

**ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта»**  
Медицинский институт  
Кафедра психиатрии и нейронаук

**ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России**  
Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии

Шендеров Кирилл Владимирович  
Реверчук Игорь Васильевич  
Моллаева Наида Раджабовна

# Психиатрия и медицинская психология

Учебное пособие для иностранных студентов медицинских вузов и  
факультетов

*(На английском языке)*

Калининград, Махачкала 2023

УДК 616.89 (075.8)

ББК 56.1

Ш - 472

Шендеров Кирилл Валерьевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и нейронаук образовательно- научного кластера «Институт медицины и наук о жизни» ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»

Реверчук Игорь Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и нейронаук, руководитель лаборатории нейросенсомоторных нарушений, старший научный сотрудник Центра геномных исследований образовательно-научного кластера «Институт медицины и наук о жизни» ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»

Моллаева Наида Раджабовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой Психиатрии, медицинской психологии и наркологии, проректора по научной работе ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

В данном учебном пособии освещены вопросы общей и частной психиатрии, медицинской психологии с учетом переходного периода от МКБ-10 к МКБ-11.

Рассмотрены вопросы диагностики, лечения психических расстройств и организации психиатрической помощи. Освещаются вопросы онтогенеза психических процессов и личности.

Данный материал будет полезен англоязычным студентам, изучающим психиатрию на медико-психологических факультетах медицинских вузов, а также врачам-психиатрам, медицинским психологам, а также студентам психологических и юридических факультетов вузов, в учебную программу которых включены основы психиатрии и медицинской психологии.

Консультант по английскому переводу - **Хамика Шириш Мурудкар**, студентка 6 курса, Медицинский институт Балтийского федерального университета им. Иммануила Канта.

# Содержание

<b>Медицинская психология</b> .....	<b>5</b>
Введение в медицинскую психологию .....	5
История возникновения клинической психологии .....	10
Методы исследования в психологии .....	12
Экспериментально-психологические методы исследования .....	14
Психология развития. Этапы и кризисы развития .....	27
Структура личности .....	32
Акцентуированные личности по Карлу Леонгарду.....	37
Эмоции. Онтогенез эмоций.....	39
Развитие сознания в онтогенезе .....	43
<b>Биохимия головного мозга и локализация психических функций</b> .....	<b>44</b>
Энергетический обмен в головном мозге .....	44
Локализация функций головного мозга .....	49
Боль .....	52
<b>Психиатрия</b> .....	<b>54</b>
Введение в психиатрию .....	54
История психиатрии как науки .....	57
Здоровье и патология в психиатрии .....	64
Организация психиатрической помощи в Российской Федерации .....	63
Классификация психических расстройств .....	64
<b>Общая психопатология</b> .....	<b>68</b>
Симптомы .....	68
Синдромы .....	76
Диагностика в психиатрии .....	87
<b>Частная психиатрия</b> .....	<b>89</b>
<b>Шизофрения</b> .....	<b>89</b>
Терапия шизофрении. Антипсихотики .....	96
<b>Аффективные психические расстройства</b> .....	<b>99</b>
Классификация антидепрессантов .....	106
<b>Инволюционный психоз</b> .....	<b>107</b>
<b>Дегенеративные (атрофические) заболевания головного мозга</b>	<b>109</b>
<b>Сосудистая деменция</b> .....	<b>114</b>
Лечение деменции. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы. Мемантин. Ноотропы...115	
<b>Эпилепсия</b> .....	<b>118</b>
Классификация эпилептических припадков .....	120
Психические расстройства при эпилепсии .....	127

Лечение	
эпилепсии .....	129
<b>Психогенные психические расстройства .....</b>	<b>131</b>
Понятие стресса и дистресса .....	131
Психосоматические расстройства .....	137
Реактивные психозы .....	140
Истерические психозы .....	141
Неврозы .....	143
Обсессивно-компульсивное расстройство .....	148
Транквилизаторы .....	149
<b>Расстройство пищевого поведения .....</b>	<b>150</b>
<b>Экзогенно-органические и симптоматические психические</b>	
<b>расстройства .....</b>	<b>151</b>
Психические расстройства на фоне черепно-мозговой травмы.....	152
Органическое расстройство личности вследствие черепно-мозговой травмы	156
Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга...	157
Психические расстройства при инфекционных заболеваниях .....	158
Прогрессивный паралич .....	160
Психические расстройства при неинфекционных заболеваниях.....	164
<b>Психические расстройства, начинающиеся в детском</b>	
<b>возрасте .....</b>	<b>169</b>
Проявления неврозов у детей .....	169
Виды соматизации у детей .....	169
Минимальная мозговая дисфункция .....	172
Нарушения развития нервной системы.....	173
<b>Расстройства</b>	
<b>личности .....</b>	<b>179</b>
Девиантное	
поведение .....	188
<b>Неотложные состояния в психиатрии .....</b>	<b>189</b>
Психомоторное возбуждение и агрессивное поведение .....	189
Суицидальное	
поведение .....	189
Отказ от еды .....	191
Тяжелый	
делирий .....	191
Эпилептический	
статус .....	192
Фебрильная шизофрения .....	193
Злокачественный нейролептический синдром .....	193
Отравление психотропными средствами .....	194
Рекомендуемая	
литература .....	196

# Медицинская психология

## *Введение в медицинскую психологию*

### **Предмет, проблемы, задачи медицинской психологии.**

Термин психология происходит от греческого слова «psyche», означающего «дух» или «душа». Последняя часть слова «психология» происходит от «*λογία - logia*», что означает «изучение» или «исследование».

*Медицинская психология*— раздел психологии, сформировавшийся на стыке с медициной, использующий знания о психологических закономерностях в медицинской практике: в диагностике, лечении и профилактике заболеваний.

Медицинская психология изучает все психологические проблемы больных людей на разных этапах их жизни и болезни, а в более широком смысле изучает всю динамику благотворного или вредного влияния личности человека и межличностных отношений на здоровье и болезнь.

*Предметом психологии* является изучение закономерностей развития и проявлений психики, т. е. психических явлений.

*Психика человека — это субъективное отражение объективного мира, являющееся свойством высокоорганизованной материи (мозга).*

Мы сразу говорим, что психические явления представляют собой сложный процесс, отражающий деятельность целостной личности; они не являются чем-то строго независимым и изолированным.

Однако в психологии по методическим соображениям и для удобства изучения психические явления принято делить на три основные группы:

1. *Психические процессы* - ощущение, восприятие, память, мышление, воображение, эмоции и др.;
2. *психические состояния* - активность, пассивность, утомляемость и др.;
3. *психические свойства личности* - характер, темперамент, способности и т.д.

### **Психические процессы** делят на три основные группы:

1. Познавательные процессы (внимание, ощущение и восприятие, память, мышление и воображение),
2. Волевые процессы (мотивы, стремления, желания, принятие решений),
3. Эмоциональные процессы (чувства, эмоции).

**Целью клинической психологии** является сохранение и восстановление психического и соматического здоровья (путем формирования методов профилактики, диагностики, коррекции психических заболеваний).

### **Задачи клинической (медицинской) психологии:**

- 1) изучение психогенного и оздоровительного влияния различных психологических явлений на развитие, течение, лечение, профилактику различных расстройств;
- 2) изучение психологических особенностей больных различных нозологических групп;
- 3) изучение нарушений развития и функционирования психики;

4) изучение особенностей системы взаимоотношений пациентов внутри больничной микросреды;

5) методические разработки в области научно-практической деятельности клинического психолога.

**Предметом медицинской психологии является изучение:**

- а) психических и поведенческих расстройств;
- б) личностно-поведенческих особенностей людей, страдающих различными заболеваниями;
- в) влияние психологических факторов на возникновение, развитие и течение болезней;
- г) особенности взаимоотношений больных людей и социальной микросреды, в которой они находятся.

**Объект психологии** - человек как *социальный субъект*.

Цель и задачи клинической психологии определяются потребностями психиатрической, неврологической и соматической клиники.

В центре клинической психологии находится человек с психическими болезнями и проблемами, с трудностями адаптации и самореализации, связанными с состоянием его здоровья.

Они объясняются двумя способами:

- 1) особенности психики обуславливают трудности адаптации человека, уже сама дезадаптация повышает к риск возникновения болезненных состояний (психосоматика, психические расстройства);
- 2) болезни и их последствия могут влиять на изменение психического статуса человека, что приводит к дезадаптации.

**Структура медицинской психологии в России:** нейропсихология, патопсихология, психосоматика, психокоррекция, психотерапия и др.

**Три основных направления клинической психологии:**

1) **нейропсихология** - изучает психомозговую систему, нарушения высших психических функций, особенности работы головного мозга при локальных поражениях головного мозга, а также пути восстановления нарушенных функций.

Нейропсихология делится на:

- общая нейропсихология - изучает типологию психических расстройств при локальном поражении головного мозга;
- клиническая нейропсихология - изучает нейропсихологические синдромы, характерные для того или иного заболевания;
- детская нейропсихология - изучает особенности мозговой организации психических функций у детей и проблему дизонтогенеза;
- нейропсихологическая реабилитация - научные основы методики лечения нарушенных психических функций;
- геронтонейропсихология – изучает закономерности нормального и аномального старения мозга;
- нейропсихология индивидуальных различий - вкл.деособенности мозговой организации психики при различном профиле личности;
- афазиология - типология нарушений речевой функции;

-познавательная нейропсихология - изучение мозговой организации познавательных процессов, таких как память, внимание, мышление.

2) **патопсихология** изучает нарушения интеллектуально-личностной сферы и поведения при психических заболеваниях и расстройствах. Патопсихология — раздел медицинской психологии, изучающий закономерности нарушения психической деятельности и свойств личности в случае болезни.

Подразделяется на:

- общая - типология личности и психических расстройств при психических расстройствах;

- детская - типология личностно-психических нарушений при психических расстройствах детского возраста;

- геронтопатопсихология - проблема патопсихологического старения с точки зрения нарушения типологии личности;

- судебная - психология преступника, психология маньяка, психология насильника.

3) **Психосоматика** - изучает систему человек-болезнь, изучает, как соматические расстройства влияют на психику и как психическое влияет на соматическое состояние.

Дополнительные области клинической психологии:

А) *Психология нарушений развития* – изучает различные нарушения психического развития (психический дизонтогенез) в детском и подростковом возрасте как следствие патологии созревания структур и функций головного мозга.

Б) *Психотерапия* - клиничко-психологическое воздействие в клинике (при психических расстройствах) с целью упорядочения нарушений деятельности организма психологическими средствами.

В) Психологическое консультирование - это один из видов психологической помощи (к коим относят: психокоррекцию, психотерапию, психологическое консультирование), отличная от психотерапии. Эта профессиональная деятельность возникла в ответ на потребности людей (без клинических проявлений) на психологическую помощь.

Г) Психологическая коррекция - деятельность, направленная на развитие у человека необходимых психологических качеств для повышения его социализации и приспособления к изменяющимся условиям жизни, а также на коррекцию особенностей психологического развития, если они мешают человеку в достижении поставленных целей.

Клиническую (медицинскую) психологию можно разделить на общую и частную.

