются не только на основе симптоматологии и течения, но и на основании наличия одного или другого из двух причинных факторов:
  - исключительно сильного стрессового жизненного события(н-р природные или искусственные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления),вызывающего острую стрессовую реакцию
  - значительные изменения в жизни, приводящего к продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам, в результате чего развивается расстройство адаптации

Стрессовые события являются первичным и основным причинным фактором, и расстройство не возникло бы без их влияния.

# Острая реакция на стресс

- Транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный физический и психологический стресс .
- Расстройство развивается не у всех людей, подвергшихся сильному стрессу.
- Симптомы : начальное состояние "оглушенности" с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы и дезориентация. Это состояние может сопровождаться или дальнейшим уходом от окружающей ситуации (вплоть до диссоциативного ступора), или возбуждением и гиперактивностью.
- Часто присутствуют вегетативные признаки панической тревоги (тахикардия, потение, покраснение).
- Обычно симптомы развиваются в течение минут после воздействия стрессового раздражителя или события и



# Посттравматическое стрессовое расстройство(ПТСР)

- ПТСР возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера.
- Основные признаки ПТСР включают
  - 1) повторное переживание травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций)
  - 2) чувство "оцепенелости" и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей
  - 3) состояние повышенной вегетативной возбудимости с повышением уровня бодрствования, усилением реакции испуга и бессонницейОбычно индивидуум боится и избегает того, что ему напоминает об изначальной травме. С вышеперечисленными симптомами и признаками обычно сочетаются тревога и депрессия, нередкой является суицидальная идеация, осложняющим фактором может быть избыточное употребление алкоголя или наркотиков.
- Начало данного расстройства возникает вслед за травмой после латентного периода, который может варьировать от нескольких недель до месяцев (но редко более 6 месяцев).
- Распространённость в течение жизни - 0.5% среди мужчин и 1.2% среди женщин.

# Посттравматическое стрессовое расстройство(ПТСР)



# Клиническое ведение

- Фармакологический подход:
  - Лечение антидепрессантами
  - Краткий курс бензодиазепинов
  - Стабилизаторы настроения (карбамазепин, вальпроат)
  - нейрорептики
- Психотерапия также важно – КПТ с использованием обучения и методов воздействия
- Групповая терапия, семейная терапия и группы самопомощи также рекомендуются.

# Расстройство приспособительных реакций

- Состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию, таких как серьезная физическая болезнь), потеря близких, переживание разлуки, миграция, положение беженца.
- Клиническая картина: депрессивное настроение, тревогу, беспокойство; чувство неспособности справиться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации; а также некоторую степень снижения продуктивности в ежедневных делах.
- Начало обычно в течение месяца; продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 месяцев .
- Чаще встречается среди женщин, неженатых и молодых людей.
- Психотерапия является первичным лечением при данном расстройстве. Симптоматическое лечение может включать в себя краткосрочное лечение гипнозом и бензодиазепином.

# F45 Соматоформные расстройства

- F45 Соматоформные расстройства
- F45.0 Соматизированное расстройство
- F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство
- F45.2 Ипохондрическое расстройство
- F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы
- F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство
- F45.8 Другие соматоформные расстройства
- F45.9 Соматоформное расстройство неуточненное

# F45 Соматоформные расстройства

- Главным признаком соматоформных расстройств является повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики.
- До того как пациента направят в психиатрические услуги, у него обычно имеется богатая история контактов с первичной медицинской помощью и специализированными услугами здравоохранения.
- Характеристики соматоформных расстройств:
  1. Соматические жалобы на многочисленные заболевания без демонстрации нарушения периферического органа
  2. Физиологические проблемы и конфликты, которые являются важными при возникновении, усугублении и существовании расстройства.

# F45.0 Соматизированное расстройство

## Диагностические указания

Достоверный диагноз требует наличия всех нижеприведенных признаков:

- a) наличие в течение не менее 2 лет множественных и переменных соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения,
- b) постоянное неверие различным врачам, которые пытались разубедить пациента в существовании органической причины их симптомов, и отказ следовать их советам,
- c) некоторая часть нарушения социального и семейного функционирования может быть отнесена за счет природы симптомов и обусловленного ими поведения.

# F45.0 Соматизированное расстройство

## Дифференциальный диагноз

- Медицинские состояния можно спутать с соматоформными расстройствами, особенно в самом начале их развития (рассеянный склероз, опухоли головного мозга, гиперпаратиреоз, гипертиреоз, красная волчанка).
- Вероятность появления независимого соматического расстройства у таких больных не ниже, чем у обычных людей в том же возрасте. Особое внимание в случае смены акцентов в жалобах больных или их стабильности, когда нужно продолжение обследований.
- Аффективные (депрессивные) и тревожные расстройства сопровождают соматизированные расстройства, однако их не следует описывать отдельно за исключением тех случаев, когда они достаточно явны и стабильны.



# F45.0 Соматизированное расстройство

## Терапия и прогноз

- Хроническое рецидивирующее состояние, начинающееся в подростковом возрасте или даже в старости.
- Новые симптомы во время эмоционального стресса.
- Типичные эпизоды длятся от 6 до 9 месяцев; время покоя от 9 до 12 месяцев.
- Стратегии ведения:
  1. Доверительные отношения между пациентом и одним (по возможности) врачом из первичной помощи.
  2. Назначить регулярные посещения каждые 4 или 6 недель
  3. Амбулаторные визиты должны быть короткими, по меньшей мере, частичное физическое обследование во время каждого визита, направленного на тот орган, на который поступают жалобы.
  4. Понимать симптомы как эмоциональные послания, а не признаки новой болезни, искать признаки болезни, а не сосредотачиваться на симптоме.
  5. Избегать диагностических тестов, лабораторных исследований оперативных процедур, если они чётко не прописаны.
  6. Поставить цель – переместить выбранные соматизированные расстройства в систему психического здоровья.
- Групповая терапия (ограничена во времени, ориентирована на поведение и структурированную группу).

# F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

- Эта категория должна использоваться в случаях, когда соматические жалобы множественны, переменны и длительны, но в то же время полная и типичная клиническая картина соматизированного расстройства не обнаруживается.
- Отсутствует психологическая обусловленность симптомов для установления диагноза.
- Дифференциальный диагноз:
  - часто встречаются в депрессии и шизофрении.
  - Многочисленные соматические жалобы
  - Начинается в возрасте до 30 лет
  - Расстройства адаптации с необъяснимыми соматическими жалобами должны длиться менее 6 месяцев.
- Терапия и прогноз:
  - Хронические и рецидивирующие, но в некоторых случаях испытывается только один эпизод
  - Лечение – такое же как и при соматизированных расстройствах

# F45.2 Ипохондрическое расстройство

- Основной признак заключается в постоянной озабоченности возможностью заболевания несколькими или одним более тяжелым и прогрессирующим физическим расстройством.
- Пациенты постоянно предъявляют соматические жалобы или проявляют озабоченность своим физическим видом.
- Страх основан на неверной интерпретации физических знаков и ощущений.
- Врач, осмотры не выявляют никаких физических расстройств, но страх и убеждения остаются, несмотря на убеждения специалистов.

# F45.2 Ипохондрическое расстройство

## Диагностические указания

- Для достоверного диагноза необходимо наличие обоих критериев:
    1. наличие постоянных идей о существовании одного или более тяжелых соматических заболеваний, обуславливающих имеющийся симптом или симптомы, или фиксация на предполагаемом уродстве, причем указанная идея сохраняется, несмотря на то, что не обнаружено адекватное соматическое объяснение соответствующим жалобам
    2. постоянное неверие различным докторам, пытающимся убедить пациента в отсутствии соматической болезни, обуславливающей их симптомы
- Включает: • расстройство, выражающееся в озабоченности собственным здоровьем, дисморфофобия (небредовая), ипохондрический невроз; ипохондрия;

# F45.2 Ипохондрическое расстройство

## Дифференциальный диагноз

- Основное – исключает лежащие в основе органические заболевания.
- Основное соматоформное расстройство, которое необходимо отличать от ипохондрии, это соматизированное расстройство.
- Ипохондрию необходимо отличать от имитируемого расстройства с преимущественно физическими признаками и от симуляции.

# F45.2 Ипохондрические расстройства

## Терапия и прогноз

- Обычно болезнь длится долго, её эпизоды могут длиться месяцы и годы. Рецидивы возникают в результате психосоциального стресса.
- Более высокий социально-экономический статус, наличие состояний, поддающихся лечению, тревожность и депрессия, острое начало, отсутствие расстройства личности и сопутствующих органических заболеваний свидетельствуют о лучших результатах.
- Не было описано научно-обоснованного лечения.
- Пациенты категорически отказываются от услуг специалистов в области психического здоровья и остаются в системе первой медицинской помощи.
- Стратегии ведения и групповая терапия, такие же как и при соматизированных расстройствах, могут

# F45.4 устойчивое соматоформное болевое расстройство

- Ведущей жалобой является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль, которая полностью не может быть объяснена физиологическим процессом или соматическим расстройством.
- Боль возникает в связи с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами.
- Выражение хронической боли может изменяться в зависимости от личности и культуры.
- Пациент не симулирует и жалобам по поводу интенсивности боли нужно верить.

## F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство Диагностические указания

- Клиническое обследование должно сосредоточиться на
  - а) Степени, до которой пациента блокирует боль
  - б) Степени осложняющих эмоциональных факторов и сопутствующих психиатрических состояний
- Включает: психалгию, психогенные боли в спине или головные боли, соматоформные болевые расстройства.



# F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство

## Дифференциальный диагноз

- Не включают:
  - Боль, предположительно психологического происхождения, которая появляется при депрессии или шизофрении.
  - Боль, причиняемая известными или предполагаемыми психологическими механизмами, такими как мышечное напряжение или мигрени, но если предполагается, что в её основе лежит психологическая причина, она кодируется как R54
  - Соматоформное болевое расстройство нужно отличать от демонстративного поведения, возникающего как реакция на органическую боль.
- Исключает боли в спине неуточнённые (M54.9), боли неуточнённые (острые, хронические) (R52.-), головная боль, связанная с напряжением (G44.2).

# F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство

## Терапия и прогностика

- Как только диагноз установлен, регулярное амбулаторное лечение должно проводиться.
- Пациенты должны быть уверены, что лечение продолжается, если есть некоторые улучшения.
- Пациенты, подверженные болевой реакции на стресс, обычно демонстрируют слабое или нестабильное улучшение.
- Состояние пациентов с сопутствующими депрессиями можно улучшить антидепрессантами.
- Лечение любого болевого расстройства должно быть мультидисциплинарным и многосторонним с самого его проявления.

# F45.8 Другие соматоформные расстройства

- При этих расстройствах жалобы больных не опосредуются вегетативной нервной системой и ограничиваются отдельными системами либо частями тела; .
- Любые другие расстройства ощущений, возникающие вне связи с органическими расстройствами, которые тесно связаны по времени со стрессорными событиями и проблемами или приводят к значительно возрастающему вниманию к пациенту либо со стороны отдельных лиц, либо медиков. Личная и медицинская помощь также должна классифицироваться здесь.
- Отеки, движение на коже и парестезии (покалывание и / или онемение) являются характерными.
- Расстройства, которые входят в данную категорию:
  - а) «Истерический ком»
  - б) психогенная кривошея и другие расстройства спазматических движений (за исключением синдрома Туретта)
  - в) психогенный зуд, за исключением специфических поражений кожи, таких как алопеция, дерматит, экзема или уртикарии психогенного генеза

# Другие невротические расстройства

- F48 Другие невротические расстройства
- F48.0 Неврастения
- F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации
- F48.8 Другие уточненные невротические расстройства
- F48.9 Невротические расстройства, неуточнённые

## АЛКОГОЛИЗМ:

Вызванное злоупотреблением спиртных напитков хроническое психическое заболевание, характеризующиеся **патологическим влечением** к алкоголю и связанная с ним **физическими и психическими** последствиями интоксикации нарастающей тяжести. На отдельных этапах заболевания могут возникать **психотические расстройства**, связанные как с хроническим отравлением алкоголем, так и вызванные им нарушения метаболизма, в особенности функции печени. На исходной стадии алкоголизма развивается деменция.



# Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя F 10

- Алкоголь - наиболее широко используемое в населении ПАВ, угнетающее деятельность ЦНС и вызывающее интоксикацию (опьянение).
- Алкоголь придает чувство спокойствия и расслабленности, а также влияет на память. Он влияет на моторные функции, на дыхание, скорость реакции, регуляцию температуры тела и аппетит.