**Общая клиническая психология** разрабатывает проблемы основных закономерностей психологии больного человека (критерии нормальной и измененной психики), проблемы психологии врача (медицинского работника,



психолога или специалиста по социальной работе) и психологии лечебного процесса. Кроме того, в общеклинической психологии разрабатывается учение о соотношении психического и соматического в человеке (психосоматические и соматопсихические отношения), медицинские аспекты учения об индивидуальности (темперамент, характер, личность) и стадиях постнатального развития, онтогенеза психики (возрастная клиническая психология), а также рассматривает наиболее общие психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии.

**Частная клиническая психология** раскрывает основные стороны психологии больных с конкретными заболеваниями, а также особенности врачебной этики и деонтологии при работе с ними. Например, отдельному рассмотрению могут быть подвергнуты психологические особенности больных, страдающих различными соматическими или нервно-психическими заболеваниями, психологические особенности больных на этапах подготовки, хирургических операций и в послеоперационном периоде.

#### **Концепция психологии здоровья.**

Психология здоровья представляет собой комплекс конкретных учебных, научных и профессиональных элементов психологии как научной дисциплины, направленной на укрепление и поддержание здоровья, профилактику и лечение заболеваний, выявление этиологических и диагностических коррелятов здоровья, болезней и связанных с ними дисфункций, а также анализ и совершенствование систем здравоохранения и формирование стратегии (политики) здоровья.

Психология здоровья включает в себя практику сохранения здоровья человека от зачатия до смерти.

Двойственное понятие психологии здоровья:

1) Психология здоровья как научно-практическая деятельность клинических психологов, направленная на охрану и укрепление здоровья населения. Включены разнообразные задачи: профилактические, лечебные, реабилитационные, консультативные.

2) Психология здоровья включает в себя психологическую культуру человека, психологию здорового образа жизни, роль общества и качество жизни, индивидуальная ответственность человека за свое здоровье.

#### **Области применения медицинской психологии:**

1. Сектор здравоохранения. Участие в работе лечебно-профилактических учреждений (от онкологии до стоматологии).

2. Психологи в образовательных учреждениях. Работа в дошкольных учреждениях, в школах, в детских санаториях, в интернатах для детей с задержкой психического развития и умственного развития, в центрах коррекционной педагогики и др.

3. Клинические психологи в службах социальной защиты: центры занятости, службы трудоустройства, службы планирования семьи, центры психологической помощи жертвам насилия, социальных, природных и техногенных катастроф, кризисные службы и многое другое.

### **Практические задачи и функции медицинского психолога.**

Клинический психолог в учреждениях здравоохранения – это специалист, в обязанности которого входит как участие в психодиагностических и психокоррекционных мероприятиях, так и в лечебном процессе в целом.

Деятельность психолога в медицинском учреждении направлена на:

- 1) повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека;
- 2) гармонизация психического развития;
- 3) охрана здоровья;
- 4) профилактика и психологическая реабилитация.

Предмет деятельности клинического психолога: мы можем рассматривать психические процессы и состояния, индивидуальные и межличностные особенности, социально-психологические явления, проявляющиеся в различных сферах деятельности человека.

По вышеуказанным направлениям клинический психолог выполняет следующие виды деятельности:

- 1) диагностическая;
- 2) экспертная;
- 3) коррекционная;
- 4) профилактическая;
- 5) реабилитационная;
- 6) консультативная;
- 7) исследовательская и др.

### **Основные задачи психологических исследований в клинике:**

Базовой задачей клинического психолога в медицинском учреждении является его участие в дифференциальной диагностике различных заболеваний, лечении и социально-трудовой адаптации больных.

Прежде всего, это оценка психического состояния больного, которая обычно представляет собой экспресс-диагностику с использованием краткой батареи психологических тестов.

Во-вторых, оценка изменений психического состояния больного под влиянием проводимой медикаментозной терапии или под влиянием психотерапии. Такое лонгитюдное исследование предполагает диагностику психического состояния до и после терапии и часто требует использования «параллельных форм» психологических тестов.

Третья задача, проблема, с которой сталкивается психолог, - дифференциальная диагностика. Например, об особенностях мышления при шизофрении: опоре на латентные признаки предметов и явлений, трудности в различении главного от второстепенного, склонность к рассуждениям. Для расстройств органического спектра характерны обстоятельность, конкретность мышления, а также истощаемость мыслительных процессов, трудности в поддержании активного внимания.

Четвертой задачей, которая ставится перед психологом в клинике, являются экспертные вопросы. Например, участие в судебно-психологической экспертизе (вопросы вменяемости и дееспособности), в медико-социальной экспертизе (при установлении инвалидности больного), в составе военной экспертизы (вопросы годности к военной службе).

Теперь задачи психолога шире. Они могут включать психологическое консультирование больного, членов его семьи, участие в реабилитационных программах. Это включает в себя коммуникативное обучение, обучение навыкам независимого проживания, обучение навыкам самообслуживания, мотивационное обучение, бригадное/мультипрофессиональное оказание помощи (совместно с психиатром, специалистом по социальной работе, инструктором по труду, психотерапевтом).

В науке существуют две противоположные тенденции в понимании того, что такое психика.

Первая тенденция — рассматривать психику как удобную биологическую метафору нейрофизиологических процессов, происходящих в мозге.

Другая тенденция в трактовке понятия психики заключается в том, что под ней понимается общая способность живых существ реагировать на абиотические (биологически нейтральные) воздействия.

Согласно диалектическому материализму, любая материя обладает уникальными отражающими свойствами. Однако, что отражается и как отражается зависит от уровня организации материи.

1. *Физическое отражение* свойственна неживой природе, примерами ее являются отражение звука, света и т. д. Знание ее законов широко используется в технике — радиолокации, фотографии, ракетостроении.

2. *Физиологическое отражение* является свойством только живой природы, примерами чего являются многочисленные рефлекторные реакции.

3. *Психическое отражение* возникает при дальнейшем усложнении нервной системы и головного мозга как живой сложной рефлекторной системы. Внешний мир порождает определенные процессы в структурах мозга, отражающие свойства этого внешнего мира в виде различных психических явлений.

*Низшие (элементарные) психические функции:* ощущение, восприятие, детское мышление, произвольная память.

*Высшие психические функции* - сложные, жизнеобразующие психические процессы, *социальные* по происхождению. К ним относятся абстрактное мышление, речь, произвольная память, произвольное внимание и воображение.

Уровни психики:

1. Раздражительность (у амебы есть реакция и на внешние раздражители)
2. Чувствительность (ощущение). Реакция на нейтральные факторы внешней среды.
3. Поведение высших животных (комплекс рефлексов)

4. Сознание человека – это высший уровень психического отражения и регуляции.

**Первые три уровня психики имеют следующие характеристики:**

- 1) образуются под влиянием биологических факторов;
- 2) непосредственно связаны с удовлетворением конкретных, ситуативных биологических потребностей;
- 3) инстинктивны по способу реализации.

**Высшие психические функции имеют следующие характеристики:**

- 1) формируются под влиянием социальных факторов (общение, воспитание, обучение),
- 2) опосредуются знаково-символическими формами (преимущественно речью),
- 3) произвольны по способу осуществления.

***История развития клинической психологии***

*Первый этап* в развитии психологии - психологии как науки о душе. Это определение психологии было дано более 2000 лет назад. Присутствием души пытались объяснить все непонятные явления в жизни человека.

*Вторая стадия* - психология была известна как наука о сознании. Возникает в 17 в. в связи с развитием естественных наук. Способность думать, чувствовать и желать называется осознанностью. Основным методом изучения было наблюдение человека за самим собой и описание фактов.

*Третий этап* – психология как наука о поведении. Возникает в 20 в. Задача психологии - она должна экспериментировать и наблюдать то, что можно увидеть непосредственно; а именно: поведение, поступки, реакции человека.

*Четвертый этап* – психология как наука, изучающая объективные закономерности, проявления и механизмы психики.

*Материалистические взгляды на психику.*

*Гиппократ.* Он утверждал, что все сущее, в том числе и душа, состоит из атомов, которые представлялись ему в виде мельчайших и неделимых частиц.

*Аристотель* полагал, что душа есть активное начало в материальном теле, а также его форма, но не сама субстанция или тело.

*Идеалистические взгляды на психику.*

Основная позиция Платона (427-347 до н.э.) заключается в признании доминирования мира идей, а не материального мира.

*Дуалистические взгляды на психику.*

Декарт считал, что человек состоит из нематериальной души и материального тела. Таким образом, с его точки зрения, душа и тело имеют разную природу.

*Традиция естествознания* в психологии заключается в том, что человек рассматривается как неотъемлемая часть мироздания. Это, в свою очередь, предполагает, что методы естественных наук (которые изучают Вселенную) должны использоваться и при изучении психики и поведения человека.

*Культурно-историческая традиция*, наоборот, подчеркивает своеобразие человека как социального существа, своеобразие человеческого общества и мира искусственных предметов, созданных человеком (человеческой культуры). Отсюда, в свою очередь, следует, что методы изучения психики и поведения человека должны существенно отличаться от методов естественных наук.

В современной психологии обособилась традиция построения знания на основе опыта и разума, а также традиция построения знания на основе разума, не ограниченного данными опыта. Первая традиция называется эмпирической, вторая — априорной, или метафизической.

*Эмпиризм — это философия человеческого разума, полностью основанная на опыте.*

Ориентация на превалирование атомизма или холизма еще одна веха в становлении психологии. Соотношение частей и целого в рамках атомизма и холизма понимается почти противоположным образом.

Идеи атомизма близки эмпирической количественной (научной) психологии, а холизма — априорной и качественной психологии культуры.

*Холизм* - это принцип познания, суть которого заключается в приоритете целого по отношению к его частям. Если взять какой-то предмет и разделить его на части, каждую из которых изучить, то полученные знания все равно не будут соответствовать целостному предмету.

Целостный подход в психологии выражается в том, что невозможно изучать психические явления и процессы отдельно от самого человека, не рассматривая его как целостную индивидуальную личность.

Атомизм – это общенаучное и методологическое, мировоззренческое учение, с позиций которого, начиная с 18 в. до появления гештальтпсихологии изучали сложные психические явления, сводя их к совокупности элементарных явлений и связей или ассоциаций между ними.

**Экзистенциальная психотерапия.** Ирвин Ялом (1999) определяет экзистенциальную психотерапию как подход, фокусирующийся на основных проблемах существования человека. Такими основными, или экзистенциальными, проблемами он считает смерть, свободу, одиночество и смысл жизни.

**Когнитивно-поведенческая терапия** - вид психотерапии, который считается одним из самых эффективных при депрессии и биполярном расстройстве. Он направлен на изменение образа мышления, чтобы изменить настроение и поведение. Он основан на идее, что негативные действия или чувства являются результатом искаженных наблюдений и мыслей, а не бессознательных проблем прошлого.

**Суггестивная психотерапия** – современная процедура, позволяющая врачу погрузить больного в искусственный сон и привить ему позитивные установки, помогающие выздороветь.

**Гуманистическая психотерапия** - направление, для которого особую ценность представляют ресурсы личности человека, а также присущая им тяга к самосовершенствованию, руководствуясь душевным здоровьем и добротой. Основная задача психотерапевтов – создать подходящие условия для раскрытия личностных качеств человека.

**Психодинамическая психотерапия** — это метод, фокусирующийся на роли бессознательного конфликта, который может вызывать симптомы у пациента (такие как депрессия и тревога).

## *Методы исследования в психологии*

В психологии существует два основных метода получения психологических фактов: метод наблюдения (дескриптивный метод) и экспериментальный метод.