## Различают:

1. Острая интоксикация (алкогольное опьянение):
  - Простое алкогольное опьянение
  - Измененные формы алкогольного опьянения
2. Патологическое опьянение
3. Хроническая интоксикация (алкоголизм)
4. Алкогольные (металкогольные) психозы

Алкоголь оказывает такое воздействие, потому что влияет сразу на несколько медиаторов

- дофамин,
- серотонин,
- эндорфины,
- гаммааминобутириновую кислоту (ГАБА)
- глутамат.

# Классификация психических и поведенческих расстройств в результате употребления алкоголя по МКБ-10

F 10 - психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя:

- F 10.0 – острая алкогольная интоксикация
- F 10.07 – патологическое опьянение
- F 10.1. – употребление алкоголя с вредными последствиями
- F 10.2. – синдром зависимости от алкоголя
- F 10.3. – состояние отмены, в результате употребления алкоголя
- F 10.4. – состояние отмены с делирием в результате употребления алкоголя
- F 10.5. – психотические расстройства в результате употребления алкоголя
- F 10.6. – алкогольный амнестический синдром



## Синдром зависимости от алкоголя:

1. Сильное желание принять алкоголь
2. Нарушение способности контролировать его потребление
3. Появление тенденции употреблять алкоголь ежедневно (рабочие дни, выходные)
4. Прогрессирующее пренебрежение альтернативными удовольствиями
5. Продолжение употребление алкоголя, несмотря на очевидные вредные последствия
6. Абстинентный синдром
7. Опохмелье
8. Повышение толерантности к алкоголю
9. Согласно МКБ-10 достаточно 3-х симптомов для установления диагноза

## Патологическое алкогольное опьянение:

встречается на фоне переутомления, острых психогенных реакций, при сопутствующей психической, неврологической и соматической патологии и при злоупотреблении суррогатами алкоголя.

### Выделяются:

- 1 маниакальноподобный,
- 2 психопатоподобный,
- 3 дисфорический
- 4 истерический .
5. эпилептоидный
6. параноидный

# Начало патологического опьянения проявляется

- остро возникшей тревогой,
- страхом,
- растерянностью,
- отчуждением от окружающей среды.
- внешняя обстановка воспринимается как угрожающая.
- могут развиваться зрительный, вербальный или сценородобный галлюцинозы.
- больные совершают сложные целенаправленные действия с нормальной координацией, но бедной речевой продукцией.
- патологическое опьянение продолжается короткое время (от минут до нескольких часов),
- развивается в ответ на различные дозы алкоголя
- заканчивается внезапно наступающим сном.
- после пробуждения отмечается полная или резко выраженная амнезия на имевшие место события.

## Различают:

1. *истинные запои*
2. *псевдозапои.*



## Истинные запои:

- появляются на 3-й стадии
- им предшествует спонтанно возникшее влечение к алкоголю
- окончание из-за физической невозможности больше пить и отвращению к алкоголю
- перемежаются полной или почти полной трезвостью, на фоне которой влечение к алкоголю существенно редуцировано, или вообще отсутствует.

## Предвестниками истинного запоя являются:

- обострение тяги к алкоголю,
  - снижение настроения,
  - нарастание тревоги,
  - дисфорические явления,
  - бессоница
- эти явления наблюдаются и непосредственно в период запоя.
- часто сочетаются с тяжелыми дисфориями или депрессиями и имеют характер правильной периодичности,
  - такая форма употребления алкоголя получила название "дипсомания".
  - в конце истинного запоя толерантность к алкоголю падает.

## Псевдозапой:

- появляются на 2-й стадии
- начало и окончание обусловлено внешними факторами (получение зарплаты, отсутствие денег) ситуационно
- обусловлены, т.е. периодичность их зависит от внешних причин (праздники, выходные дни, дни зарплаты и т.д.).
- обычно они появляются на фоне систематического пьянства.
- псевдозапой не сопровождается глубоким снижением настроения
- могут проявляться атипичным опьянением, особенно в случаях, когда запой спровоцирован психогенными факторами.

## Для первой стадии алкоголизма характерно:

- желание опохмелиться появляется во второй половине, в связи с обстоятельствами социального-этического характера может легко подавляться.
- пьянство постепенно теряет культуральные мотивы.
- алкоголь все чаще рассматривается индивидом как атактическое средство
- больные указывают также стимулирующий эффект алкоголя.
- мнестические нарушения в опьянении не характерны.
- алкоголизация становится регулярной,
- растет толерантность.
- в редких случаях алкоголизм изначально протекает с истинными запоями.
- социальная адаптация, как правило, не страдает.
- психические нарушения исчерпываются незначительной астенизацией и обсессивным влечением к алкоголю.



Для 1-й стадии алкоголизма характерно:

### 1.1. Синдром измененной реактивности:

**- изменение толерантности:**

- повышение толерантности в 4-5 раз

**- исчезновение защитных механизмов:**

- исчезновение рвотного рефлекса
- исчезновение отвращения к алкоголю после интоксикации

**- изменение формы опьянения:**

- палимпсесты (забывание отдельных событий)
- заострение характерологических особенностей
- физиологический эффект алкоголя сохранен

**- изменение формы потребления:**

- систематическое

Для 1-й стадии алкоголизма характерно:

## 1.2. Синдром психической зависимости:

### - психическое влечение:

- Обсессия, не осознается, определяется по поведению

### - потребность в психическом комфорте:

- Невозможность испытать положительные эмоции без интоксикации

## 1.3. Синдромы физической зависимости:

### - компульсивное влечение:

- отсутствует

### - потребность в физическом комфорте:

- отсутствует

### - абстинентный синдром:

- отсутствует

## 2 стадия характеризуется:

- максимальной выраженностью "больших наркоманических синдромов".
- патологическое влечение к алкоголю приобретает неудержимый, **компульсивный** характер.
- в опьянении полностью теряется контроль над количеством выпиваемого алкоголя, а во многих случаях - и ситуационный.
- появляются истинные запои.
- личностные особенности заостряются, поведение приобретает психопатоподобную окраску.
- абстинентный синдром проявляется не только вегетативными, но и выраженными психическими и неврологическими расстройствами.
- желание опохмелиться возникает с утра и сохраняется днем.
- абстиненция возникает после каждого алкогольного эксцесса.
- типичными проявлениями являются резко сниженное настроение с тревогой, чувством внутреннего напряжения, непоседливостью, опасениями за свое здоровье, идеями самоуничтожения.
- у личностей возбудимого круга в состоянии абстиненции развивается тяжелая дисфория.
- очень характерны суицидальные мысли.
- бессонница буквально преследует алкоголиков. Расстройства сна сопровождаются кошмарными сновидениями и частыми пробуждениями.

## 2 стадия алкоголизма характеризуется:

- вегетативные нарушения проявляются сильным потоотделением, стойкой тахикардией, подъемом артериального давления, размахистым тремором конечностей, языка, а иногда и генерализованным тремором.
- в первые дни абстиненции могут развиваться генерализованные или abortивные судорожные припадки.
- аффективные и вегетативные нарушения без лечения постепенно убывают к пятым - шестым суткам и сменяются выраженной астенией.
- при этом суточные колебания настроения, бессонница, быстрая утомляемость с вегетативными компонентами могут сохраняться до полугода и более.
- манифестируют соматические заболевания, связанные с алкоголизацией- жировая дистрофия печени с повышением активности трансаминаз, панкреатит и миокардиодистрофия.
- социальный рост прекращается и постепенно становится очевидным снижение способности индивида адаптироваться к меняющимся условиям социальной среды.

## 2 стадия алкоголизма:

### 2.1. Синдром измененной реактивности:

#### - исчезновение защитных механизмов:

- При передозировке не проявляются

#### - исчезновение формы потребления:

- Амнезия
- Патологические личностные реакции
- Стимулирующий эффект алкоголя

#### - изменение толерантности:

- Повышение в 5-8 раз

## 2 стадия алкоголизма: 2.2. Синдром психической зависимости:

### - психическое влечение:

- Обсессивное (в светлые промежутки)

### - потребность в психическом комфорте:

- Психический комфорт только в интоксикации

## 2.3. Синдром физической зависимости:

### - компульсивное поведение:

- Появление в начале употребления
- В структуре ААС (алкогольного абстинентного синдрома)
- Актуализация в светлые промежутки

### - потребность в физическом комфорте:

- Физический комфорт только в периоде интоксикации

### - абстинентный синдром:

- сформирован

## В третьей стадии алкоголизма происходит:

- падение толерантности к алкоголю,
- дальнейшее утяжеление абстинентного синдрома
- быстрое нарастание интеллектуально-мнестического дефекта вплоть до слабоумия (алкогольная деградация личности, Корсаковский синдром и др.). –
- психические компоненты абстиненции приобретают параноидные черты.
- элементарные нарушения восприятия,
- немотивированный страх,
- сверхценные идеи отношения, преследования, виновности и другие включения субпсихотического и психотического регистров.
- симптомы абстиненции достигают такой степени выраженности, что иногда бывают опасны для жизни больного.
- в частных случаях на первый план могут выходить обратимые психоорганические расстройства: оглушение, головокружение, атаксия, генерализованный тремор, судорожные припадки, дизартрия, анизорефлексия, нистагм и пирамидные знаки.
- соматические расстройства хронизируются.
- больные выглядят существенно старше своих лет.
- отмечается социальная деградация.

Для 3-й стадии алкоголизма характерно:

### 3.1. Синдром измененной реактивности:

- **исчезновение защитных механизмов:**

- При передозировке не проявляются

- **изменение формы потребления:**

- Истинные запои или постоянное потребление с низкой толерантностью

- **изменение формы опьянения:**

- Амнезия постоянно
- Патологические личностные реакции
- Тонизирующий эффект алкоголя

- **изменение толерантности:**

- Снижение



Для 3-й стадии алкоголизма характерно:

### 3.2. Синдром психической зависимости:

- **психическое влечение:**

- Обсессивное

- **потребность в психическом комфорте:**

- Психический дискомфорт в любом состоянии

### 3.3. Синдром физической зависимости:

- **компульсивное влечение:**

- Определяет характер потребления

- **потребность в физическом комфорте:**

- Алкоголь частично снижает физический дискомфорт

- **абстинентный синдром:**

- Выражен (в 1,5 раза длительнее периода пьянства)

## Симптомы алкогольного абстинентного синдрома (ААС):

- **Соматические:**

Тахикардия, гипертензия, гиперимия, гипергидроз, жажда, обострение сопутствующих заболеваний ЖКТ (панкреатита, гастрита, холецистита, гепатита)

- **Неврологические:**

Тремор, головная боль, судорожные припадки

- **Психопатологические:**

Астения, тревога, двигательное беспокойство, возбуждение, бессонница, кошмары, интенсивное влечение к алкоголю — главный диагностический критерий.

## Для второй и третьей стадии алкоголизма характерны алкогольные психозы:

- развиваются в состоянии абстиненции.
- как правило, манифестируют в вечерне-ночное время,
- наиболее часто возникают после тяжелых и длительных запоев,
- при употреблении суррогатов алкоголя,
- на фоне декомпенсированной соматической патологии и
- у личностей с признаками органического поражения головного мозга.
- полиморфизм клинических проявлений,

## Алкогольные психозы:

Выделяют:

- 1.острые,
- 2.затяжные
- 3.хронические психозы

А также ведущие в клинической картине психопатологические синдромы:

- делириозный,
- галлюцинаторный,
- параноидный,
- бредовый и др.

## Выделяют следующие алкогольные (металкогольные) психозы:

### *1. Алкогольные делирий:*

- абортивный,
- типичный,
- мусситирующий,
- атипичный: систематизированный, с вербальным псевдогаллюцинозом, с транзиторным онейроидом, психическими автоматизмами;
- острое течение).

## Выделяют следующие алкогольные (металкогольные) психозы:

### *2. Алкогольные галлюцинозы*

- вербальный галлюциноз,
- галлюциноз с чувственным бредом,
- галлюциноз с психическими автоматизмами;
- острый, затяжной и хронический типы течения.

### *3. Алкогольные бредовые психозы*

- алкогольный параноид,
- алкогольный бред ревности;
- острый, затяжной и хронический типы течения.

Психозы считаются острыми, если редуцируются в течении месяца; затяжные психозы продолжаются до шести, а хронические свыше шести месяцев.

## Выделяют следующие алкогольные (металкогольные) психозы:

### 4. *Алкогольные энцефалопатии*

- острая энцефалопатия,
- хроническая энцефалопатия,
- энцефалопатия Гайе-Вернике,
- алкогольный псевдопаралич.

## Клиника делирия.

- на фоне современной терапии алкогольный делирий продолжается не более 10 суток.
- возможна трансформация делирия в галлюциноз или параноид. Манифестирует с выраженной тревогой и стойкой бессонницей, на фоне которых появляются парейдолические иллюзии.
- иллюзорное восприятие окружающей обстановки быстро сменяется зрительными и вербальными галлюцинациями.
- сознание в этот период оценивается как ундулирующее: при активации больного галлюциноз на короткое время может претерпеть существенную редукцию вплоть до полного исчезновения.



## Клиника делирия

- характерны кратковременные транзиторные состояния помрачения сознания с нарушением ориентировки, которые больные описывают как "провалы", "забытье", "кошмары" (абортивный делирий).
- симптоматика сохраняется мерцающей от нескольких часов до суток, после чего галлюциноз становится статичным состоянием.
- галлюцинации носят угрожающий характер.
- галлюциноз постепенно усложняется, становится сценоподобным.
- одновременно нарастает оглушение.
- теряется ориентировка в месте и времени, но сохраняется в собственной личности (типичный делирий).

## Клиника делирия

- характерны переживания бытового профессионального плана.
- нарастание признаков помрачения сознания сопровождается уменьшением двигательной и речевой продукции.
- активность больного ограничена постелью.
- больной безучастен к окружающей обстановке, перебирает пальцами одеяло, что-то неразборчиво бормочет, не узнает близких (мусситирующий делирий)
- повышается температура тела,
- резко снижается диурез,
- падает артериальное давление.
- без лечения это состояние имеет неблагоприятный прогноз для жизни.

## Алкогольный галлюциноз

- психоз с преобладанием слуховых галлюцинаций,
- бреда
- аффективных тревожных расстройств
- большинство алкогольных галлюцинозов протекает при ясном сознании манифестируют с аказмов и фонем на фоне бессонницы.
- сопровождаются тревогой,
- двигательным беспокойством,
- аффектом недоумения.
- эти явления могут исчезнуть критически после глубокого сна.

## Алкогольный галлюциноз:

- в случаях дальнейшего развития психоза появляются множественные вербальные галлюцинации с бредом отношения, воздействия, обвинения, преследования или физического уничтожения.
- характерны приступы страха и паники.
- затяжные (протрагированные) и хронические алкогольные галлюцинозы характеризуются стойким вербальным псевдо- или истинным галлюцинозом с присоединением выраженных депрессивных и бредовых расстройств.

## Алкогольный параноид

- проявляется чувственным бредом,
- тревожно-депрессивным аффектом
- сенсорными расстройствами.
- бредовой трактовкой окружающего,
- иллюзорное восприятие.
- больные в разговорах слышат в свой адрес угрозу, издевательства, видят в бытовых предметах орудия убийства и т.д.
- преобладает аффект страха.
- в отношении мнимых преследователей могут совершаться агрессивные поступки.
- при затяжном параноиде исчезает иллюзорный компонент бреда, наблюдается его некоторая систематизация.
- поведение становится более упорядоченным, но больные остаются замкнутыми, подозрительными.
- настроение сохраняется тревожным, угрюмо-злобным.
- постепенно интенсивность переживаний ослабевает.
- относительно длительное время сохраняется резидуальный бред.

## Алкогольный бред ревности (алкогольная паранойя)

- Это психоз с затяжным и хроническим типом течения,
- с преобладанием первичного систематизированного бреда.
- встречается, как правило, у мужчин с психопатическими паранояльными чертами характера.
- бред монотематический,
- развивается постепенно.
- формированию бредового синдрома часто предшествуют реальные негативные изменения в семейных отношениях, связанные с алкоголизацией супруга.
- появляются сверхценные переживания
- сначала бредовые высказывания появляются только в состоянии опьянения или похмелья.
- содержание бреда нередко сохраняет правдоподобные черты.
- со временем круг событий, получающих бредовую трактовку, расширяется, а поведение приобретает специфические бредовые черты.
- возможны агрессивные и аутоагрессивные действия.
- бред ревности может диссимулироваться.
- на фоне лечения паранояльный бред сменяется стойким резидуальным бредом.

## Острые энцефалопатии

наблюдаются при массивной алкоголизации в III стадии алкоголизма или при интоксикации суррогатами алкоголя и техническими жидкостями (метиловый спирт, этиленгликоль, дихлорэтан и др.).

### Характерны

- помрачение сознания вплоть до аменции,
- делирий
- массивные неврологические нарушения.
- проявления частично обратимы.

**Энцефалопатия Гайе-Вернике** - это геморрагическая энцефалопатия или верхний полиэнцефалит с подострым течением.

- продром продолжается 4 - 5 месяцев
- выраженная астенизация
- нарастанием дистрофических расстройств.
- остро развивается мусситирующий делирий.
- состояние быстро ухудшается,
- повышается температура тела,
- появляются кататонические явления,
- аментивная спутанность.
- прогноз для жизни неблагоприятный.

## Хроническая энцефалопатия

По-сути, является исходом алкоголизма с:

- деменцией
- полиневритами
- поражениями мозжечка и мозолистого тела,
- Корсаковским синдромом (фиксационная, ретро-, антероградная амнезия, конфабуляции, эйфория) и другими расстройствами.

**Алкогольный псевдопаралич** - вариант хронической энцефалопатии  
интеллектуально-мнестическое снижение  
с беспечностью,  
эйфорией,  
идеями величия.



# Лечение алкоголизма

Методы психотерапии и психокоррекции

- индивидуальном
- групповом,
- семейном уровнях

способы – консультативный, тренинговый или психотерапевтический (суггестивный).

Главной мишенью психотерапевтического воздействия при алкоголизме является **психофизиологическая зависимость от алкоголя, влечение к потреблению спиртных напитков.**

Психологическая коррекция влечения к алкоголю происходит комплексно и на различных уровнях психической деятельности:

- на когнитивном уровне – преодоление анозогнозии
- на уровне самосознания – влияние на самооценку
- на эмоциональном – комплексное лечение аффективных нарушений
- на уровне поведения – изменение стиля и образа жизни
- на мотивационном – создание и укрепление мотивов, альтернативных по отношению к патологическому влечению к алкоголю

# Экзогенные психические расстройства



# Экзогения

**Определение:** (греч. echo - вне, снаружи, genea - рождение) предполагает обусловленность нервно-психических расстройств внешними, находящимися вне организма причинами.

**К экзогенным психическим расстройствам относятся:**

- СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ,
- АЛКОГОЛИЗМ,
- НАРКОМАНИИ
- ТОКСИКОМАНИИ.

## Определение:

**Зависимость (аддикция)**- термин в МКБ-10, заменивший понятия «наркомания, токсомания, алкоголизм.

**Психоактивные вещества (ПАВ)** – химическое вещество при однократном приеме вызывает приятные психические переживания, либо другие желательные с точки зрения потребителя психотропные эффекты, **а при систематическом приеме – физическую и психическую зависимость, изменение толерантности**

# Классификация ПАВ:

- Алкоголь
- Наркотики
- Токсические вещества – вещество ПАВ, не отнесенное к наркотику
  
- С седативным действием (алкоголь, опиаты, барбитураты, бензодиазепины)
- С активирующим действием (кокаин, кофеин, амфетамин, эфедрин)
- С психоделическим действием (ЛСД, канабис, летучие наркотические вещества)
- Некоторые ПАВ являются лекарствами:
  - бензодиазепины
  - барбитураты
  - наркотические аналептики

# Этиопатогенез

Токсикомания - это взаимосвязь между:

- Психоактивным веществом,
- Личностью
- Социально-культурным контекстом



Общность всех токсикоманий определяется наличием в их клинической картине трех "больших наркоманических синдромов":

- 1. Психической зависимости,
- 2. Физической зависимости и
- 3. Измененной реактивности организма к употребляемому веществу.
- 4. Изменение личности (для некоторых зависимостей)



# Этапы формирования зависимостей:

- **Здоровье** – эпизодическое употребление социально разрешенных ПАВ в социально приемлемых условиях в физиологических количествах
- **Злоупотребление** (употребление с вредными последствиями, бытовое пьянство) – употребление ПАВ без формирования синдромов зависимости, если:
  - используется запрещенное, или социально неприемлемое ПАВ,
  - употребление ПАВ имеет вредные последствия для психического и физического здоровья (конфликты в семье, на работе)
  - употребление имеет регулярный характер
  - потребляются высокие дозы
  - злоупотребление – всегда риск следующего этапа.
- 1 стадия, 2 стадия, 3 стадия.

Динамика токсикоманий представляется как  
трехстадийный процесс.

## ***1 стадия – характеризуется:***

:

### **1.1. Синдром измененной реактивности:**

- прием наркотика регулярен
- рост толерантности (переносимости)
- защитные реакции ослабевают
- угасание первоначального эффекта наркотика

### **1.2. Развитием психической зависимости**

- Формируется психическое (обсессивное) влечение к опьянению
- Психический комфорт только в период интоксикации

### **1.3. Минимальной выраженности физической зависимости:**

- Не сформирован

## В клинической картине в 1 стадии преобладают:

- астенические расстройства с заострением личностных черт,
- эмоциональной лабильностью,
- раздражительностью,
- нарушениями сна,
- повышенной отвлекаемостью, рассеянностью
- плохое запоминание,
- эти явления купируются повторным употреблением психоактивного вещества
- гедонический эффект,
- психофизический комфорт в токсикоманической интоксикации.

При **2 стадии** "большие наркоманические синдромы" достигают в своем развитии **максимальной выраженности:**

### **2.1. Синдром измененной реактивности:**

- Измененная форма употребления
- толерантность (переносимость) максимальная
- защитные и токсические реакции отсутствуют
- измененная форма опьянения

### **2.2. Синдром психической зависимости:**

- Выраженное психическое (компульсивное) влечение к опьянению
- Психический комфорт только в период интоксикации

### **2.3. Синдром физической зависимости:**

- Импульсивное, физическое влечение к опьянению в интоксикации

## В клинической картине во 2 стадии:

- 1. Влечение к употребляемому веществу компульсивное.
- 2. Абстинентный синдром тяжелый.
- 3. Толерантность высокая.
- 4. Ритм употребления психоактивного вещества окончательно сформирован, токсикоманические эксцессы учащаются.
- 5. Меняется форма токсикоманической интоксикации: эйфория и другие, связанные с переживанием удовольствия эффекты, существенно ослабевают.
- 6. Достижение психофизического комфорта становится самоцелью наркотизации (алкоголизации).
- 7. Астения прогрессирует.
- 8. Появляются выраженные аффективные расстройства и отчетливые личностные изменения.
- 9. Манифестирует соматическая патология, обусловленная злоупотреблением психоактивными веществами.

## ***3 стадия – характеризуется:***

### **3.1. Синдром измененной реактивности:**

- Реактивность изменена из-за истощения больного
- Снижение толерантности
- Наркотик выполняет роль тонизирующего средства

### **3.2. Синдром психической зависимости:**

- Выраженное обсессивное влечение к опьянению

### **3.3. Синдром физической зависимости:**

- Компульсивное, физическое влечение к опьянению
- Способность к комфортному состоянию в интоксикации
- Абстинентный синдром

## В клинике 3 стадии:

- 1. ослабление толерантности,
- 2. глубокие необратимые психические и соматические расстройства.
- 3. интеллектуальные и мнестические расстройства резко выражены.
- 4. больные резко астенизированы и эмоционально лабильны вплоть до недержания аффекта.
- 5. употребление психоактивных веществ не обеспечивает психофизического комфорта.



# **Частные формы токсикоманий.**

# 1. Производные каннабиса (конопля, «травка», «план», гашиш, марихуана)

В незначительных дозах марихуана вызывает приятные ощущения:

- расслабленность,
- удовлетворенность
- легкий дурман.
- Среди некоторых побочных эффектов можно

выделить:

- нарушение координации,
- голод
- нарушение функций памяти.