**Наблюдение** — это систематическое, целенаправленное наблюдение за проявлениями психики человека в определенных условиях.

Различают следующие виды наблюдения: срез (кратковременное наблюдение), лонгитюдное (длительное наблюдение за одной и той же группой испытуемых), непрерывное (обследуются все представители исследуемой группы), выборочное (получение сведения о больших группах людей путем изучения лишь некоторых их частей, составляющих репрезентативную, иначе репрезентативную, выборку) и особый вид - включенное наблюдение (когда наблюдатель становится членом изучаемой группы). Задачи наблюдения могут заключаться в изучении психологических особенностей не только отдельного человека, но и всего коллектива.

**Эксперимент** является наиболее эффективным способом выявления причинно-следственных связей между изучаемыми переменными. Эксперимент отличается от наблюдения активным вмешательством исследователя в ситуацию. В этом случае осуществляется систематическая манипуляция одной из переменных, которая называется независимой переменной (изменяется исследователем), после чего производится регистрация сопутствующих изменений изучаемого явления (зависимая переменная). Переменная — это любая реальность, которая может измениться в экспериментальной ситуации.

Таким образом, эксперимент в психологии включает в себя условия, в которых работает испытуемый, которые преднамеренно создаются и видоизменяются, и перед ним ставятся определенные задачи, а затем, по способу их решения, судят о возникающих при этом психических явлениях.

Существует два основных типа психологического эксперимента: естественное и лабораторные.

Помимо основных методов исследования в психологии существуют также ряд дополнительных методов. К ним относятся метод испытаний, моделирование, методический анализ психологической деятельности человека и беседа (опрос).

**Психодиагностика** как раздел психологии сосредоточена на оценке психологических характеристик личности. Как самостоятельная область психологии она ориентирует исследователя не на исследование, а на обследование, т. е. на постановку психологического диагноза. Психологический диагноз как основная цель диагностики может устанавливаться на разных уровнях.

Первый уровень – симптоматическая (эмпирическая) диагностика; он ограничивается констатацией особенностей или симптомов (признаков).

Второй уровень – этиологический диагноз (синдромальный); учитывает не только наличие тех или иных особенностей, но и причины их возникновения.

Третий уровень — типологический (нозологический) диагноз; она состоит в определении места и значения выявленных признаков в общей картине психической жизни человека.

Современная психодиагностика широко используется в: здравоохранении, при выборе профессии (профориентация), расстановке кадров, прогнозировании социального поведения, воспитании, прогнозировании психологических

последствий изменения среды, судебно-психологическая экспертиза, психотерапия.

**Тесты** – это наборы задач и вопросов, позволяющие быстро оценить психическое явление и степень их проявлений. Тесты отличаются от других методов исследования тем, что они предполагают четкий порядок сбора и обработки первичных данных, а также специальные приемы их последующей интерпретации.

**Моделирование:** метод применяется в том случае, когда изучение интересующего явления затруднено другими методами. Создаваемая искусственная модель изучаемого явления должна повторять его основные параметры и ожидаемые свойства. Модель детально изучает явление и делает выводы о его природе.

Модели могут быть математическими (выражение или формула, включающие переменные и отношения между ними), техническими (устройство, имитирующее изучаемое явление) и кибернетическими (использование в модели понятий из области информатики и кибернетики).

Метод анализа результата деятельности: анализ рисунка, метод беседы, диагностическое интервью.

**Выготский** рассматривал высшие психические функции (мышление, память, речь и др.) как сложные формы сознательной *произвольной* умственной деятельности. Этим они качественно отличаются от других психических явлений, которыми обладают и животные. **В онтогенезе выделяют 3 стадии** развития психики. Первый: взрослый воздействует словом на ребенка, побуждая его к действию. Второй: ребенок усваивает способ обращения от взрослого и начинает воздействовать на взрослого словом. И третье: ребенок начинает воздействовать на себя словом.

**А. Р. Лурия** (1962) дополнили понимание высших психических функций представлениями о функциональных системах мозга. Под функциональной системой в нейропсихологии понимают психофизиологическую основу высших психических функций. Они включают набор афферентных и эфферентных звеньев. Например, речь рассматривается как речевая система, как совокупность речевых функций объединяется в единое целое.

Афферентное звено - процесс понимания речевых высказываний, как устных, так и письменных, начинается с восприятия течения чужой речи. Затем этот поток декодируется в речевую схему путем выделения общей мысли высказывания через внутреннюю речь и понимание ее мотива.

Эфферентная речь - процесс высказывания с помощью языка - начинается с мотива высказывания, формирования программы высказывания, после чего происходит перекодирование общей мысли с помощью внутренней речи в речевые образцы, а затем в развернутая речь.

**Нейроэтология** – это научное направление, сформировавшееся на стыке нейробиологии (науки о нервной системе) и этологии (науки о поведении животных).

Нейроэтологи изучают общие принципы работы нервной системы, изучая поведение животных в естественных условиях.

Эта отрасль науки пытается понять, как ЦНС переводит биологически значимые стимулы в поведение.

Например, слуховая система летучих мышей (их способность к эхолокации) является примером преобразования звуков в сенсорную карту поведения.

Особенностью нейроэтологии является акцент на естественном поведении животных, поведении, сформировавшемся в результате естественного отбора, в процессе эволюции (не в лабораторных условиях). Например, поиск партнера, навигация, уход от хищников.

Йорг-Петер Эверт — пионер нейроэтологии.

Он сформулировал основные вопросы нейроэтологии:

- Как раздражители воспринимаются организмом?
- Как внешние раздражители во внешнем мире представлены в нервной системе?
- Как нервная система получает, хранит и запоминает информацию о раздражителе?
- Как нейронные сети кодируют поведенческий паттерн?
- Как поведение координируется и контролируется нервной системой?
- Как онтогенетическое развитие поведения может быть связано с нервными механизмами?

## ***Экспериментально-психологические методы исследования.***

### **Блок №1. Патопсихологические методы исследования.**

Патопсихологическое исследование включает в себя беседу психолога с больным, психологический эксперимент, методику наблюдения за поведением больного в ходе исследования, а также сбор и анализ анамнестических сведений, сопоставление экспериментальных данных с анамнезом.

Эксперимент в психологии — это использование любой диагностической ситуации для моделирования целостной системы познавательных процессов, анализа мотивов и личностных особенностей больного.

Основные задачи исследования в клинике: выявление изменений отдельных психических функций и выявления патопсихологических синдромов. Это позволяет повысить точность диагностики в условиях психиатрической клиники.

### **Блок №. 2 Методы оценки психических функций.**

К основным психическим функциям относятся: внимание, память, восприятие, мышление, эмоции, интеллект.

***Для оценки внимания используют:*** Таблицы Шульте, коррекционный тест, счет Крепелина, обратный отсчет.

***Для оценки памяти (мнестические функции) - тест десяти слов, метод пиктограмм, тест «оперативная память».***



*Анализ особенностей восприятия проводится с помощью методики «сенсорной возбудимости», т.е.:* Тест Ашаффенбурга, тест Райхарда и тест Литмана.

**Мышление.** Для оценки используем тесты на классификацию, исключения, выявление аналогии, обобщение, выделение существенных признаков; тест на различение понятийного свойства; ассоциативный эксперимент; проблема Эверье и "пиктограмма".

**При оценке эмоциональной сферы мы используем** Тест Спилберга, шкала тревоги Гамильтона, шкала тревоги Бека, шкала Тейлора, цветовой тест Люшера.

**Интеллект:** Тест Равена, тест Векслера, тест Айзенка на вербальный интеллект.

### **Исследования расстройств внимания**

**Таблицы Шульте** представляют собой набор чисел, расположенных в случайном порядке в ячейках. Испытуемый должен назвать и показать все цифры (от 1 до 25 или от 25 до 1).

*Концентрация внимания снижена* если испытуемый тратит больше времени, чем положено, на каждую из таблиц Шульте.

- *Прерывистое внимание*, если нет существенной разницы во времени при подсчете чисел в каждой из четырех-пяти таблиц.
- *Внимание неустойчиво*, если наблюдаются значительные колебания результатов по таблицам без тенденции к увеличению затраченного времени.
- *Внимание истощается*, если наблюдается тенденция к увеличению затрачиваемого времени.

Метод счета по Крепелину был предложен Э. Крепелиным в 1895 году. Он используется для изучения работоспособности и усталости. Испытуемому предлагается сложить в уме ряд однозначных чисел, записанных в столбик. Результаты оцениваются по количеству правильных и ошибочных расчетов.

**Метод обратного отсчета** (Е. Крепелин) состоит в вычитании из 100 одного и того же числа (обычно - 7).

**Корректирующий тест** используется для выявления устойчивости внимания и способности концентрироваться. Инструкция предусматривает зачеркивание пациентом одной или двух букв по выбору исследователя. Нормативные данные по корректирующей пробе - 6-8 минут при 15 ошибках.

**Техника Мюнстерберга** предназначен для определения избирательности внимания. Это буквальный текст, среди которого есть слова. Задача испытуемого – как можно быстрее прочитать текст, чтобы подчеркнуть эти слова. У них есть 2 минуты на работу.

Нарушения концентрации и устойчивости внимания, быстрая истощаемость внимания, затруднение и переключение внимания более характерны для экзогенно-органической патологии, а также при высоком уровне тревожности (при неврозах).

Для эндогенных психопатологических расстройств расстройства внимания неспецифичны. Нарушения активного внимания при сохранении пассивного внимания характерны для шизофрении. Это связано со снижением уровня мотивации.

Расстройства внимания характерны для больных с патологией центральной нервной системы (церебральный атеросклероз, артериальная гипертензия и др.). Расстройства внимания протекают с выраженным болевым синдромом.

### **Исследование расстройств памяти**

Нарушения памяти наиболее выражены при органическом поражении головного мозга, при деменции, при психоорганическом синдроме.

Исследование «оперативной памяти»: Для запоминания предъявляются 10 рядов по 5 чисел в каждом. Запоминать их нужно в порядке называния, затем прибавлять первое число ко второму, второе к третьему, третье к четвертому и так далее. в каждом ряду.

**Метод «Запоминание 10 слов»** используется для оценки непосредственного кратковременного, долговременного, произвольного и непроизвольного запоминания. Эти 10 слов должны быть не связаны по смыслу. Например: книга, кошка, машина, калькулятор, трава....

- Результаты теста свидетельствуют о следующих особенностях запоминания:
- Норма - если испытуемый сразу после прочтения десяти слов воспроизводит не менее 7 слов за 4-5 попыток.
- *Нарушено прямое запоминание* - испытуемый, прочитав 10 слов, воспроизводит менее 7 слов.
- *Долговременная память не нарушена* - если через 30 минут испытуемый воспроизводит не менее 7 заученных слов.
- *Долговременная память снижена* - если через 30 минут испытуемый воспроизводит менее 7 заученных слов.

**Ассоциативная память (тест).** Зачитываются 10 пар слов с четкими смысловыми связями, затем повторяется первое слово каждой пары, а второе испытуемый должен назвать.

**«Пиктограмма» (опосредованное запоминание)** - методика направлена на изучение особенностей опосредованного запоминания, его продуктивности, особенностей мыслительной деятельности. Больному дается для запоминания 10-15 понятий, которые он должен нарисовать таким образом, чтобы впоследствии вспомнить данные понятия по рисунку.