## 1. Производные каннабиса:

### Острые психические проявления:

1. Мория или эйфория,
2. Искажением восприятия пространства и времени, (яркие краски, громкие звуки и времени- ускорение)
3. Потеря ощущения подлинности собственного "я" и чувства реальности происходящего
4. Иногда зрительными и слуховыми галлюцинациями.
5. **Смех по любому поводу**
6. Ощущение утраты массы тела

### *Острое отравление вследствие передозировки*

#### **ВЫЗЫВАЕТ:**

1. Сопор или кому
2. Развитием энцефалопатии и полиневропатии (спутанность сознания, галлюциноз, нарушение схемы тела, дизартрия, астазия-абазия, апраксия, анестезии, парезы и др. — сладковатый запах от одежды).

*При хронической интоксикации наиболее часто развивается "амотивационный синдром", характеризующийся:*

1. апатией,
2. аутизмом,
3. пассивностью,
4. вялостью,
5. ослаблением памяти и интеллекта.
6. синдромом деперсонализации-дереализации

# 1. Производные канабиса

*Толерантность* - невысокая, зависит от индивидуальных особенностей потребителя.

*Психическая зависимость* умеренная или сильная.

*Абстинентный синдром* проявляется:

- нестойкими нарушениями сна,
- повышенной возбудимостью,
- тахикардией,
- неприятными ощущениями в области сердца,
- отсутствием аппетита,
- потливостью и т.д.

## 2. Опиаты и опиоиды (опии, морфин, кодеин,

### *Острые отравления* героин, промедол, метадон)

- эйфория в 2 фазы
- зуд кожи лица, верхней части тела
- ощущение покоя
- грезоподобные переживания
- ускорение ассоциаций
- быстрая речь

### Для этого отравления характерны:

- глубокий сон или кома,
- резкое угнетение дыхания,
- **миоз (симптом булавочной головки)**
- брадикардия,
- артериальная гипотония.
- бледность и сухость кожи
- повышение сухожильных рефлексов
- в крайне тяжелых случаях на фоне брадикардии и гипотонии может быть мидриаз.

## Хроническая интоксикация приводит:

- к заострению черт характера,
- волевым и эмоциональным нарушениям.
- наркоманы становятся все более грубыми, эгоистичными и лживыми.
- без введения наркотиков больные угнетены и раздражительны.
- сразу же после инъекции они преображаются, становятся веселыми, общительными, исчезает вялость, апатия, упадок сил.
- в поздней стадии заболевания формируется глубокий астенический синдром.
- характерны мнестические расстройства.

## 2. Опиаты и опиоиды:

**Толерантность** к опиатам высокая.

**Психическая и физическая зависимость выражены сильно.**

Зависимость формируется быстро и может быть вызвана дозами, не превышающими терапевтические. У многих наркоманов сразу после первых инъекций наркотика появлялось непреодолимое желание продолжить прием наркотика, стремление достать его любым способом.

**Абстинентный синдром** начинает проявляться через 8 - 16 часов после приема последней дозы, достигает максимальной интенсивности через 2-3 суток, а затем постепенно убывает. Наиболее тяжелые симптомы обычно исчезают в течение 10 дней, но остаточные явления длятся долго.



## В синдром абстиненции входят следующие СИМПТОМЫ:

- беспокойство,
  - раздражительность,
  - боли во всем теле,
  - бессонница,
  - насморк,
  - обильное потоотделение,
  - приливы крови к лицу,
  - тошнота,
  - рвота,
  - понос,
  - акатизия,
  - повышение температуры,
  - спазм гладкой мускулатуры кишечника,
  - обезвоживание организма.
- внезапное прекращение наркотизации для лиц с выраженной соматической патологией представляет опасность для жизни.

### 3. Производные эфедрина (первитин, «винт, джеф, ширка, марцефаль»).

Наркоманическая интоксикация сопровождается:

- ярко выраженной эйфорией,
- возбуждением,
- речевой, двигательной и сексуальной расторможенностью. Некоторые наркоманы склонны вводить эфедрон с интервалом 2-3 часа в течение нескольких суток.
- При прекращении наркотизации нередко развивается психоз по типу делирия или острого параноида.

### 3. Производные эфедрина.

#### *Острые отравления*

- 2 фазы эйфории
- психомоторным возбуждением,
- чувством невесомости, легкости тела
- артериальной гипертензией
- пароксизмальной тахикардией.
- ощущение шевеления волос на голове
- болтливость
- **ощущение запаха свежести (фиалок, яблок)**
- на фоне нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности развивается кома, смерть может наступить от инфаркта миокарда или кровоизлияния в мозг.
- при злоупотреблении препаратами этой группы возможны гемолитические реакции, так как в технологии их изготовления используется мышьяная кислота

### 3. Производные эфедрина.

*Хроническая интоксикация* приводит к формированию стойкого астенического синдрома с шизоформными расстройствами мышления и интеллектуальным снижением.

*Толерантность высокая.*

*Психическая зависимость сильная. Физическая зависимость слабовыраженная.*

*Для абстиненции характерны*

- депрессивные с дисфорической окраской состояния
- вегетативные нарушения.
- возможно развитие психоза.

## 4. Амфетамин

Случайное или нерегулярное употребление малых доз этих наркотиков создает ощущение:

- уменьшения усталости,
- повышенной ясности сознания и бодрости.

Употребление больших доз (особенно путем внутривенного введения) вызывает:

- эйфорию в 2 фазы,
- психомоторное возбуждение,
- искажение восприятия.

## 4. Амфетамин

Передозировка амфетаминами напоминает *острое отравление* производными эфедрина, протекает с острым параноидом.

*Хроническая интоксикация* приводит к значительным психическим нарушениям, нередко психотического характера:

- затяжные шизоформные психозы.
- стойкий астенический синдром с депрессивными и апато-абулическими включениями.

## 4. Амфетамины

*Толерантность* высокая. Употребляемая доза может превышать первоначальную в сотни раз.

**Психическая зависимость сильная.** С прекращением наркотизации наступает депрессия, которая резко усиливает стремление возобновить прием препарата.

**При абстиненции развиваются**

- вялость,
- адинамия,
- общая слабость,
- сонливость.
- СИМПТОМЫ ВЕГЕТАТИВНЫЕ

## 5. Кокаин

На высоте интоксикации развивается:

1. психотическое состояние с параноидными реакциями,
2. психомоторным возбуждением
3. нередко агрессивным поведением.
4. **Тактильные** и зрительные галлюцинации

*Клиника острого отравления* такая же, как и у амфетаминов.

*Хроническая интоксикация* относительно быстро формирует психоорганический синдром.

*Толерантность высокая.*

*Психическая зависимость сильная.*

*Абстинентный синдром* протекает с:

- выраженной тревогой
- тяжелой депрессией.



## 6. Барбитураты:

Наркоманическая *интоксикация* барбитуратами напоминает алкогольное опьянение:

- непродолжительная стадия эйфории и возбуждения
- сменяется оглушенностью, спутанностью сознания,
- речевыми и двигательными нарушениями,
- с последующими глубоким сном или сопором.
- возможно появление колебаний аффекта,
- агрессивное поведение.

## 6. Барбитураты:

При *хронической интоксикации* развиваются нарушения по психоорганическому типу:

- атаксия,
- дизартрия,
- заторможенность,
- рассеянность внимания,
- снижение интеллекта и памяти,
- эмоциональная неустойчивость.

## 6. Барбитураты:

*Толерантность относительно невысокая.* Употребляемая доза может превышать первоначальную в 5-10. При прекращении наркотизации толерантность к барбитуратам быстро исчезает и больные могут стать даже более чувствительными к наркотику, что нередко приводит к тяжелым отравлениям.

*Психическая зависимость сильная.*

*Синдром абстиненции* начинает проявляться в течение первых суток после прекращения приема наркотиков, достигает максимальной интенсивности через 2-3 дня, а затем медленно исчезает.

## В синдром абстиненции входят следующие СИМПТОМЫ:

- беспокойство,
- дрожание рук и пальцев,
- прогрессирующая слабость,
- головокружение,
- искажение зрительного восприятия,
- тошнота,
- рвота,
- бессонница,
- резкое падение артериального давления,
- конвульсии эпилептического типа,
- психические расстройства - реакции параноидного типа с бредом и галлюцинациями, состояния оцепенения и панического страха.
- для лиц с выраженной зависимостью от барбитуратов внезапное прекращение наркотизации представляет опасность для жизни.

## 7. Эфирные растворители:

### *Острая интоксикация сопровождается:*

- эйфорией со спутанностью сознания и
- нарушениями ориентировки.
- иллюзию беспредельности собственных возможностей,
- галлюцинации, **«СИМПТОМ ЭХО»**
- значительную потерю самоконтроля,
- нередко с агрессивным поведением.
- с увеличением дозы могут наступить судороги, кома и смерть.
- смерть возможна и от удушья, если ингаляция проводилась из пластикового мешка и сопровождалась потерей сознания.

## 7. Эфирные растворители:

*Хроническая интоксикация* (бензином, бензолом и четыреххлористым углеродом) приводит

- к патологическим изменениям в легких, печени, почках и в составе крови.
- развиваются глубокие психические нарушения по психоорганическому типу.

*Толерантность* незначительная, за исключением толуола.

*Психическая зависимость* слабее по сравнению с другими типами токсикоманий.

*Физическая зависимость* незначительная. Внезапное прекращение наркотизации приводит к появлению заторможенности, сонливости, раздражительности.

## 8. Психотомиметики:

Начальными симптомами *острого отравления* являются:

- общая слабость,
- головокружение,
- тошнота,
- ощущение жара или холода.
- мидриаз,
- потливость,
- слюноотечение,
- рвота,
- тахикардия.

В дальнейшем развиваются разнообразные психотические расстройства:

- обманы восприятия (гиперестезии, иллюзии, зрительные и слуховые галлюцинации). Галлюцинаторные образы отличаются яркой окрашенностью, калейдоскопически сменяют друг друга
- настроение больных, как правило, приподнятое, однако в ряде случаев возможно появление подавленности, тревоги, страха, враждебности к окружающим.
- явления дереализации и деперсонализации, характерны расстройства восприятия времени.



## В дальнейшем развиваются разнообразные психотические расстройства:

- нарушения мышления: замедление, невозможность сосредоточиться, отрывочные бредовые идеи. При этом в большинстве случаев больные остаются доступными контакту, при очень тяжелых отравлениях нарастает бессвязность мышления, нарушается ориентировка в окружающем, отмечаются грубые расстройства памяти.
- двигательные нарушения проявляются как в виде речедвигательного возбуждения, так и развитием заторможенности, иногда - с явлениями восковой гибкости (каталепсии).
- после редукции психотических нарушений сохраняются астенические расстройства.

## 8. Психотомиметики:

*Хроническая интоксикация* ПСИХОТОМИМЕТИКАМИ  
сопровождается формированием :

- астенических,
- апато-абулических
- вялотекущих шизоформных расстройств.

*Психическая и физическая зависимость слабо выражены.*

*Толерантность* низкая.

## 9. Токсикомании транквилизаторами и антидепрессантами :

Привыкание к этим препаратам сопровождается психической зависимостью.

Физическая зависимость слабо выражена.

Явления абстиненции нестойкие и не выходят за рамки вегетативных расстройств. Однако у некоторых больных появляются:

- резкая раздражительность,
- тревога,
- двигательным беспокойством,
- бессонницей, судорогами в конечностях и жалобами на ломоту в суставах.

## 9. Токсикомании транквилизаторами и антидепрессантами

Острые отравления бензодиазепинами протекают:

- с нарушением сознания в форме сопора или комы, с относительно стабильными показателями гемодинамики
- мышечной релаксацией.
- после тяжелых отравлений может развиваться энцефалопатия со стойким, до нескольких недель, астеническим синдромом.

10. Средства с антихолинергическим действием (белладонна, атропин, астматол, димедрол, пипольфен)  
При легких интоксикациях отмечаются:

- нарушение запоминания,
- снижение активного внимания,
- затрудняется осмысление происходящих событий.
- проявляются расширением зрачков,
- сухостью слизистых оболочек и кожных покровов,
- тахикардией,
- повышением температуры тела

## С увеличением дозы возникает:

- состояние тревоги, страха,
- наблюдается психомоторное возбуждение,
- нарушается ауто- и аллопсихическая ориентировка.
- делириозные состояния. Иллюзии и галлюцинации носят неприятный, устрашающий характер, делирий.
- речь больных становится бессвязной, контакт с ними невозможен.
- в тяжелых случаях развиваются сопор или кома с нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы.
- в дальнейшем отмечаются грубые мнестические расстройства, в течение длительного времени сохраняются астенические нарушения.

Зависимость к антихолинергическим средствам развивается редко.

# 11. Никотин

1. Выкурив сигарету, человек испытывает приятное ощущение спокойствия и расслабленности, а также повышенную способность сосредоточиться.
2. Никотин вызывает эти ощущения, имитируя действие медиатора ацетилхолина на мозг.
3. Никотин — вещество, вызывающее сильную зависимость, которую можно сравнить с героиновой.
4. Это — вмешательство в нормальную работу мозга. Организм быстро вырабатывает переносимость никотина, и очень скоро для достижения желаемого эффекта требуется большее количество никотина.
5. Если уровень никотина в организме станет чрезмерно низким, человек может испытать симптомы абстиненции. Их можно на короткое время подавить, выкурив сигарету. Курение помогает преодолеть чувство беспокойного возбуждения которое оно, собственно говоря, и вызвало.

## Симптомы абстиненции:

- нервозность,
- раздражительность,
- беспокойство,
- бессонница,
- депрессия
- плохая концентрация



## Лечение:

1. Купирование абстинентного синдрома, дезинтоксикация
1. Восстановление обменных нарушений, поведенческих расстройств, нормализация психического состояния, сна
1. Выявление основного синдрома психической зависимости и целенаправленная терапия
1. Наблюдение за рецидивами и противорецидивное лечение

## Лечение:

### 1. Купирование абстинентного опиоидного синдрома: (специфические антагонисты):

- **клонидин(клофилин)** агонист альфа-адренорецепторов ЦНС
- **тиаприд (тиапридал)** атипичный нейролептик
- **трамал (трамадол)** – обезболивающее средство центрального действия

Используют: **геминеврин, налоксон, налтрексон, пирроксан, бупренорфин, метадон, холицистокинин, триган**

2. Дезинтоксикация
3. Диуретики
4. Препараты К
5. MgSO<sub>4</sub>;
6. Аналептики – кордиамин, кофеин, сульфокамфокаин.
7. Витамины B6.B1.B12.PP. C.
8. Ноотропы.

## Лечение:

### 2. Купирование абстинентного синдрома при барбитуровой и транквилизаторной токсикомании

- Милдронат

### 3. Купирование абстинентного синдрома при наркомании психостимуляторами

- бромкриптин и антидепрессанты

- -дезинтоксикация

- -общеукрепляющие ( вит В6. В1. РР. Магнезии сульфат

### 4. Купирование психических расстройств

- -нейролептики (галоперидол, тизерцин, эглонил, лепонекс, аминазин)

- - антидепрессанты (амитриптилин, анафранил, флувоксамин)

- -типостиблизаторы (карбамазапин)

- -транквилизаторы (грандаксин)

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПЕРВИЧНЫХ  
ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ (АТРОФИЧЕСКИХ) ПРОЦЕССАХ  
ГОЛОВНОГО МОЗГА.**

**ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ  
ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ.**

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ИНФЕКЦИОННО-  
ОРГАНИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЗГА.**

**ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ  
ПРИ ВИРУСНЫХ И БАКТЕРИАЛЬНЫХ НЕЙРОИНФЕКЦИЯХ.**

**ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ  
ПРИ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.**

# ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

- *это первичная дегенеративная деменция позднего возраста, которая характеризуется постепенным малозаметным началом в пресенильном или старческом возрасте, неуклонным прогрессирующим расстройством памяти и высших корковых функций вплоть до тотального распада интеллекта и психической деятельности в целом на отдаленных этапах болезни.*

## КЛАССИФИКАЦИЯ

- 1) болезнь Альцгеймера с ранним началом, т.е. до 65 лет
- 2) болезнь Альцгеймера с поздним, т.е. после 65 лет началом

# Клинические проявления

Стадии:

- инициальная,
- стадия умеренной и
- тяжелой деменции

# Инициальная стадия

- Обнаруживаются только часто повторяющаяся забывчивость, неполное воспроизведение событий, легкие затруднения в мыслительных операциях (сходства-различия), незначительное ухудшение социальной деятельности, легкие дисфазические нарушения.
- Затем нарушения памяти становятся более отчетливыми (особенно на текущие события), появляются трудности в хронологической, а также в географической ориентировке.
- Возникают затруднения в мыслительных операциях, особенно в абстрактном мышлении, возможностях обобщения, суждения, сравнения.
- Возникают изменения личности: чаще психопатоподобного типа в виде повышенной возбудимости, конфликтности, обидчивости. Нарушения обычно наблюдаются в наиболее сложных видах повседневной деятельности (покупки, оплата счетов, подготовка к приему гостей).

## На стадии клинически выраженных проявлений

- Выраженные расстройства памяти, касающимися как возможности приобретения новых знаний и запоминания текущих событий, так и воспроизведения прошлых знаний и опыта
- нарушения ориентировки во времени, а часто и в окружающей обстановке,
- тяжелые нарушения собственно интеллекта
- интересы крайне ограничены, им необходимы постоянная поддержка и помощь даже в таких видах самообслуживания, как одевание, личная гигиена
- **Синдром афато-апракто-агностической деменции**
- прогрессирующая амнезия, обеднение словарного запаса, упрощение грамматического построения речи и затруднений в произнесении отдельных слов и слогов («спотыкания», «заминки») до типичных нарушений словообразования (дизартрии), речевых автоматизмов (логоклонии) и эхोलалических форм речи.



## Стадия тяжелой деменции

- Наблюдается крайне тяжелый распад памяти.
- Больные сохраняют только скудные фрагменты запасов памяти, возможность ориентировки ограничивается фрагментарными представлениями о собственной личности.
- Суждения и какие-либо мыслительные операции становятся по существу недоступными больным, им необходима постоянная помощь даже в элементарном самообслуживании; у них нарушен самоконтроль за функцией тазовых органов.
- На конечном этапе наступает тотальный распад памяти, интеллекта и всей психической деятельности больного.

# Болезнь Пика

- *прогрессирующее нейродегенеративное заболевание головного мозга, начинающееся, как правило, в пресенильном возрасте с постепенно нарастающих изменений личности и(или) оскудения речи, сопровождающееся рано наступающей утратой критики и социальной адаптации и приводящее к развитию тотального слабоумия.*
- Заболевание начинается между 50 и 70 годами, как правило, постепенно.
- Для ранних этапов слабоумия при болезни Пика выраженные нарушения памяти нехарактерны.
- Характерно отчетливое преобладание личностных изменений, тогда как «инструментальные» функции интеллекта (запоминание, репродуктивная память, внимание, ориентировка и т.п.) и автоматизированные формы психической деятельности, например счет, нарушаются относительно меньше.

# При изолированном или преимущественном поражении полюса лобных долей

Постепенно нарастают:

- бездеятельность,
- вялость,
- апатия и
- безразличие.

Побуждения снижаются до аспонтанности, эмоции притупляются; одновременно прогрессирует оскудение психической, речевой и двигательной активности.

## При преобладании начальной атрофии в орбитальной (базальной) коре

Наблюдается псевдопаралитический синдром.

В этих случаях личностные изменения выражаются в постепенной утрате чувства дистанции, такта.

Нарушаются нравственные установки, появляются расторможенность низших влечений, эйфория, экспансивность, а нередко также импульсивность.

Обычно рано наступают грубые нарушения понятийного мышления (обобщение, понимание пословиц и т.п.), а отчетливых нарушений памяти или ориентировки не обнаруживается.

## При атрофии височных долей

Рано возникают стереотипии речи, поступков и движений.

# Динамика болезни Пика

- По мере развития болезненного процесса клиническая картина все больше приближается к тотальному слабоумию с разрушением памяти и нарушением ориентировки.
- Исходное состояние характеризуется глобальным слабоумием с тотальным распадом речи, действия и узнавания, а также развитием маразма и полной беспомощностью.

# Хорея Гентингтона

*Это наследственное прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, сопровождающееся развитием системного дегенеративно-атрофического процесса с преимущественным поражением стриарной системы мозга и менее тяжелым - новой коры, а также других подкорковых ядер.*

- Заболевание манифестирует в основном в среднем или (реже) пожилом возрасте, проявляется хореиформными гиперкинезами, психопатоподобными и психотическими расстройствами и приводит к развитию своеобразной деменции.
- Известны случаи и раннего (до 20 лет) начала заболевания.

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- Заболевание прогрессирует сравнительно медленно.
- Наблюдается диссоциация между долго сохраняющейся способностью обслуживать себя в домашней обстановке и явной интеллектуальной несостоятельностью в ситуациях, требующих продуктивной умственной работы (осмысление новых задач, понятийное мышление, обобщение, приобретение новых навыков и т.п.).
- Отмечаются грубые нарушения внимания и непостоянство установок больных, в результате чего они легко теряют направление и цели мыслительной деятельности.
- Мышление больных производит впечатление «скачкообразного» в связи с постоянными изменениями направления.

По мере прогрессирования заболевания усиливается общее оскудение психической деятельности, снижается, а затем и утрачивается психическая и речевая активность.

Наступает эмоциональное притупление, появляются нарушения запоминания и признаки разрушения запасов памяти, расстройства ориентировки и т.п.

Отмечается неуклонная прогрессивность болезненного процесса, которая приводит больных к смерти в состоянии тотальной деменции и маразма.

В терминальной стадии хореатические гиперкинезы, как правило, уменьшаются или прекращаются.



# Болезнь Паркинсона

*Это дегенеративно-атрофическое заболевание экстрапирамидной системы головного мозга, манифестирующее преимущественно в пожилом и старческом возрасте и проявляющееся преимущественно экстрапирамидными нарушениями (тремор, мышечная ригидность и гипокинезия), а также различными психическими расстройствами (изменения личности, депрессия, деменция и др.).*

- Возраст начала болезни Паркинсона колеблется от 45 до 70 лет, однако чаще всего заболевание манифестирует в 50-65 лет.

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

**Изменения личности**, определяющиеся прежде всего нарушениями в эмоционально-мотивационной сфере:

- обеднение побуждений,
- снижение активности,
- обеднение эмоциональных реакций,
- замкнутость,
- эгоцентричность,
- склонность к депрессивно-ипохондрическим формам реагирования.

# СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

Развивается вследствие деструктивного поражения головного мозга, вызванного нарушениями мозгового кровообращения.

Наиболее частой его причиной являются атеросклероз и артериальная гипертензия.

Наряду с мнестико-интеллектуальными расстройствами, характеризующимися ослаблением памяти на прошлые и текущие события и снижением уровня суждений, для большинства больных сосудистой деменцией характерны наличие астенического фона, замедленности, ригидности психических процессов и их лабильность.

Более чем у 50 % больных сосудистой деменцией наблюдается эмоциональное недержание (слабодушие, насильственный плач).

Сосудистое слабоумие редко достигает степени глубокого тотального распада психики

# ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

## Нарушения сознания:

### Количественные:

- оглушение, сопор, кома.

### Качественные:

- Амнестическая спутанность - выпадение запоминания текущих событий, т.е. фиксационная амнезия.
- Амнестико-конфабуляторный синдром - наличие ретроградной амнезии и конфабуляций.
- Речевая спутанность - «словесная окрошка»
- Синдром речедвигательного возбуждения
- Корсаковский синдром - амнезии (фиксационная, ретроградная и антероградная) и грубая дезориентировка (в личной и окружающей ситуации, месте, времени), а также конфабуляции, затруднения в узнавании лиц (в незнакомых «видят» лица своих знакомых).

# ***Синдромы помрачения сознания при черепно-мозговой травме***

- *Делирий* характеризуется наплывами парейдолических иллюзий (ошибочных зрительных, слуховых и иных восприятий реальных событий и предметов) и сценopodobными зрительными галлюцинациями; возможны слуховые и осязательные галлюцинации.
- *Онейроид* характеризуется переживаниями нереального мира. При обилии чувственных представлений больной бездвигателен, лицо застывшее, при этом его выражение редко соответствует содержанию болезненных переживаний.
- *Дереализационно-деперсонализационные состояния* выражаются в измененном восприятии мира и собственного «Я». Изменяются окраска (например, «мир делается более зеленым»), пространственные характеристики мира и течение времени. Плоское может представиться больному объемным, и наоборот: объемное воспринимается плоским; неподвижное — двигающимся.
- *Сумеречное состояние сознания* характеризуется внезапными началом и завершением, сохранностью последовательной психомоторной деятельности и невозможностью корректирующего воздействия окружающих на поведение больного.