Примеры набора слов и словосочетаний: голодный человек, болезнь, счастье, надежда, веселый праздник, строгий доктор...

Есть 5 вариантов изображения:

- *Абстрактные изображения* - линии, не обрамленные никаким узнаваемым образом.
- *Символические изображения* – это рисунки в форме знаков или символов (геометрические фигуры и т.п.).
- *Конкретные рисунки* - конкретные предметы.
- *Сюжетные изображения* — рисунки пациента объединяются в рассказ.
- *Метафорический* – рисунки в виде метафор.

При анализе выделяют следующие образы:

- *Стандартные изображения* - если рисунки совпадают с культурно обусловленными (например, изображение флажков, шаров для запоминания понятия «веселый праздник»).
- *Атрибутивные изображения* - при изображении преобладают понятия, рисунки, отражающие неотъемлемую часть понятия (например, изображение блюд, связанных с «вкусным обедом»).
- *конкретные образы* - на картинках присутствуют предметы, имеющие непосредственное отношение к ситуации (например, человек, лежащий в постели при изображении понятия «болезнь»).
- *Метафоры*, например, облако, закрывающее солнце при изображении «болезни».
- *Индивидуально значимые изображения*.
- *«Органическая» графика* - если в рисунках преобладают незавершенные линии.
- *Грубая органическая графика* -если преобладают макрофотографии, подчеркивание, вокруг рисунка показывается рамка. Геометрические изображения. Преобладают геометрические формы.

*В норме преобладают конкретные, атрибутивные, стандартно упорядоченные образы.*

Органические поражения головного мозга характеризуются стереотипностью, упорядоченностью, незаконченностью линий, штриховкой, подчеркиванием, обрамлением изображений.

При шизофрении преобладают вычурные, абстрактные изображения, геометрические фигуры, нетипичное расположение рисунков.

### **Нарушения памяти при различных группах психических расстройств.**

Нарушения памяти входят в состав экзогенно-органических расстройств. Но они встречаются и при неврозах.

Астенические состояния характеризуются истощаемостью и ослаблением памяти к окончанию эксперимента.

Умственная отсталость характеризуется низким объемом опосредованного запоминания, плохой точностью и устойчивостью запоминания материала. Преобладает произвольное (непреднамеренное) запоминание.

Деменция характеризуется нарушением механической и ассоциативной памяти на фоне истощения и выраженных нарушений памяти.

Нарушения мнестических процессов при шизофрении нетипичны.

Гипермнезии характерны для маниакальных состояний.

### **Изучение расстройств восприятия**

Следующие методы помогают выявить галлюцинаторные или иллюзорные образы. (При анализе результатов этих тестов нельзя исключить возможное предположение о галлюцинаторных явлениях).

В тесте Ашаффенбурга испытуемого просят поговорить по телефону, который не работает.

В тесте Рейхардта испытуемому предъявляют чистый лист бумаги и просят рассмотреть, прочитать, что на нем написано.

В тесте Липмана после нажатия на веки испытуемого просят сказать, что он видит.

### **Исследование расстройств мышления**

Метод «Классификация» используется для изучения процессов обобщения и абстрагирования, для анализа последовательности суждений. Методика включает набор карточек с изображением животных, растений и предметов. Предлагается разложить карточки на группы так, чтобы они содержали однородные предметы и могли называться обобщающим словом (классификация по наиболее значимому признаку).

Особенности мышления:

*Конкретное мышление.* Пациент группирует предметы в определенные ситуационные группы (например, колесо и автомобиль).

*Избыточная детализация.* Пациент выделяет небольшие группы (например, «зимняя одежда, летняя одежда, одежда для работы, одежда для праздника»), вместо того, чтобы объединять все общим понятием — «одежда».

*Опора на латентные (скрытые, вторичные) признаки.* При классификации больной делает акцент на несущественных и скрытых признаках понятий (например, лед и подсвечник объединены в одну группу, так как они «холодные, твердые»).

Конкретность мышления характерно для органического психического расстройства.

Детализованное мышление наблюдается при эпилепсии.

Для шизофрении характерны следующие симптомы нарушения мышления: соскальзывание, фрагментарность, резонерство, разноплановость мышления, опора на латентные признаки.

**Методика «Исключение понятий»** позволяет оценить уровень процессов обобщения, умение выделять существенные признаки объектов. Существуют вербальная и невербальная версии техники.

Предлагается карточка с четырьмя картинками (на одном листе четыре предмета, слова). Необходимо исключить один предмет или слово, не подходящее к остальным. Анализ методики аналогичен методике классификации понятий.

Методика «Выделение существенных признаков». При выполнении приема необходимо выбрать два слова (признака) предмета или явления, находящихся в скобках и являющихся неотъемлемыми признаками слова, стоящего перед скобками.

Например

Игра (карточки, игроки, пенальти, правила).

**«Ассоциативный эксперимент»** используется для оценки качественной специфики мышления. Тест применяют и в психоаналитических целях, для изучения высшей нервной деятельности. Предлагается привести первую ассоциацию, пришедшую в голову в ответ на произнесенное слово.

Речевые реакции делятся на:

- высшие речевые реакции (конкретные, абстрактные);
- примитивные вербальные реакции (ориентировочные, сходные по звучанию, отрицательные, типа эхоталии);
- атактические реакции (соответствующие диссоциированному мышлению).

У больных шизофренией преобладают атактические реакции.

**Техника Эббингауза** позволяет оценить стройность и продуктивность мышления.

Испытуемому предлагается заполнить пробелы в рассказе.

Целенаправленность мышления оценивается с помощью методики **задач Эверье**. Для анализа предлагается следующий отрывок:

*Существуют разные взгляды на ценность жизни. Одни считают это благом, другие злом. Правильнее было бы придерживаться середины, потому что, с одной стороны, жизнь приносит нам меньше счастья, чем мы сами себе желали бы, с другой стороны, несчастья, которые ниспосылаются нам, всегда меньше, чем несчастье, которое другие люди желают нас в своей душе. Именно этот баланс делает жизнь вполне сносной, вернее, до известной степени справедливой.*

## **Исследование интеллекта**

Интеллект оценивается при изучении мышления, понимания переносного смысла пословиц и поговорок, общей осведомленности (с какими странами граничит Калининградская область? Какие океаны вы знаете? Кто написал «Преступление и наказание»).

**Тест Векслера (определяет уровень IQ).** Метод Векслера состоит из 11 отдельных субтестов, которые делятся на вербальную и невербальную части.

**Тест прогрессивных матриц Равена** состоит из 60 заданий, разбитых на пять серий. Каждая серия содержит изображение с геометрическим узором и несколько матриц с одной недостающей частью. Необходимо обнаруживать закономерности в матрицах. Необходимо выбрать из 5-6 предложенных матриц ту, которой не хватает на полном изображении. По тесту Равена выделяют пять степеней развития интеллекта:

I степень - более 95% - высокоразвитый интеллект.

II степень - 75-94% - интеллект выше среднего.

III степень - 25-74% - средний интеллект.

IV степень - 5-24% - интеллект ниже среднего.

V степень - 5% - интеллектуальный дефект.

## **Исследования эмоционального состояния**

Для оценки эмоциональных нарушений используется проективный «цветовой тест Люшера». В тест входит набор карточек разного цвета (обычно используется 8 цветов). Испытуемому предлагают расставить их по мере снижения симпатии к цвету: поставить «самый приятный» цвет на момент обследования на первое место, а «самый неприятный» — на последнее. Исследование повторяют дважды.

**Люшер выделил четыре основных цвета** (синий, зеленый, красный, желтый) и четыре дополнительных цвета (фиолетовый, коричневый, черный, серый).

Первый выбор в тесте Люшера характеризует желаемое состояние, второй — действительное. В зависимости от цели исследования можно интерпретировать результаты соответствующего тестирования».

третья и четвертая — предпочтение, пятая и шестая — безразличие к цвету; седьмая и восьмая — антипатия к цвету.

Цвета, связанные с подавленными потребностями, ставятся на последние места.

*Синий цвет* связан с чувствительностью человека, повышенной тревожностью.

*Цвет зеленый* указывает на повышенную чувствительность к критике.

*Красный отражает* бодрость, оптимизм.

*Желтый* - эмоциональность и экзальтированность, нетерпеливость, неустойчивость и отсутствие глубины переживаний, а также эмоциональная незрелость.

*Фиолетовый цвет* - эмоциональная неустойчивость, напряженность.

*Коричневый* представляет тревогу с соматическими эквивалентами.

*Черный* - агрессивность, гневливость, дисфория.

*С серым* - усталость, равнодушие.

### **Блок №3**

#### **Изучение индивидуальных психологических особенностей**

Это изучение особенностей темперамента, характера и личности.

**Многопрофильный Миннесотский личностный опросник (MMPI)** позволяет уточнить личностные особенности пациентов. Он позволяет анализировать индивидуальные склонности и психопатологические переживания.

MMPI включает в себя три рейтинговые шкалы, а также десять клинических шкал.

*Первая клиническая шкала (невротическая шкала сверхконтроля и ипохондрии)* свидетельствует о том, что человек фиксирует свое внимание на внутренних ощущениях, склонности к преувеличению тяжести своего состояния, ипохондрии.

*Вторая шкала – шкала депрессии.* Если человек набрал более 70 баллов по этой шкале - предполагают наличие клинически значимой депрессии с чувством тоски, суицидальными мыслями и намерениями.

*Третья шкала (эмоциональная лабильность и истеричность)* указывает на склонность к драматизации событий, обидчивость. Также проявляются



истерические черты поведения: демонстративность, стремление к признанию, эгоцентризм, экзальтированность, инфантилизм.

*Четвертая шкала (социальная дезадаптация и психопатия)* демонстрирует признаки социальной дезадаптации, конфликтности, агрессивности, импульсивности.

*Пятая шкала (мужественность и женственность)* указывает на выраженность свойств, характерных для того или иного пола.

*Шестая шкала (аффективная ригидность и паранойя)* регистрирует такие качества, как обидчивость, склонность к прямоте в общении, практичность, догматизм. Выявляется склонность к формированию доминантных идей, бредовых представлений, восприятие окружающего мира как враждебного.

*Седьмая шкала (тревога и психастения)* демонстрирует выраженность психастенических черт характера, тревожность, мнительность, склонность к формированию навязчивых идей.

*Восьмая шкала (аутизм и шизофрения)* отражает такие личностные качества, как своеобразие иерархии ценностей, обособленность от окружающих, трудности в общении, склонность к аутистическому мышлению.

*По девятой (оптимизм и гипомания) и десятой (интра-, экстраверсия) шкалах* можно оценить эти качества как в рамках психологических характеристик, так и при психической патологии.

#### **Блок №4. Нейропсихологические методы исследования.**

В основе современной нейропсихологии лежит теория системной организации высших психических функций (любая психическая функция осуществляется за счет функционального взаимодействия различных областей головного мозга, каждая из которых вносит свой специфический вклад).

Нейропсихологическое исследование направлено на оценку состояния высших психических функций, особенностей функционирования, асимметрии полушарий и познавательных процессов.

#### **Оценка латеральной организации функций**

Оценка право-, лево-рукости складывается из данных анамнеза, наблюдения за обследуемым и относительно объективного исследования с использованием специальных проб.

##### **1) Анкета М.Аннет включает следующие вопросы.**

Какой рукой вы предпочитаете бросать предметы? Какой рукой ты пишешь? Какой рукой ты играешь в теннис? В какой руке ты держишь ножницы? Какой рукой ты расчесываешь волосы? Какой рукой ты бреешься? Какой рукой ты



красишь губы? В какой руке вы держите зубную щетку? В какой руке вы держите отвертку?

## **2) Методом Проб Лурия.**

1. Переплетение пальцев (большой палец какой руки сверху). 2. Поза «Наполеон» (скрещенные руки). 3. Руки за спину. 4. Аплодисменты. 5. Кулак в кулак. 6. Нога к ноге.

## **3) Оценка зрительной асимметрии: Ведущий глаз. Прицеливание.**

### **Нейропсихологический анализ высших психических функций**

*Для оценки ориентации во времени используются следующие вопросы:*

1. Какое сегодня число? (год, месяц, сезон, день недели).
2. Как долго длилось обследование?
3. считать минуты про себя (индивидуальные минуты).

### **Моторные функции**

1. Кинестетический праксис: включает в себя умение воспроизводить позу пальцев по зрительному образцу, праксис позы по тактильному образцу, перенос позы по тактильному образцу.
2. Кинетический (динамический) праксис (это способность повторять заданную последовательность движений).
3. Пространственный праксис (это способность повторять пространственно ориентированные движения). Производить действия с воображаемыми предметами: Размешать чай. Зажгите спичку.
4. Конструктивная практика. Это умение переставлять палочки по образцу, копируя объемные геометрические фигуры).

### **Нарушения праксиса:**

*Акинетика, психомоторика, апраксия* связаны с дефицитом позывов к движению.

*Амнестическая апраксия* – характерны нарушения произвольных движений, а подражательные сохраняются.

*Идеационная апраксия.* Представляет трудности в составлении плана последовательных действий сложного двигательного акта. При этом сохраняется возможность произвольного выполнения сложных движений.

*конструктивная апраксия.* Это невозможность составить целый объект из его частей.

*Пространственная апраксия.* Это нарушение ориентации в пространстве, «право-лево».

### **Соматосенсорный гнозис (восприятие)**

#### ***Тактильный гнозис:***

*Сенсорная локализация.* Чтобы определить сторону касания, которая дается правой/левой рукой.

*тест Таубера* используется для распознавания одновременного прикосновения к левой и правой рукам.

*Дермолексия* - это возможность определять цифры и числа, написанные на коже.

***Стереогнозис*** (узнавание предметов на ощупь с закрытыми глазами):

*Астереогноз* – активная агнозия. Это нарушение умения распознавать предъявляемые предметы на ощупь.

*Тактильная объектная агнозия* – это нарушение узнавания на ощупь с закрытыми глазами размеров и формы предмета.

**Слуховой гнозис** оценивается по:

- 1) Изучение слухового восприятия – узнавание знакомых звуков.
- 2) Воспроизведение предъявляемых ритмических последовательностей
- 4) Распознавание известных мелодий.

*Слуховая агнозия* – это нарушение узнавания знакомых звуков.

*Моторная агнозия* – это нарушение воспроизведения знакомых мелодий.

*Сенсорная агнозия* - это нарушение узнавания знакомых мелодий.

### **Схема тела**

Пациентам предлагается показать свою левую руку и правую руку психолога, сидящего со скрещенными руками.

*Оценка пальцевого гнозиса* - называя пальцы.

*Сомато-агнозия (нарушение схемы тела)* нарушение узнавания частей собственного тела, оценки их состояния и расположения по отношению друг к другу.

### **Ориентация в пространстве**

*Ориентация в реальном пространстве* (включает возможность узнавать свою палату, процедурный кабинет, столовую, локацию).

*Пространственные отношения* (умеют нарисовать план своей комнаты с указанием расположения дверей, окон, мебели).

*Часовой тест.* Психолог или врач рисует круг. Психолог или врач просит пациента указать в этом круге стрелки часов, соответствующие определенному времени (15 часов 30 минут).

**Зрительный гнозис**, она включает в себя возможность:

- 1) Узнавание реальных предметов (врач просит больного назвать предмет, который врач держит в руках. Например, карандаш, ножницы).
- 2) Распознавание реалистичных изображений.
- 3) Распознавание наложенных изображений предметов.
- 4) Распознавание изображений предметов с отсутствующими признаками (по неполному изображению).
- 5) Распознавание букв.
- 6) Сюжетные картинки. Пожалуйста, придумайте рассказ по серии картинок.
- 7) Идентификация цвета изображения.

### **Особенности речи**

#### **Изучение экспрессивной речи**

а) Спонтанная диалоговая речь.

Представлены вопросы, предусматривающие краткий односложный ответ (например, «да», «нет», «хорошо»). Задаются вопросы, требующие развернутых ответов.

б) Автоматизированная речь.

просят перечислить числовой ряд (от 1 до 7, от 7 до 12) и перечислить дни недели.

в) Повествовательная (монологом) речь.

просят пересказать вслух короткие рассказы после того, как их прочитает экспериментатор.

г) Изучение понимания обращенной речи и понимания словесных значений.

Для этого их просят объяснить значение и значение отдельных слов:

Давать простые команды (например, попросить закрыть глаза, высунуть язык, поднять руку);

- Тест Хеда (просят показать левое ухо указательным пальцем правой руки)

### Нарушения речи:

*Речевое давление* - это патологическое речевое возбуждение с постоянной потребностью говорить.

*экспрессивная речь* - это использование необычных, непонятных, часто неуместных слов. Это сопровождается искусственными манерными жестами и гримасами.

*Эхолалия* - это непроизвольное повторение слов, услышанных от собеседника.

*Монотонная речь* – однотипная интонация.

*Детализированная речь* - это тип речи, с излишне подробным изложением неважных подробностей.

*Олигофазия* - обеднение словарного запаса, обеднение грамматического строя речи.

*Парадоксальная речь* - это наличие утверждений, противоречивых по смыслу.

*Персеверация* – это повторение одного и того же слова вместе с невозможностью подобрать нужные слова.

*Пуэрильные интонации в речи* у взрослого напоминает интонационные особенности детской речи.

*Скандированная речь* расстройство речи, при котором люди говорят медленно, раздельно произнося слоги и слова.

Виды нарушений высших корковых функций:

*Эфферентная (вербальная) моторная афазия.* Это речевой дефект в виде нарушений плавности артикуляционной речи, грубой персеверности, с невозможностью анализа услышанного или произнесенного слова. Характерно отсутствие беглости речи.

Локализация очага при эфферентно-моторной афазии преимущественно в задне-нижних отделах премоторной области левого полушария головного мозга, доминирующего в речи («зона Брока»).

*Динамическая афазия* проявляется скудной, стереотипной речью, трудностями произношения. Речевая инициатива оказывается резко сниженной, у них есть склонность к использованию речевых штампов.

*Афферентная (артикуляционная) моторная афазия.* Клинически эта афазия проявляется отсутствием всех видов экспрессивной речи при относительно сохранном понимании реверсивной речи.

Поражение локализуется в левом полушарии (у правшей) в нижних отделах заднецентральной области с более или менее вовлечением передних отделов теменной доли.

*Акустико-гностическая (сенсорно-акустическая) сенсорная афазия* - нарушение выразительной и выразительной речи.

Поражение локализуется преимущественно в задне-верхних отделах 1-й височной извилины левого полушария («зона Вернике»).

*Акустико-мнестическая (сенсорно-амнестическая) афазия.* Возникают трудности с подбором нужных слов или выражений. Произносительных нарушений речи не отмечается.

В классификации А. Р. Лурия выделяют две формы афазии, которые связаны с поражением височно-теменной области левого полушария: амнестическая и семантическая.

*Семантическая афазия* характеризуется нарушением понимания и работы со сложными грамматическими категориями. Больные плохо понимают предлоги и наречия, отражающие пространственные отношения между предметами. При этом сохраняется способность читать и писать.

Преимущественная локализация поражения – область супрамаргинальной извилины теменной доли левого полушария.

**Исследование письма.** Методы оценки включают:

- Переписывание коротких фраз.
- Написание букв, слогов, слов и фраз под диктовку.
- Написание привычных слов. Примеры: собственное имя, фамилия, адрес.

*Аграфия* нарушение способности писать правильно по смыслу и форме при сохранении двигательной функции руки.

Исследование чтения. К методам оценки относятся:

- Чтение слогов, слов, выполненных разными шрифтами.
- Чтение простых предложений и рассказов, текста.

- Чтение "замаскированных букв".

*Алексия* - расстройство чтения, связанное с нарушением понимания текста.

Необходимо дифференцировать: Вербальную алексию - нарушение понимания смысла словосочетаний и отдельных слов. Буквенная алексия — нарушение узнавания отдельных букв, цифр, символов.

### **Оценка умения выполнять счетные операции::**

- Чтение, называние, написание чисел.
- проверить знание таблицы умножения.
- Сложение и вычитание чисел.
- Решение простых задач.

*Акалькулия* - это нарушение способности выполнять арифметические действия. Возникает при поражении теменных и затылочных долей доминантного полушария головного мозга.

*Оптическая акалькулия* - связана с нарушением зрительного восприятия и воспроизведения близких по графической структуре фигур. Возникает при поражении затылочной области коры головного мозга.

## ***Психология развития. Стадии и кризисы развития.***

### **Л. Выготский.**

Для Выготского «развитие» — это появление нового. То есть этапы развития характеризуются возрастными качествами или свойствами, которые ранее не наблюдались в готовом виде. Источником развития является социальная среда – возрастные отношения между ребенком и социальной средой.

### Четыре основных закона развития ребенка:

1. Цикличность развития - это темп и содержание развития и его изменение на протяжении всего детства. Периоды ускоренного интеллектуального развития сменяются периодами спада. 2. Неравномерность развитие: до 1 года - сознание не дифференцировано. С раннего возраста преобладает восприятие; в дошкольном возрасте – память, младшие школьники – мышление. 3. «Метаморфозы» в развитии детей – приобретает «нужный» опыт. 4. Сочетание процессов эволюции и инволюции в развитии ребенка. То есть процессы «обратного развития» вплетены в ход эволюции: то, что развилось на предыдущей стадии, отмирает или трансформируется. Например, игровые интересы дошкольника исчезают в период младшей школы .

2. **Л.С. Выготский** также придавал большое значение кризисам. Кризисы – короткие , но бурные периоды, во время которых происходит значительный

сдвиг в развитии. Кризис имеет начало и конец, характерно обострение в виде «трудного воспитания», аффекты, капризы, конфликты, когда падает работоспособность, снижается интерес. Основные изменения во время кризиса внутренние: то, что сформировалось на предыдущем этапе, уходит на первый план, а то, что вчера руководило всей деятельностью, теряет интерес. В период кризиса обостряются основные противоречия: с одной стороны, между возросшими потребностями ребенка и его еще ограниченными возможностями, с другой стороны, между новыми потребностями и ранее сложившимися отношениями со взрослыми.