# СИНДРОМЫ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ при черепно-мозговой травме

- *Синдром аспонтанности* характеризуется отсутствием спонтанных побуждений к любой форме психической деятельности.
- *Синдром эйфории с расторможенностью* характерна эйфория с беспечностью, психической и двигательной расторможенностью, анозогнозией. Больные подвижны, многоречивы, смеются, шутят.
- *Синдром гневливой мании* характеризуется сочетанием эйфории с приступообразными аффектами гнева, злобы с агрессивностью, несоблюдением постельного режима.
- *Дисфорический синдром* отличаюсь фазностью течения и напряженным тоскливо-злым аффектом
- *Тоскливая депрессия* характеризуется тоской, замедлением речи и двигательных реакций; часто сочетается с нарушениями памяти, внимания и астенией.
- *Тревожная депрессия* характеризуясь тревогой, двигательным беспокойством (иногда до степени возбуждения), нетерпеливостью, тревожными высказываниями
- *Депрессия апатическая* отличается безразличием с оттенком грусти. Больные пассивны, монотонны, не обнаруживают интереса к окружающим, самим себе, общению с врачом; резко снижены побуждения к любой форме деятельности.

# СИНДРОМЫ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ при черепно-мозговой травме

- Астенический синдром
- Обсессивно-фобический синдром
- Истероподобные синдромы
- Ипохондрический синдром

# СИНДРОМЫ СНИЖЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ при черепно- мозговой травме

- *Травматическая деменция* характеризуется ослаблением познавательных, мнестических процессов, обеднением и упрощением эмоциональных, личностных особенностей больного.
- *Расстройства памяти* выражаются разными видами амнезии.
- Конградная амнезия характеризуется выпадением воспоминаний о событиях, происходивших в тот отрезок времени, когда у больного было нарушено сознание. Эта амнезия бывает полной (тотальной) или частичной (парциальной). Первая приходится обычно на период комы и сопора, вторая — на те прошлые отрезки времени, когда больной находился в состоянии оглушения, спутанности, смешанных нарушений и некоторых форм помрачения сознания, например в делириозном состоянии.
- *Эпилептический синдром*



# **ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

## **ТРАНЗИТОРНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ:**

- Эпилептические припадки
- Галлюцинации.
- Аффективные нарушения (приступы тоски, страха и ужаса).
- Онейроидные состояния
- Сумеречные состояния

## **СТОЙКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ**

- Расстройства сна и сновидений
- Нарушения памяти
- Эмоционально-личностные нарушения
- Длительные нарушения сознания

# ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЗГА

*Это нарушения, возникающие при вирусных и бактериальных поражениях головного мозга и проявляющиеся различными психопатологическими синдромами — от неврозоподобного (астенического) синдрома и острых психотических реакций экзогенного типа до психоорганического синдрома в виде деменции и грубых расстройств поведения.*

# ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ВИРУСНЫХ НЕЙРОИНФЕКЦИЯХ

**Клещевой (весенне-летний) энцефалит** характеризуется нарушениями сознания, эпилептическими припадками

**Японский энцефалит** проявляются в основном нарушениями сознания - спутанностью, аменцией, делириозными состояниями и моторным возбуждением. При этом прослеживается обратная связь между выраженностью психических расстройств и лихорадки: после нормализации температуры развиваются продуктивные психотические расстройства (галлюцинаторные, бредовые и т.п.)

**Эпидемический энцефалит (летаргический энцефалит Экономо)** характеризуется двигательным беспокойством, отрывочными делириозными расстройствами, галлюцинаторными эпизодами, наблюдающиеся в первые дни болезни, в дальнейшем уступают место углубляющимся нарушением сна в виде сомноленции и более глубокого сна (летаргии), которые могут продолжаться до нескольких недель или (реже) месяцев.

**Бешенство** характеризуется в продромальном периоде пониженным настроением, раздражительностью, склонностью к дисфории. На этом фоне наблюдаются кратковременные расстройства сознания с иллюзорными (реже галлюцинаторными) явлениями. В дальнейшем развиваются неопределенный страх и беспокойство. Затем развивается стадия «возбуждения», в которой ведущее место занимают психические расстройства в виде психомоторного возбуждения, агрессии, импульсивных поступков.

**Герпетические энцефалиты** проявляются расстройствами сознания разной глубины - от трудностей осмысления окружающего и неполной ориентировки до более выраженных состояний оглушения, сопора и комы.

## **Гриппозные энцефалиты**

Проявляются признаками расстройств сознания, которые при тяжелом течении достигают степени сопора и комы.

По выходе из этих состояний нередко отмечаются психомоторное возбуждение и эпизоды зрительных обманов восприятия транзиторного характера.

Для периода реконвалесценции типичны астенические проявления, преходящие дисмнестические расстройства, колебания настроения.

### **Коревые энцефалиты**

### **Энцефалиты, вызванные вирусом краснухи**

# **Медленные вирусные инфекции**

## ***Синдром приобретенного иммунодефицита***

### ***(СПИД)***

Основным психопатологическим синдромом при СПИД-е является **деменция**.

Начальные ее признаки - астения, апатия и психомоторная заторможенность. Постепенно ухудшаются память и внимание. Могут возникать отдельные бредовые идеи, делириозные эпизоды, кататонические явления.

В период развернутой картины деменции возможны также грубые аффективные расстройства типа недержания аффекта, расстройства влечений и регресс поведения в целом.

Глобальная дезориентировка и кома предшествуют смерти больных.

**Психогенные реакции** на факт инфицирования ВИЧ и особенно обнаружения заболевания. Они представлены депрессивно-тревожным синдромом с выраженным страхом перед неопределенностью будущего, чувством безнадежности и вины, отчаянием и другими характерными для этого синдрома сопутствующими нарушениями (расстройство сна и др.).

# Прионные болезни

## *Болезнь Крейтцфельда-Якоба*

Выделяют 3 стадии болезни - продром, развернутых симптомов, терминальную.

**Продром** характеризуется появлением рассеянности, раздражительности, бессонницы, ухудшением памяти, пассивностью и безынициативностью. На их фоне могут развиваться эпизоды немотивированного страха, реже - эйфория. В этом периоде описаны также отрывочные галлюцинаторные и бредовые переживания, а также кататоноподобные нарушения в форме ступора.

В стадии **развернутых симптомов** на первый план выступает деменция, проявления которой усугубляются грубыми афатическими нарушениями, а подчас и полным распадом речи.

**Терминальная стадия** - это глубокое слабоумие. Больные впадают в прострацию, не реагируют на окружающее, не контролируют функции тазовых органов. Возможны эпилептические припадки, нарушения глотания, гипертермия. Смерть наступает в состоянии комы при явлениях глубокой кахексии, децеребрационной ригидности, часто с судорогами.

# ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ НЕЙРОИНФЕКЦИЯХ

## Сифилис мозга

- **Сифилитическая неврастения.** Состояние больных на этом этапе болезни определяется астенией с резко выраженной утомляемостью и истощаемостью, сниженным фоном настроения и упорными головными болями. На фоне астении у больных периодически возникают крайне неприятные ощущения в различных частях тела - сенестопатии. Интенсивность их по мере углубления астении нарастает. Особенностью астенических состояний при сифилисе мозга является развитие изменений сознания в виде обнубиляций и оглушения.
- **Психические нарушения в стадии менингитов и менингоэнцефалитов** развиваться делириозные и сумеречные помрачения сознания, а также галлюцинозы с последующим присоединением галлюцинаторного бреда.
- **Сосудистая форма сифилиса.** Постинсультное слабоумие в этих случаях носит лакунарный характер с раздражительностью, снижением интеллектуальных возможностей, однако сохраняются правильное поведение и критика к своему состоянию. Очень часто развиваются эпилептиформные припадки и псевдопаралитические состояния, реже встречаются галлюцинаторно-параноидные психозы.
- **Гуммозная форма сифилиса мозга** характеризуется прежде всего изменением сознания и очаговой симптоматикой. Наиболее часто сопровождается оглушением, парезами, параличами, афазией. При множественных гуммах обычно развивается картина органического психосиндрома с эйфорией и апатией.

## **ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (рассеянный склероз)**

Если заболевание развивается постепенно, на первый план выступают выраженные астенические расстройства, сопровождающиеся сниженным фоном настроения или, напротив, эйфорией с необъяснимым ощущением хорошего самочувствия, несмотря на снижение профессиональных возможностей. Нередко наблюдается смена описанных аффективных расстройств.

В последующем, в течение многих лет, в картине состояния преобладают расстройства когнитивных функций, практически никогда не достигающие степени деменции. Однако в части случаев по мере прогрессирования заболевания появляются признаки органического психосиндрома с дальнейшим развитием феномена аффективного недержания в виде насильственного смеха или плача.

Для рассеянного склероза характерно также развитие депрессий



# Расстройства личности

*Стойкие, врожденные или приобретенные  
характерологические расстройства,  
проявляющиеся дисгармоничностью  
психического склада личности при общей  
сохранности интеллекта, приводящие к  
нарушениям межличностных отношений  
и социальной адаптации*

- **Кластер А:** странность, эксцентричность, необычные мысли, неуместный аффект
- **Кластер В:** драматичность, эмоциональность, лабильность настроения, загруженность психическими переживаниями в связи с отказами, отвержением
- **Кластер С:** тревожность, склонность к страхам, озабоченность критикой, ригидность.

## Факторы риска/Этиология

- Результат взаимодействия врожденного темперамента с окружением и последующие преобразования
- Точная этиология – неясна:
  - Врожденные факторы
  - Вредные воздействия извне
  - Расстройства личности у родителей

# Клинические данные

- Распространенность:
  - У мужчин чаще встречается антисоциальное и нарциссическое РЛ
  - У женщин чаще пограничное и истерическое РЛ
- Дебют: обычно не диагностируются до взрослого возраста

- Течение: отсутствует как таковое, относительная стабильность. Некоторые склонны к ухудшению с возрастом (параноидное, шизоидное, нарциссическое), некоторые – к улучшению (пограничное, антисоциальное)

- **Ключевые симптомы:**
  - Проблемы во взаимоотношениях
  - Трудности в достижении целей
  - Несчастливость, заниженная самооценка
- **Сопутствующие: аффективные расстройства, злоупотребление веществами**

# Лечение

- Индивидуальная психотерапия:  
интенсивная и долгосрочная  
психодинамическая и когнитивно-  
поведенческая
- Тимостабилизаторы и антидепрессанты

# Кластер А

- Параноидное РЛ:
  - Недоверчивость и подозрительность, кверулянство
  - Скрытность и изолированность
  - Эмоциональная холодность и странность
- Шизоидное РЛ:
  - Отстраненность и замкнутость, “одиночка”
  - Отсутствие интереса к окружающим, безразличие к критике и похвале, склонность к фантазированию
  - Включает социальное бездействие



- Шизотипическое РЛ
  - Своеобразие мышления, эксцентричность
  - Идеи отношения и преследования; странные увлечения, речь и аффект
  - “Магическое мышление”, суеверность
  - Уединенность и дискомфорт в окружении других людей

# Кластер В

- Истерическое РЛ
  - Яркое и преувеличенное поведение, но поверхностное проявление эмоций, драматичность
  - Привлекающий внимание внешний вид
  - Эгоцентризм, потакание собственным желаниям
- Пограничное РЛ
  - Неустойчивый аффект (перепады настроения, выраженная импульсивность) неустойчивые межличностные отношения, рекуррентные суицидальные попытки, чувства скуки и пустоты

- В стрессовых ситуациях могут возникать психозы
- Основной защитный механизм - расщепление
- **Диссоциальное РЛ**
  - пренебрежение к социальным обязанностям и черствое равнодушие к окружающим, агрессивность, склонность к обману, отсутствие угрызений, пренебрежение правами других людей
  - Часто проявляется уже в подростковом возрасте

- Нарциссическое РЛ

- Раздутая убежденность в собственной уникальности и превосходстве над окружающими, поглощенность фантазиями о собственных успехах
- Нуждаются в постоянном восхищении со стороны окружающих, не умеют проявлять сочувствие, завистливы и склонны к эксплуатации
- С возрастом склонны к депрессии

# Кластер С

- Тревожное (уклоняющееся) РЛ
  - Постоянный страх перед отказом, как следствие - социальное бездействие
  - Гиперчувствительность к критике и ощущение собственной неуместности
  - Ограничение личных привязанностей и чувство неполноценности

- Расстройство типа зависимой личности
  - Глубокое пассивное подчинение окружающим людям в принятии больших и малых жизненных решений, выраженный страх перед одиночеством
  - Нуждаются в постоянных советах и подбадриваниях
  - Ощущение беспомощности и некомпетентности
  - Слабая реакция на требования повседневной жизни, тенденция к перекладыванию ответственности на других людей

- **Обсессивно-компульсивное (ананкастное) РЛ**
  - Поглощенность контролем, аккуратность и перфекционизм
  - Озабоченность деталями с потерей ощущения конечной цели
  - Строгие и непреклонные, в тоже время нерешительные
  - Могут присутствовать настойчивые или непрошенные мысли или действия, которые не достигают тяжести обсессивно-компульсивного расстройства.