#### Периодизация по Л.С. Выготскому:

1. Неонатальный кризис - младенчество (2 месяца-1 год). Положительный выход из кризиса: переход от внутриутробной стадии к внешней. Проблемы, сопровождающие выход из кризиса: формирование доверия или недоверия к окружающему миру.
2. Кризис одного года – раннее детство (1 год-3 года). Позитивный выход из кризиса: ходьба, овладение речью. Проблемы, сопровождающие выход из кризиса: негатив можно ассоциировать с позитивными приобретениями.
3. Кризис 3 лет – дошкольный возраст (3-7 лет). Позитивный выход из кризиса: новые характеристики личности ребенка. Проблемы, сопровождающие выход из кризиса: упрямство, негативизм, капризность.
4. Кризис 7 лет – школьный возраст (8-12 лет). Позитивный выход из кризиса: уверенность в себе. Проблемы, сопровождающие выход из кризиса: неустойчивость воли, настроения.
5. Кризис 13 лет – половое созревание (14-17 лет). Положительный выход из кризиса: переход к внешней форме интеллектуальной деятельности. Проблемы, сопровождающие выход из кризиса: снижение работоспособности, успеваемости, смерть прежних интересов.
6. Кризис 17 лет.

#### **Леонтьев**

Леонтьев дал понятие «деятельность» в психологии.

С точки зрения А. Н. Леонтьева, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ определяет социальное развитие ребенка. (По аналогии с акцентом Фрейда на либидо как на ведущей движущей силе развития).

Леонтьев выделял ведущую деятельность, то есть деятельность, оказывающую решающее влияние на развитие психики в том или ином возрасте. Каждая стадия развития характеризуется ведущим видом деятельности.

В младенчестве ведущей деятельностью является общение ребенка со взрослым, мотивом которого является ближайший взрослый;

в раннем возрасте – предметная деятельность, мотивы-предметы, окружающие ребенка своими культурными свойствами;

в дошкольном возрасте – игровая деятельность, мотивированная самой игрой.

в начальной школе – учебная деятельность, мотивом которой является стремление ребенка к овладению знаниями.

В возрасте 11-14 лет - интимное и личное общение;

В возрасте 14-17 лет - учебная и профессиональная деятельность.

#### **В. Давыдов - автор системы развивающего обучения.**

В 60-х годах 20 –го столетия он установил, что традиционное начальное обучение не обеспечивает полноценного развития большинства младших школьников, а лишь тренирует и укрепляет те психические функции, которые возникли и начали развиваться в дошкольном возрасте (чувственное наблюдение, эмпирическое мышление).

Поддерживающее обучение ориентировано не только на ознакомление с фактами, но и на изучение отношений между ними, установление причинно-следственных связей, превращение отношений в объект изучения.

В первую очередь нужно научиться усваивать информацию (анализ, планирование и размышление), само по себе знание является второстепенной целью. Приступая к освоению того или иного предмета, учащиеся с помощью учителя анализируют содержание учебного материала, выявляют в нем какое-то исходное общее отношение, в то же время обнаруживая, что оно проявляется во многих других частных случаях. Теоретическая концепция может быть изучена только в ходе обсуждения. В этой системе обучения важны не знания, а способы умственных действий, что достигается воспроизведением логики научного познания в учебной деятельности детей: от общего к частному, от абстрактного к конкретному.

#### Основные методологические подходы:

- Отрицание концентрической структуры образовательных программ.
- непризнание универсальности использования конкретных наглядных пособий в начальных классах.
- Свобода выбора и разнообразие творческих домашних заданий.

Особенностями урока в этой системе являются коллективная мыслительная деятельность, диалог, дискуссия, деловое общение детей. Допустима только проблемная подача знаний, когда учитель выходит к ученикам не с готовыми знаниями, а с вопросом.

Качество и объем работы оцениваются с точки зрения субъективных способностей учащихся. Оценка отражает личностное развитие студента и совершенство его учебной деятельности.

### **Фрейд**

Зигмунд Фрейд считал главным источником, двигателем поведения человека бессознательное, насыщенное сексуальной энергией. Детская сексуальность – все, что приносит телесное удовольствие. При сильных потрясениях они могут вызывать неврозы.

**1 стадия – оральная (до 1 года)** – формируется ненасытность, жадность, требовательность.

Первая стадия детской сексуальности, при которой рот ребенка выступает первичным источником удовлетворения основной органической потребности, выражающейся в процессах сосания, откусывания и глотания. Характеризуется концентрацией энергии либидо в области рта.

Первым объектом орального компонента является грудь матери, которая удовлетворяет потребность ребенка в пище.

В первые 6 мес чрезмерная или недостаточная стимуляция может привести к дальнейшей пассивности личности и в последующем проявляться в адаптивных формах, связанных с демонстрацией беспомощности, чрезмерной доверчивости, испорченного поведения, поиска постоянного одобрения.



Во второй половине фазы акцент смещается на откусывание и жевание. В зависимости от отрывка это может выражаться в любви к спорам, цинизме и пессимизме. Область рта, по Фрейдю, остается важной эрогенной зоной на протяжении всей жизни человека и выражается остаточным оральным поведением — обжорством, курением, грызением ногтей.

**2 стадия – анальная (1-3 года)** – формируется внутренняя цензура, совесть, развиваются активность, агрессивность, упрямство, скрытность.

Вторая стадия детской сексуальности, на которой ребенок учится контролировать свои акты дефекации, испытывает удовольствие от опорожнения и вырабатывает интерес к процессу. В этот период ребенок учится быть чисто плотным и пользоваться туалетом, обучаясь умению сдерживать позывы к дефекации. **Формируется Эго** (сознательное «Я») как инструмент реализации потребностей Ид (бессознательного).

В случае неадекватных или чрезмерных требований родителей формируются протестные реакции — «удержание» (запоры) или «проталкивание» (плохое пищеварение, диарея). Эти реакции впоследствии трансформируются в формы характера: анально-державшую (упрямый, скупой, жадный, педантичный, перфекционист) и анально-толкающую (неугомонный, импульсивный, склонный к разрушению).

**3 стадия – фаллическая (3-5 лет)** – высшая степень детской сексуальности, сексуальная привязанность к взрослым – самоанализ;

Третья стадия детской сексуальности, на которой ребенок начинает изучать свое тело, начинает смотреть и трогать свои гениталии. Есть интерес к взаимоотношениям полов, появлению детей. Возникает интерес к родителю противоположного пола, идентификация с родителем своего пола и привитие определенной сексуальной роли. Порожденное **Супер-Эго** как контролирующая часть личности, отвечает за соблюдение принятых норм поведения и следование образу правильного поведения.

Повышенный интерес к половым органам может выражаться в начале мастурбации в этом возрасте. Главный символ этого периода – мужской половой орган, главная задача – сексуальная самоидентификация.

У мальчика начинают проявляться признаки Эдипова комплекса (комплекс Электры у девочек) — стремление обладать матерью. Препятствием для желания является более сильный мужчина — его отец. Вступая в бессознательное соперничество с отцом, мальчик испытывает страх перед кастрацией в результате проигрыша в борьбе. В возрасте около 5-6 лет амбивалентные чувства (любовь к матери/ненависть к отцу) преодолеваются, и у мальчика подавляются половые влечения к матери. Одновременно начинается идентификация с отцом: подражание интонациям, высказываниям, усвоение привычек, установок и норм поведения.

Люди с фаллическим типом характера (фаллическая фиксация) обычно ведут себя вызывающе, ярко, буквально «втыкают» себя в реальность. 4 стадия – латентная (5-12 лет) – прерывается половое развитие; интерес к общению с друзьями;

Четвертая стадия детской сексуальности характеризуется снижением сексуального интереса. Психическая инстанция «Я» полностью контролирует потребности «Оно». Когда отделяется от сексуальной цели, энергия либидо переносится на несексуальные цели: обучение, изучение культурного опыта и установление дружеских отношений со сверстниками и взрослыми вне семейного окружения.

**Стадия 5-я = генитальная (12-18 лет)** - половое развитие организма-до полового общения;

Наблюдается прилив сексуальной силы и агрессивных побуждений. На этом этапе формируются зрелые половые отношения. Становится важным найти свое место в обществе, выбрать сексуального партнера. Происходит освобождение от власти родителей и от привязанности к ним.

### **Э. Эриксон**

#### **Тезисы:**

1. Общество не является для ребенка антагонистом (в теории Фрейда общество противостоит, но Эриксон утверждает, что между ребенком и обществом существует сотрудничество, обеспечивающее гармоничное развитие).

2. Личность развивается от рождения до смерти (по Фрейду, только психосексуальное развитие).

Главное для Эриксона в развитии не достижение, а согласие с самим собой.

3. Личность развивается через последовательные этапы жизни (поскольку есть ступеньки на лестнице).

4. Этапы жизни одинаковы для всех.

Теория Эриксона является эпигенетической, а эпигенез – это наличие законченного врожденного плана, определяющего основные этапы развития.

5. В развитии человека есть 8 стадий.

Конфликт→Благоприятное решение→Переход на следующий этап.

1. Первый этап. От рождения до 1 года конфликт между доверием и недоверием.

2. Второй этап - от одного до двух лет, конфликт между автономией и зависимостью.

3. Третий этап – от трех до шести лет, конфликт между предприимчивостью и бездеятельностью.

4. Четвертая стадия – от семи лет до подросткового возраста, конфликт между творчеством и комплексом неполноценности.

5. Пятая стадия — юность, идентификация идентичности и смешение ролей.

6. Шестая стадия — ранний взрослый период, конфликт между близостью и одиночеством.

7. Седьмая стадия — поздняя зрелость, конфликт продуктивности и прокрастинации.

8. Восьмая стадия — конфликт целостности и безысходности.

Каждый этап человек может пройти благополучно или нет.

Благоприятное разрешение конфликтов называется «Добродетель», возникают следующие добродетели: надежда, воля, цель, уверенность, верность, любовь, забота, мудрость (соответствующие этапам).

#### Конфликт доверия и недоверия:

Если ребенок получает необходимую любовь→ "надежда" сформирована.

Если ребенок не получить любовь→ возникает страх, подозрение или недоверие.

В дальнейшем, например, при формировании доверительных отношений с учителем конфликт может разрешиться, и, наоборот, при разводе родителей конфликт возникает, даже если он был благополучно закрыт в детстве (=оральная стадия).

#### Конфликтная независимость/нерешительность:

Если ребенку разрешается совершать различные движения (забираться, открывать, закрывать, тянуть...) → формируются независимость, уверенность .  
если они не делают это сами → формируются застенчивость, нерешительность, неуверенность (=анальная стадия).

#### Конфликт предприятия / вины:

ребенок начинает сам придумывать задания, принимать решения, а не отвечать или подражать, это выражается в речи, если инициативность поощряется, то формируется «целеустремленность»

Если родители не поощряют ребенка к проявлению инициативы («твоя деятельность глупая, навязчивая или нежелательная») → формируется чувство вины.

#### Конфликт мастерства/неполноценности:

Ребенок начинает мастерить, готовить. Поощрение этого приводит к → формированию "уверенность"

Если родители не дают ребенку закончить начатое или ругаются на него → чувство неполноценности.

Важным отличием учения Эриксона от учения Фрейда является то, что на ребенка влияют не только родители: если ребенка ругают дома за предприимчивость, а в школе с ним работает хороший учитель, то ребенок может преодолеть конфликт.

#### Конфликт идентичности/смешение ролей:

Если ребенок начинает интерпретировать себя в ролях как друг, сын, ученик и т. д., - то сформируется «**верность**»

Если «Я» не очерчено, если идет смешение ролей, такое есть риск развития несовершеннолетних правонарушителей.

На данном этапе роль родителей опосредована, важно успешно преодолевать предшествующие конфликты.

#### Конфликт близости/одинокства:

Если есть умение заботиться о другом человеке, дружба, брак → "**любовь**".

Нет близости в дружбе или браке → одиночество.

#### Конфликт человечества/самопоглощения:

Если чувство принадлежности к человечеству развито (жизнь будущих поколений, облик будущего общества) → "**забота**" сформирована.

Если человек сосредоточен только на себе удовлетворять только свои потребности, нацелен только на собственный комфорт → эгоцентризм.

#### Конфликт целостности/безнадежности:

Оглядываясь назад на прожитое, человек видит цель своей жизни, ее смысл, испытывает удовлетворение, цельность, — формируется "мудрость".

«Жизнь прожита напрасно, упущенного не вернуть» → отчаяние, безысходность

7. Переход от этапа к этапу — это личностный кризис.

8. В кризисе утрачивается «я»-идентичность, и задача терапевта — вернуть ее.

## *Структура личности*

Личность – это совокупность психических свойств, включающая в себя динамические тенденции, характеристики темперамента и аффективности, способности, характер и определяющая направленность деятельности, индивидуальные возможности и поведение.

«ЛИЧНОСТЬ» - (ВОЗ, 1994) – способ восприятия, мышления, реагирования и поведения, характеризующий уникальный образ жизни и вариант адаптации индивида; это определяется конституциональными факторами, особенностями развития и социальным опытом.

*3 основные личностные области: аффективная, когнитивная, поведенческая (контроль импульсов и влечений, межличностные отношения).*

Динамические тенденции личности. Это потребности личности, интересы, склонности, идеалы и ценности, а также установки.

Темперамент. Он включает характеристики силы и подвижности основных нервных процессов: возбуждения и торможения. Темперамент выражается такими психологическими свойствами, как впечатлительность и импульсивность.

Личность. Включает в себя устоявшиеся и закрепившиеся поведенческие навыки, определяющие постоянство и конкретность действий в той или иной ситуации («характер» — «преследование»). Таким образом, потребности, интересы, идеалы и другие стороны личности выражаются внешне и практически в характере. **Характер** - это совокупность сложившихся в процессе социализации и ставших устойчивыми индивидуальными моделями поведения, штампов эмоциональных реакций, стилей мышления, система взаимоотношений с окружающими, закрепленная в привычках и манерах.

Характер формируется в процессе жизни и постоянно меняется, тогда как темперамент является врожденным и характеризуется постоянством. Характер зависит от мотивации, тогда как темперамент - нет.

В структуре личности **Фрейд** предполагает наличие трех систем, которые он обозначил терминами: Ид («Оно», бессознательное), Эго («Я», сознание) и Суперэго (сверхсознание).

Поведение человека определяется взаимодействием этих систем, и все психические процессы взаимосвязаны как по вертикали, так и по горизонтали.

Ид - это исходная система идентификации. Ид представляет собой только внутренний мир субъективного опыта. Его первичные психические процессы направлены на получение удовольствия и избегание боли.

Эго – получает энергию от подсознания, но контактирует с внешним миром. Эго рационально, подчиняется принципу реальности и управляется вторичными психическими процессами (реальным восприятием, логическим мышлением и т. д.). Таким образом, Ид отвечает на потребности, а Эго — на возможности.

Суперэго представляет собой внутреннюю концентрацию традиционных социальных норм и ценностей, формирующихся в процессе социализации личности.

Суперэго, будучи нравственным принципом личности, стремится к совершенству, а не к удовольствию. Отличает правильное поведение от неправильного, поощряет за первое и наказывает за второе.

С позиций психоаналитической теории формирование личности происходит на основе сновидений.

*Принципы:*

- Принцип удовольствия гласит, что психика стремится получить удовольствие и избежать боли.

- Принцип реальности: у человека возникает стремление получать удовольствие в соответствии с требованиями внешнего мира, с объективной реальностью;

- Принцип постоянства указывает на то, что психический аппарат стремится удерживать имеющееся в нем количество возбуждения на постоянном уровне.

**Юнг** рассматривает личность как набор архетипов. Под архетипом личности понимается форма и способ соединения наследуемых бессознательных первичных человеческих прототипов и структур *психики*. Они составляют основу поведения, миропонимания, внутреннего единства и взаимосвязи культур, взаимопонимания людей.

Юнг выделил пять основных архетипов личности: самость, анима и анимус, тень, эго и персона.

- “я”, самость. Он назвал «самость» архетипом порядка и целостности личности.

- Анима и анимус представляют собой вытесненное представление о части противоположного пола в себе (анима для мужчины, анимус для женщины) и включает весь психологический материал, не удовлетворяющий сознательному представлению человека о себе как о мужчине или женщине.

- Тень по К.Юнгу - это термин для обозначения центра личного бессознательного, средоточия материала, вытесненного из сознания и включающего в себя тенденции, отрицаемые индивидом как несовместимые с его личностью или противоречащие общественным нормам.

- Эго представляет сознательный разум, т.к. он включает в себя мысли, воспоминания, эмоции, которые человек осознает в данный момент. Эго отвечает за ощущение идентичности.

- Персона — представление о том, как мы представляемся миру. Личность, идентичная понятию персонажа и включающая в себя социальные роли.

По Юнгу, человек рождается не только с набором биологических свойств, но и с психологической наследственностью в форме «*коллективного бессознательного*». Он содержит психический материал, который не может возникнуть в личном опыте и способствует формированию многих личностных качеств.

С точки зрения индивидуальной психологии **Адлера** личность формируется под влиянием стремления человека к совершенствованию и совершенству.

Адлер считал, что люди со значительной органической слабостью часто пытаются компенсировать это развитием какой-то области деятельности, которая остается доступной для развития. То есть человек в процессе столкновения с проблемами соматического здоровья проявляет

гиперкомпенсацию *дефекта*. Особенно это выражено в тех случаях, когда соматическая неполноценность в сочетании с «*комплексом неполноценности*» психологических свойств. Становление личности рассматривается в индивидуальной психологии как формирование жизненных целей, которое начинается в детстве как компенсация чувства неполноценности, незащищенности, неуверенности и беспомощности во взрослой жизни. В то же время жизненные цели служат защитой от чувства бессилия, мостиком между неудовлетворяющим настоящим и ярким, могучим, совершенным будущим.

**Бихевиоризм** (поведенческий подход к анализу психологии личности) рассматривает личность человека как сумму закономерностей поведения. Любое действие человека рассматривается как выработанная привычка, сформированная механизмами рефлексов.

С позиций гуманистической психологии Э. Фромм использует концепции «*иметь*» и «*быть*», на основе которых формируются определенные личностные качества.

Обладание - есть процесс присвоения себе каких-либо внешних или внутренних свойств, качеств, предметов и функций и получение удовлетворения от самого процесса обладания ими.

Ему противостоит процесс бытия, существования, который характеризуется получением удовлетворения от жизни.

Человек может нацелиться на одну из систем «обладания». По мнению Э. Фромма, «*обладание*», а также «*Бытие*» являются двумя основными способами существования человека.

**Маслоу** также считает, что развитие осуществляется через самореализацию, которая является своего рода высшей потребностью, проявлением внутренней активности личности. Психологическое развитие рассматривается ими как последовательное удовлетворение все более «высоких» потребностей.

В неопрейдизме большое значение придается «я-функциям», связанным с влиянием социальных факторов.

В теории Блоса индивидуализация успешна только в том случае, если индивиду удается освободиться от привязанностей раннего детства, а взросление представляет собой повторное переживание конфликтов, присущих предыдущему переходному периоду.

По Эриксону, развитие детей и молодежи очень сильно зависит от социальной среды. В период взросления человек закономерно сталкивается с кризисами идентичности, поскольку перед ним стоит множество задач (физическое взросление, освоение роли взрослого, выбор профессии и др.), что затрудняет поиск собственного «я», поиск собственной идентичности. Центральной темой индивидуального развития и существования является постоянное стремление к собственной идентичности и ее сохранение.

Первая попытка систематического анализа категории психического возраста в России принадлежит психологу **Л. С. Выготскому**. Его учение основано на *культурно-исторической концепции развития*.

Согласно концепции Л. С. Выготского, основная закономерность онтогенеза психики состоит в «интериоризации» у ребенка структуры его

внешней деятельности, т. е. совместной со взрослыми и опосредованной признаками деятельности.

В результате изменяется прежняя структура «природных» психических функций — она опосредуется речью и другими интериоризированными знаками, психические функции становятся «культурными». По мнению Л. С. Выготского, для нормального психического развития ребенка обучение всегда должно идти несколько впереди его собственных возможностей.

Обучение наиболее эффективно тогда, когда оно создает «непосредственную зону развития», в чем заключается разница между тем, что ребенок может сделать самостоятельно, и тем, что он может сделать с помощью взрослых.

Ключевой характеристикой психологического возраста, ведущей деятельностью ребенка и новообразованиями в сфере сознания и личности он считал «социальную ситуацию развития», т. е. место ребенка в системе социальных отношений.

В теории деятельности А. Н. Леонтьева личность рассматривается как продукт общественно-социального развития. Оно основано на совокупности отношений человека, реализуемых через его деятельность.

*Концепция деятельности тесно связана с его анализом развития психики в филогенезе и онтогенезе.* В своем исследовании Леонтьев выдвинул гипотезу о том, что чувствительность, как зачаточная форма психического отражения, возникает в ходе развития простой раздражительности, что присуще для любого простейшего организма. Под чувствительностью понимается появление у организма способности реагировать на раздражители, не вредные и не полезные для его жизнедеятельности, а указывающие на возможность биотических, т. е. жизненных, воздействий в окружающей среде.

*Деятельность* есть специфически человеческая активность, витальность, которая регулируется сознанием, порождается потребностями и направлена на познание и преобразование внешнего мира и самого человека.

Деятельность каждого индивида зависит от его места в обществе, от условий его жизни и уникальных индивидуальных обстоятельств. Основной характеристикой деятельности является ее объективность. Главное, что отличает одну деятельность от другой, состоит в том, чтобы различать их субъекты.

### ***Структура личности по Платонову:***

Биологический уровень представлен врожденными качествами, которые формируются в первые месяцы жизни. Это типы телосложения, психомоторные и психосоматические реакции; влечения, темперамент, общее отношение к себе и окружающему миру (экстраверсия или интроверсия), эмпатия, активность, контактность и способность к формированию привязанностей.

Индивидуальный психологический уровень характеризуется особенностями инструментальных психологических функций: внимания, памяти, мышления и др.

Социально-психологический уровень формируется из качеств, отражающих влияние социальных структур на человека: лидерство, конформизм, способность к сотрудничеству, партнерство и ролевое поведение.

Высший, духовный уровень формируется представлениями человека о ценностях и идеалах, стремлением к самореализации, смыслом жизни.

*Каждый уровень характеризуется определенным типом преобладающей мотивации.*

Биологический – определяется врожденными динамическими тенденциями; индивидуальный — психолого-эгоцентрический, то есть направленный на себя; социально-психологические — социальные потребности, отражающие интересы определенной группы.

Духовное – стремление к реализации собственных представлений о ценностях. В субъективном плане - реализация высших ценностей жизни.

Для конкретного человека каждый из перечисленных выше уровней личности может определять направление его поведения.