# Расстройства привычек и влечений

- Группа расстройств при которых пациенты не в состоянии контролировать определенные влечения:
  - Патологическое влечение к воровству (клептомания)
  - Патологическое влечение к поджогам (пиромания)
  - Патологическое влечение к азартным играм
  - Трихотилломания



# ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

## Различия между детской психиатрии и общей психиатрии (для взрослых):

- Эмоциональное развитие ребенка зависит от семьи или опекуна - сотрудничество с членами семьи, иногда письменное согласие
  - Этапы развития очень важны для оценки диагноза
  - Использование психо-фармакотерапии более редко по сравнению с общей психиатрии
  - Дети в меньшей степени способны выразить в словах
- Ребенок, страдающий психическими расстройствами в детском возрасте может быть эмоционально стабильным человеком в зрелом возрасте, но некоторые психические расстройства могут изменить всю жизнь ребенка и его семьи

# Расстройства психологического развития (F80-F89)

- F80 Нарушения развития речи и языка
  - F81 Нарушения развития учебных навыков
  - F82 Специфические расстройства развития двигательных функций
  - F83 Смешанные специфические расстройства психического развития
    - F84 Общие расстройства психического развития
    - F88 Другие расстройства психического развития

# F80 Специфические расстройства развития речи и языка

**F80.0** Специфическое расстройство речевой артикуляции

- **F80.1** Расстройство экспрессивной речи
- **F80.2** Расстройство рецептивной речи
  - **F80.3** Приобретенная афазия с эпилепсией [Ландау-Клефнера]
- **F80.8** Другие расстройства развития речи и языка
- **F80.9** Расстройства развития речи и языка неуточненные

# F80.0 Специфические расстройства членораздельной речи

- Конкретные нарушения развития речи , в котором использование ребенком звуков речи не соответствует его умственному возрасту, но в котором есть нормальный уровень языковых навыков.
- Аномалии артикуляции не вызваны неврологическими отклонениями, а уровень невербального интеллекта находится в пределах нормы.

## Развитие:

- Фонологические расстройства
- Расстройства сочлененной речи
  - Дислалия
- Функциональное расстройство членораздельной речи
  - Запинание

## F80.1 Расстройство выразительности речи

- Нарушения развития, при котором способность ребенка использовать выразительную речь значительно ниже его умственного возраста, но понимание языка находится в пределах нормы.
- Аномалии произношения могут присутствовать или отсутствовать.
- Развития дисфазии или афазии

## F80.2 Расстройство восприятия языка

- Нарушения развития, при котором понимание ребенком языка ниже его умственного возраста, особенно в более тонкие аспекты языка – грамматики, тональности речи.
- Социальная взаимность не является тяжелыми нарушениями слуха.
  - Развитие:
    - Дисфазия или афазия рецептивного типа
      - Афазия Вернике
      - Глухота слова

## F80.3 Приобретенная афазия при эпилепсии (синдром Ландау-Клеффнера)

- Ребенок теряет языковые навыки экспрессивного и рецептивного типа после раннего нормального развития речи. Присутствуют пароксизмальные аномалии, в большинстве случаев наблюдаются судороги.
- Некоторые дети становятся немыми в течение нескольких месяцев.
- Обычно проявляется в возрасте от 3 до 7 лет, с потерей способности говорить в течение периода от нескольких дней до нескольких недель.
- Было отмечено, что возможной причиной этого расстройства может быть воспалительный процесс энцефалита.
- Примерно 2/3 пациентов остаются с дефицитом рецептивной речи более или менее серьезными.



## Лечение :

- Важным пунктом является сотрудничество невролога и логопеда.
- Психиатрическое лечение необходимо, если у ребенка есть вторичные психические проблемы, например, по отношению к другим детям или семье.
- Являются полезными ноотропные препараты, психотерапия и

## F81. Специфические расстройства развития учебных навыков

- F81.0 Специфическое расстройство чтения
  - F81.1 Специфическое расстройство орфографии
  - F81.2 Специфическое расстройство арифметических навыков
  - F81.3 Смешанное расстройство учебных навыков
- F81.8 Другие расстройства развития учебных навыков
- F81.9 Расстройство развития учебных навыков неуточнённое

## F81.0 Специфическое расстройство чтения

- Производительность чтения ребенка ниже его умственного возраста. Недостаточное образование, умственная недостаточность или нарушение зрения не связано с задержкой.
- Ребенок плохо читает алфавит, возможны упущения слов, искажения фактов материального содержания чтения и скорость чтения очень медленная.
- Эмоциональные и поведенческие расстройства широко распространены в школьные годы.

"Чтение справа налево"

Развитие дислексии

Специфическая отсталость чтения

## F81.1 Специфические расстройства правописания

- Специфическое и значительное ухудшение в развитии орфографических навыков, при отсутствии истории конкретного расстройства чтения, которая представлена не только низким умственным возрастом, острые нарушения зрения или недостаточное образование.
- Нарушена как устная речь , так и

## F81.2 Специфическое расстройство арифметических навыков

- Арифметическая производительность значительно ниже общего интеллекта, навыки чтения и правописания в пределах нормы
- Дефицит касается мастерства основных вычислительных навыков: сложение, вычитание, умножение и деление, а не более абстрактных математических навыков, необходимых для алгебры, тригонометрии, геометрии и исчисления.

Развитие:

• Акалькулия

• Арифметические расстройства

• Синдром Gerstmann

## F81.3 Смешанное расстройство школьных навыков

- Ребенок может страдать от всех нарушений развития учебных навыков, упомянутых выше (нарушены арифметические навыки, навыки чтения или правописания)
- Расстройство, не объясняется только с точки зрения общей умственной отсталости или недостаточного школьного образования

# F82 Специфические расстройства развития двигательных функций

- Серьезные нарушения развития координации движений, которые не могут быть объяснены только с точки зрения общей интеллектуальной отсталости или каких-либо конкретных врожденных или приобретенных неврологических расстройств
  - Ребенок, как правило, неуклюж в мелких и крупных движениях, возникают трудности в изучении завязывания шнурков, при беге, бросании шаров. Умение рисовать, как правило тоже нарушено.
- В большинстве случаев - отмечены неврологические отсталости.

## **Синдром неуклюжего ребенка**

Развитие:

Расстройства координации

Диспраксия

## Лечение:

- Семья и школа должна быть правильно осведомлена о детском расстройстве.
- Необходима специальная образовательная подготовка, полезны ноотропные препараты.
- Детям с трудностями координации могут помочь специальные образовательные программы для повышения детской физической



# F84 нарушение развития первазивного типа

- F84.0 Ранний детский аутизм
  - F84.1 Атипичный аутизм
    - F84.2 Синдром Rett
- F84.3 Другие разрушительные расстройства у детей
- F84.4 Гиперактивное расстройство, связанное с умственной отсталостью и стереотипными движениями
  - F84.5 Синдром Аспергера
- F84.8 Другие расстройства с первазивным типом развития
- F84.9 Неспецифическое расстройство развития первазивного типа

# F84.0 Инфантильный аутизм

- Каннер описал аутизм в 1943 году к
- Аутизм является тяжелым нарушением развития проявляется в возрасте до 3 лет. Анормальное функционирование проявляется в поведении и социальном взаимодействии, общении, повторении.
- Существуют типичные характеристики клинической картины:
  - Неспособность общаться
  - Нарушения в развитии речи
  - Когнитивные нарушения
  - Стереотипное поведение

# F84.0 Инфантильный аутизм

- Причина аутизма неизвестна, исследования близнецов предложили генетическую этиологию
  - Недостатки проявляются на протяжении всей жизни, имеют большое влияние на способность ребенка общаться
  - 60-80% детей, страдающих аутизмом, неспособны вести самостоятельную жизнь
    - IQ уровень может быть нормальным
    - 30-40 случаев на 100 000 детей, чаще всего обнаруживается у мальчиков, чем у девочек
- 
- Аутистические расстройства
    - аутизм
    - психоз
  - Синдром Каннера

# Лечение:

- Не известно специального лечения.
- Дети с аутизмом обычно требуют специального домашнего образования, хотя, есть и попытки интегрирования.
- Были разработаны специальные методы преподавания и психотерапевтические подходы к обучению детей с аутизмом.
  - Иногда, нейрорептики и

# F84.1 Атипичный аутизм

- Тип расстройства развития, который отличается от инфантильного аутизма по возрасту возникновения, и по невыполнению диагностических критериев.
  - Аномальное развитие и недостаточность проявляется после 3 лет или существуют недостатки в общении и стереотипном поведении, но эмоциональный отклик на людей - воспитателей не влияет.
- Атипичный аутизм часто диагностируется у людей с глубокой отсталостью.
  - Атипичный детский психоз
  - Умственная отсталость с аутистическими характеристиками

## F84.2 Синдром Ретта (описанный Ретта в 1964 г.)

- Синдром был описан только у девочек.
- Раннее нормальное развитие с последующей частичной или полной потерей способности говорить, опорно-двигательных навыков, использование рук, головы параллельно с замедлением роста.
- В большинстве случаев, дебют наблюдают в возрасте от 7 до 24 месяцев.
  - Утрата способности двигать руками- стереотипные скручивания рук и гипервентиляции.
  - Социальное взаимодействие является бедным в раннем детстве, но может развиться и позже.
  - Двигательное функционирование нарушается в среднем детстве, мышцы находятся в гипотонусе, в большинстве случаев появляется жесткий кифосколиоз и спастичность нижних конечностей.
- Агрессивное поведение и самобичевание довольно редки, часто не нужны антипсихотические препараты для контроля поведения.

# F84.5 Синдром Аспергера

- Описан Аспергером как аутистическая психопатия в 1944 году.
- Характеризуется тем же типом повреждения социальной деятельности и стереотипными поведенческими характеристиками, как описано у детей с аутизмом. Не существует задержки когнитивного и речевого развития. Синдром Аспергера встречается преимущественно у мальчиков (8:1)
- Этот синдром часто связан с выраженной неуклюжестью.
- Существует сильная тенденция сохранения отклонений в подростковом возрасте и сохранение их во взрослой жизни.
- Психотические эпизоды иногда происходят в начале взрослой жизни.

Аутистическая психопатия  
Инфантильное шизофреническое расстройство

## F84.3 Другие инфантильные разрушительные расстройства

- Это очень редкие нарушения развития, с коротким периодом нормального развития перед проявлением. Ребенок теряет навыки, приобретенные в течение нескольких месяцев.
  - Общая потеря интереса к окружающей среде, стереотипные и двигательные манеры, повторяющиеся и аномалии схожие с аутизмом, таким как нарушения социального взаимодействия и коммуникации.
- Эти дети обычно остаются малоречивы и не способны вести самостоятельную жизнь.
  - Инфантильная деменция
  - Разрушительный психоз
    - Синдром Хеллера
  - Симбиотических психоз



**F90-F98 — Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте**

- F90. Гиперкинетические расстройства
  - F91. Расстройства поведения
- F92. Смешанные расстройства поведения и эмоций
- F93. Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста
  - F94. Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов
    - F95. Тики
- F98. Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

## F90. Гиперкинетические расстройства

- F90.0 Нарушение активности и внимания
- F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения
- F90.8 Другие гиперкинетические расстройства
  - F90.9 Гиперкинетическое расстройство неуточнённое

# F90. Гиперкинетические расстройства

- Гиперкинетические нарушения возникают преимущественно в течение первых пяти лет жизни и в несколько раз чаще встречается у мальчиков, чем у девочек
- Основными признаками синдрома являются:
  1. отсутствие внимания
  2. импульсивность
  3. Гиперактивность
- СДВГ: синдром дефицита внимания с гиперактивностью (ранее МПМ: минимальные повреждения мозга)
- Распространенность от 3% до 10% у младших школьников

# F90 Гиперкинетические расстройства

- Этиология: генетическая предрасположенность, экологические токсины, внутриутробные или послеродовые повреждения головного мозга
    - Около 50% детей с гиперкинетическим синдромом имеют так называемые "мягкие знаки" и незначительные отклонения в ЭЭГ
      - IQ: от субнормальный интеллект
  - Особенности неспособности в обучении часто сопровождаются гиперкинетическим синдромом
- Типы синдрома гиперактивности:
- Нарушение активности и внимания
  - Гиперкинетическое расстройство поведения

## Лечение :

- Родители и учителя должны иметь в виду, как бороться с гиперактивными детьми
- Иногда предписываются ноотропный препараты и низкие дозы антипсихотических препаратов.
- Такие стимулирующие препараты, как метилфенидат иногда имеют парадоксальный эффект.
  - Стимулирующие лекарственные

# F91. Расстройства поведения

- F91.0 Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи
- F91.1 Несоциализированное расстройство поведения
- F91.2 Социализированное расстройство поведения
- F91.3 Вызывающее оппозиционное расстройство
- F91.8 Другие расстройства поведения
- F91.9 Расстройство поведения неуточнённое

## F91.0 Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи

- Агрессивные или диссоциации поведение направлен на членов семьи и встречается в основном у себя дома или непосредственно в семье. Кража и уничтожение домашнего любимого имущества некоторых членов семьи являются типичными. Социальные отношения вне семьи находятся в пределах нормы

## F91.1 Несоциализированное расстройство поведения

- Агрессивное поведение и диссоциации связаны с плохим отношением с другими детьми группами сверстников.
- Отсутствие близких друзей, специфичен отказ со стороны других детей , непопулярность в школе, враждебные чувства по отношению к взрослым.



## F91.2 Социализированное расстройство поведения

- Диагноз применяется в случае, если ребенок показывает агрессивное поведение и диссоциации, но отношения со сверстниками является адекватным.

## F91.3 Вызывающее оппозиционное расстройство

- Дети в возрасте от 9 до 10 лет, которые имеют постоянное негативное, провоцированное и разрушительное поведение.
- Агрессивные расстройства поведения не наблюдаются, общие права и права других людей такие больные соблюдают.
- Этот тип поведения часто направлен на нового члена семьи - например,

## Лечение:

- Должны быть приняты во внимание семейное положение и отношение к расстройству ребенка. Семейная терапия необходима для повышения эмоциональной поддержки и понимания ребенка.
- В случаях неблагополучных семей, жестокого обращения с детьми и пренебрежения рекомендуются приемные семьи, размещение их в другие семьи.

## F92. Смешанные расстройства поведения и эмоций

- Группа расстройств характеризуется сочетанием стойким агрессивным поведением, диссоциативным или вызывающим с очевидных симптомами депрессии, тревоги или др.
- Расстройства настроения у детей часто выражаются через вызывающее поведение или соматические СИМПТОМЫ.

## **F93. Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста**

- F93.0 Тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой
- F93.1 Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте
- F93.2 Социальное тревожное расстройство в детском возрасте
  - F93.3 Расстройство соперничества
- F93.8 Другие эмоциональные расстройства в детском возрасте
- F93.9 Эмоциональное расстройство в детском возрасте неуточнённое

## F93.0 Тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой

- Ребенок тревожен, когда отделен от людей, которые эмоционально важны для него - родителей, членов семьи. Должны быть рассмотрены и стадии развития.
- Отказ от школы часто является симптомом разлуки

Лечение:

- В случае отказа от школы ребенок должен быть немедленно возвращен в школу, должны быть установлены строгие ограничения
- Лечение ориентировано на структуру семьи и рекомендации о методах образования.
- В тяжелых случаях требуется использование антидепрессантов

## F93.1 Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте

- Фобические состояния часто встречаются у детей включают страх животных, насекомых, темноты и школы. Фобии животных и насекомых обычно начинаются в возрасте 5 лет и почти ни одна из них не начинается во взрослой жизни. Некоторые фобии возникают в позднем подростковом возрасте - например, агорафобия

### Лечение:

- рекомендуется психотерапия
- Полезны и методы для снижения тревоги, например, десенсибилизация

## F93.2 Социальное тревожное расстройство в детском возрасте

- Существует социальные опасения или тревога, когда пациенты сталкиваются с новыми, странными или опасными социальными ситуациями. Эта категория должна использоваться только там, где такие опасения возникают в течение первого года с необычной степенью интенсивности и сопровождается проблемами социального функционирования.
  - Страх социальных контактов связан с избегающим поведением, который создает проблемы для других организаций, работающих в группах сверстников и успеваемости в школе.
- Общественное признание ребенка может быть очень трудным и может иметь влияние на будущее развитие личности ребенка.

Лечение:

- Психотерапия
- Анксиолитические препараты



## F93.3 Расстройство соперничества

- Определенная степень эмоционального расстройства, которое обычно следует за рождением младшего брата выражается самым к маленьким детям.
  - Соперничество среди братьев должно быть диагностировано только при сохранении степени нарушения, а также расстройств, связанных с социальным взаимодействием.
  - Дети с расстройством конкуренции между детьми действуют с серьезной ненавистью к новорожденному, в тяжелых случаях, он показывает вредное физическое поведение и стойкие конкуренции, чтобы привлечь внимание родителей.

Лечение:

- Психотерапия , которая занимается семейными проблемами

F94. Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов

- F94.0 Элективный мутизм
- F94.1 Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте
- F94.2 Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу
- F94.8 Другие расстройства социального функционирования в детском возрасте
- F94.9 Расстройство социального

# F94.0 Элективный мутизм

- Социальная аномальная реакция, обращенная к воспитателями ребенка, которая развивается в возрасте до 5 лет.
  - Это заболевание часто является результатом родительской заботы, жестокого обращения или неправильного обращения в детских учреждениях.
- У ребенка есть страх, слабое социальное общение со сверстниками, агрессивные ответы, самовредительское поведение .

Лечение:

- Избежание ошибок в учреждениях
  - Политика хорошего воспитания и
- Социальная бдительность в отношении родителей

## F94.2 Расстройство привязанности в детском возрасте по расторможенному типу

- Анормальное социальное функционирование в течение первых 5 лет для детей, которые не могут иметь стабильные эмоциональные отношения с воспитателями.

Нарушение может быть признано у детей, которые с раннего детства росли в учреждениях или испытывают очень частую смену воспитателей.

- Чтобы избежать этого нарушения развития необходима хорошая
-

# F95.Тики

- ТИК – произвольные двигательные движения, быстрые, рецидивирующий, аритмичные (обычно с участием ограниченных групп мышц) или вокального происхождения, которые характеризуется внезапным началом.
- Тики переживаются как непреодолимый, но могут быть подавлены на короткий короткий период времени
- Условия диагностики также отсутствие неврологических расстройств, повторяющиеся, и исчезновение их во время сна, отсутствие регулярности.

# F95 Тиковые расстройства

- Простые моторные тики: моргание, спазм шеи, сжимание плеч, лицевые гримасы
  - Простые вокальные тики: лай, принюхивание, шипение
  - Сложные моторные тики: прыжки
- Сложные вокальные тики: повторение определенных слов или фраз, а иногда и социально неприемлемое использование слов (часто

# Классификация тиковых расстройств

- F95.0 Транзиторные тики
- F95.1 Хронические моторные тики или вокализмы
- F95.2 Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков [синдром де ла Туретта]
  - F95.8 Другие тики

# Лечение:

- Лечебный сон
- Гипнотерапия
- Гидротерапия
- Нейрохирургия
- Электросудорожная терапия
- Антипсихотические препараты
  - Антидепрессанты
  - Ноотропные препараты
- Когнитивная поведенческая терапия
  - Сотрудничество с семьей



## F98. Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

- F98.0 Энурез неорганической природы
- F98.1 Энкопрез неорганической природы
- F98.2 Расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте
- F98.3 Поедание несъедобного младенцами и детьми
- F98.4 Стереотипные двигательные расстройства
  - F98.5 Заикание [запинание]
  - F98.6 Речь захлеб
- F98.8 Другие уточнённые эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский возраст
  - F98.9 Эмоциональное расстройство и расстройство поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст, неуточнённое

# F98.0 Энурез неорганической природы

- Ребенок не в состоянии добровольно контролировать мочеиспускание в течение дня (суточный энурез) или ночью (ночной энурез)
  - Ночное недержание мочи может присутствовать при рождении (первичный энурез) или может произойти после того, когда был получен контроль над мочевым пузырем (вторичный энурез)
- Не существует никаких неврологических или структурных аномалий мочевой системы или отсутствие контроля над мочевым пузырем, не вызвано эпилептическими припадками, циститом или диабетической полиурией
- Ночное недержание мочи не диагностируется у ребенка 4 лет с точки зрения умственного возраста
  - Эмоциональные проблемы могут возникнуть как вторичное следствие энуреза

## Лечение :

- Небольшое ограничение жидкости перед сном
- Пробуждение в туалет в течение ночи
- Награждение успеха и необращение внимания на неудачи
  - Антидепрессанты

# F98.1 Энкопрез неорганической природы

- Диагностика включает в себя повторяющееся преднамеренное или непреднамеренное удаление фекалий в местах, не предназначенных для этой цели.

Этиология:

- Результате недостаточного обучения туалету
- Ребенок имеет возможность контролировать кишечник, но по разным причинам отказывается дефекации в соответствующих местах
- Физиологические или эмоциональные проблемы
- Энкопрез может сопровождаться растягиванием фекалий по телу или окружающей среде или является частью анальной мастурбации. Возникает у детей с эмоциональными и поведенческими расстройствами или умственно отсталых лиц.

## Лечение:

- Психотерапия
- Похвала успеха
- Ребенок учится, устанавливать более нормальные испражнения, например, регулярно нахождение на унитазе после еды
- Анксиолитики или антидепрессанты

## F98.2 Расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте

- Нарушение, включающее в целом отказ питания и экстремальная странность в присутствии достаточного питания при отсутствии органического заболевания.
  - Может быть связан с жеванием (повторные срыгивания без тошноты)
    - Обычно возникает у детей , находящихся в учреждениях по уходу за детьми или умственно отсталых

## F98.3 Поедание несъедобного младенцами и детьми

- Упорное поедание несъедобных веществ (грунт, краска, известь)
  - Часто встречается у детей с задержкой психического развития или очень маленьких детей с нормальным уровнем интеллекта

# F98.4Стереотипные двигательные расстройства

- Произвольные движения, повторяющиеся, стереотипные, нефункциональные (и часто ритмические), которые не являются частью психического или неврологического состояния .

Движения, что не представляют опасности причинения вреда:

- качание тела
- покачивание головы
- таскание за волосы
- скручивание волос
- Дрожащие пальцы

Стереотипное поведение, которое представляет риск членовредительства:

- повторные удары головой
  - удары лица
  - нажатие на глаза
- кусание рук, губ или других частей тела

У детей с умственной отсталостью или некоторых детей с нарушениями зрения.



## F98.5 Заикание [запинание]

- Замедление, частое повторение звуков, слогов или слов
- Это может быть фазовым переходом в раннем детстве или хронической неспособностью говорить

## F98.6 Речь взхлеб

- Быстрый темп речи, но без повторений или колебаний, порождает уменьшение тяжести разборчивости.
- Речь является хаотичной и неритмичной с быстрыми очередями, обычно с участием неисправных моделей фразировки.

F98.8 Другие уточнённые эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский возраст

- синдром дефицита внимания с гиперактивностью
  - чрезмерная мастурбация
    - кусание ногтей
    - ковыряние в носу
    - сосание пальца

Психическое расстройство, которое обычно происходит в зрелом возрасте, но может произойти в раннем детстве и подростковом возрасте

- Раннее начало шизофренических расстройств в детском возрасте встречается, но очень редко и прогноз неблагоприятный из-за его влияния на психическое развитие. Лечение часто включает нейролептики в учреждениях стационарного типа.
- Маниакально-депрессивное расстройство встречается редко до наступления половой зрелости, но заболеваемость увеличивается в подростковом возрасте.
- Лечение схоже с лечением у взрослых, но электросудорожная терапия не применяется до подросткового возраста

Жестокое обращение с детьми это термин, используемый для обозначения физического насилия, сексуального насилия или эмоционального насилия и пренебрежения.

### Уход за ребенком после развода:

- Если некоторые родители не могут достичь согласия по уходу за ребенком после развода, в данном случае суд требует консультацию детского психиатра чтобы дать заключение о лучшем решении для ребенка.
- после развода споры являются травматичными для детей и заявления детского психиатра нужно озвучивать очень аккуратно, чтобы защитить развитие ребенка и его благополучие
- должны уважаться и защищаться родительские права обоих родителей - отца и матери
- требуется сотрудничество с детским психологом и социальными работниками