**Гиппократ объяснял темперамент** как характеристику поведения по преобладанию в организме одного из «жизненных соков» (четырёх стихий):

Преобладание желтой желчи (холе, «желчь, яд») делает человека импульсивным, «горячего» — холериком.

Преобладание лимфы (флегмы, «флегмы») делает человека спокойным и медлительно-флегматичным.

Преобладание крови (sanguis, «кровь») делает человека подвижным и жизнерадостно-сангвиником.

Преобладание черной желчи (мелена хол, «черная желчь») делает человека грустным и пугливо-меланхоличным.

#### **Модели темперамента А.Томаса и С.Чесса:**

1. Уровень активности, который определяется двигательными характеристиками (подвижность при купании, кормлении) и соотношением активного и пассивного поведения в течение дня.

2. Ритмичность, регулярность, которая оценивается как степень предсказуемости времени возникновения поведенческих реакций (например, чувства голода) и длительности функций во времени (например, продолжительности сна).

3. Приближение или удаление, связанное с особенностями эмоциональных и двигательных реакций на новые раздражители.

4. Адаптивность, которая оценивается на основе реагирования на новые или меняющиеся ситуации.

5. Интенсивность, которая характеризуется выраженностью реакций независимо от их качества или направленности.

6. Порог реактивности, который определяется как уровень раздражения необходимые для появления реакции, независимо от их качества и сенсорной модальности.

7. Настроение, т. е. соотношение радостных и безрадостных состояний, а также реакций, квалифицируемых как расположение к другим.

8. Отвлекаемость, характеризующаяся эффективностью действия новых возникающих раздражителей на изменение поведения.

9. Продолжительность внимания и настойчивость - две взаимосвязанные категории, отражающие временную продолжительность той или иной деятельности и способность продолжать деятельность, несмотря на трудности в ее выполнении.

#### **Характеристики зрелой личности:**



- умение решать определенные задачи, погружаться в проблемы;
- внутренняя свобода;
- относительная независимость от культурных условностей и условностей своего окружения (лесть или критика не меняют их основной линии жизни и развития);
- постоянная свежесть оценок.
- неограниченный кругозор и искренний интерес к «конечной сущности вещей»;
- фактор религиозной зрелости;
- социальное чувство (привязанность к другим, сочувствие к близким);
- способность устанавливать необыкновенно близкие, глубокие личные связи избирательного характера, то есть способность уважать каждого человека за то, что он человеческая индивидуальность;
- этическая уверенность;
- четкое разграничение справедливости и несправедливости в повседневной жизни;
- понимание юмора.
- производительность, возможность поставить индивидуальную печать на вашем бизнесе.

**Невротическая личность** характеризуется противоположными чертами, среди которых можно назвать отсутствие реализма, индивидуальности, ослабление тенденции к саморазвитию, социальные и личностные проблемы, вызванные самоконцентрацией.

Кроме того, невротическую личность отличает система психологической защиты, которая стоит на пути реалистического восприятия окружающего и оценки собственного «Я». Из двух возможностей — изменить себя и ситуацию или поддерживать иллюзорные представления о себе — невротик предпочитает последнюю.

**Акцентуация** – это особенность реакции человека, при которой одни черты чрезмерно подкрепляются, в результате чего выявляется избирательная уязвимость к одним психогенным воздействиям при сохранении хорошей сопротивляемости другим.

### *Акцентуированные личности по Карлу Леонгарду*

Карл Леонгард выделил 12 типов акцентуации. По своему происхождению они имеют разные уровни.

*В соответствии с темпераментом, как врожденном образованием, Леонгард выделяет следующие виды акцентуаций.:*

- гипертимный — стремление к деятельности, погоня за эмоциями, оптимизм, нацеленность на удачу;
- дистимический — вялость, акцент на этических аспектах, чувствах и страхах, сосредоточенность на неудачах;
- аффективно-лабильный — взаимная компенсация признаков, ориентация на разные эталоны;
- аффективно-экзальтированные — воодушевление, возвышенные чувства, возведение эмоций в культ;

- тревожный (боязливый) - пугливость, робость, покорность;
- эмоциональный — мягкосердечный, боязливый, сострадательный.

Существуют следующие типы Характеров:

- демонстративный — самоуверенность, тщеславие, хвастовство, ложь, лесть, сосредоточенность на своем»,я как референс»;
- педантичный — нерешительность, добросовестность, ипохондрия, феаг несоответствия себя идеалам;
- застревающий — мнительность, обидчивость, тщеславие, переход от выздоровления к отчаянию.
- возбудимый — вспыльчивость, тяжеловесность, педантичность, сосредоточенность на инстинктах.

Личный уровень:

- экстраверт;
- интроверт.

На основе классификаций *разных авторов* выделяют следующие основные виды акцентуаций:

- 1) циклоидный – чередование фаз хорошего и плохого настроения;
- 2) гипертимный – постоянно приподнятое настроение, повышенная умственная активность со стремлением к деятельности и склонностью не доводить дело до конца;
- 3) лабильный – резкая смена настроения в зависимости от ситуации;
- 4) астенический – быстрая утомляемость, т.раздражительность, склонность к депрессии и ипохондрии;
- 5) чувствительный – повышенная впечатлительность, пугливость, обостренное чувство неполноценности;
- 6) психастенический – повышенная тревожность, мнительность, нерешительность, склонность к самоанализу, постоянные сомнения;
- 7) шизоидный - замкнутость, интроверсия, эмоциональная холодность, проявляющаяся в отсутствии эмпатии, трудностях в установлении эмоциональных контактов, отсутствии интуиции в процессе общения;
- 8) эпилептоидная - склонность к гневно-меланхолическому настроению с накапливающейся агрессией, проявляющаяся в виде приступов ярости и гнева (иногда с элементами жестокости), конфликтности, вязкости мышления, скрупулезной педантичности;
- 9) застрявший (параноидальный) - повышенная подозрительность и болезненная обидчивость, постоянство негативных аффектов, стремление к доминированию, неприятие чужого мнения и, как следствие, высокая конфликтность;
- 10) демонстративная (истерическая) - выраженная склонность к выталкиванию неприятных фактов и событий, к обману, фантазиям и притворствам, используемые для привлечения внимания к себе; поведение, характеризующееся авантюризмом, тщеславием, «бегством в болезнь» с неудовлетворенной потребностью в признании;

**Методы определения акцентуации характера:**

опросник Леонгарда-Шмишека,  
анкета Личко,  
Анкета Кеттелла.

### ***Эмоции. Онтогенез эмоций***

Эмоции (эмоция – возбуждение) – субъективные состояния человека и животных, возникающие в ответ на внешние и внутренние раздражители и проявляющиеся в виде непосредственных переживаний (удовольствия или неудовольствия, радости, страха, гнева и т. д.).

**Эмоция – это особая форма психического отражения, которая в форме непосредственного опыта отражает не объективные явления, а субъективное отношение к ним.**

Особенность эмоций состоит в том, что они отражают значимость предметов и ситуаций, воздействующих на субъект, за счет связи их объективных свойств с потребностями субъекта.

Эмоции служат связующим звеном между реальностью и потребностями.

С точки зрения психопатологии различают:

- физиологические эмоции. Они соответствуют своему выражению и перетекают в причину, их вызвавшую (человек плачет от горя).

- патологические эмоции – эмоциональные явления чрезмерны и их выраженность не соответствует вызвавшей их причине, могут привести к действиям, несовместимым с нормальной психической деятельностью (эмоциональная реакция, заканчивающаяся суицидом).

Эмоции также делятся на:

\* низшие, которые связаны с органическими потребностями и делятся на два типа: 1) гомеостатические, которые направлены на поддержание гомеостаза, и 2) инстинктивные, которые связаны с половым инстинктом, инстинктом сохранения рода и другими поведенческими реакциями;

\* высшие эмоции возникают только у человека в связи с удовлетворением социальных и идеальных потребностей (интеллектуальных, эстетических и др.).

**Протопатические эмоции** являются низшими эмоциями, связанными с удовлетворением физиологических потребностей. Они присутствуют не только у человека, но и у многих животных. Например, голод, сексуальное возбуждение.

**Эпикритические эмоции** – это высшие эмоции, они присущие только человеку (мораль, эстетика, патриотизм).

**Стенические** (от греческого слова «стенос» — сила) эмоции вызывают прилив сил, волнение, бодрость, напряжение.

**Астенические** (от греч. «астенос» — слабость, бессилие) — эти эмоции снижают активность, энергию человека: это меланхолия, грусть, уныние, депрессия.

#### **Функции эмоций:**

Оценочная – связана с оценкой субъективной значимости окружающих предметов, событий, явлений для человека.

Сигнальная функция - характеризует удовлетворение потребности.

Мотивирующая функция - эмоции являются источником, побуждением к деятельности.

Коммуникативная функция - мимика, пантомима позволяют передать другим людям свои эмоции, выразить свои эмоции.

#### Проявления эмоций:

На ментальном уровне: положительные и отрицательные эмоции.

На соматическом уровне: мимика, моторика человека, характеристики голоса и т.д.

На вегетативном уровне: изменения ритма сердцебиения, артериального давления, частоты и глубины дыхания, функции желудочно-кишечного тракта, скорости обмена веществ и др.

Морфофункциональным субстратом, обеспечивающим функционирование эмоций и эмоциональную регуляцию поведения, являются наиболее недавно сформировавшиеся в онтогенезе древние подкорковые образования и лобные образования головного мозга.

Ретикулярная формация . Обработывает информацию о физических ощущениях (голод, жажда, боль и др.). Основная функция – обеспечение безопасности тела. В ситуации опасности ретикулярный мозг берет на себя управление разумом и управляет поведением. Но он не делает различий между воображаемой опасностью и реальной угрозой. Он находится в тесном взаимодействии с лимбической системой (эмоциональным мозгом), отвечающей за эмоциональное восприятие и память.

Лимбическая система включает в себя центры страха, агрессии, удовольствия и отвращения. Она «переносит уроки прошлого в настоящее», но «не думает о будущем» или далеко идущих последствиях (принцип «здесь и сейчас»). Играет роль в восприятии чужих эмоций и настроений, обеспечивает выражение эмоций и настроений (распознавание эмоций по мимике и голосу, формирование эмоциональной привязанности.)

#### Префронтальная кора

- Она контролирует импульсы, концентрируют свое внимание, понимают и управляют своим временем, понимают, что происходит вокруг них, правильно интерпретируют события и эмоции других и строят поведение на основе этой информации.

- \* влияет на принятие решения в зависимости от эмоциональной окраски ситуации, связанной с предыдущим опытом (предвосхищение положительных или отрицательных последствий решения).

#### Префронтальная кора

- выполняет тормозную (защитную) функцию в социальном взаимодействии, регуляции социального внимания, развитии нравственных и социальных знаний. (Гиперфункция боковых отделов дает картину аутистического развития. Гипофункция — гиперкинетическое расстройство с нарушением внимания и поведения.)

- \* оно вырывает модели поведения и сценарии из детства. Грубо говоря, состоит из устойчивых дорожек-связей нейронов, которые начинают активизироваться при предъявлении стимулов. Функционально слабая или

истощенная лобная кора плохо извлекает опыт. Человек не учится на своих ошибках, имеет проблемы с кратковременной памятью и постоянную социальную тревожность (боязнь не понять происходящего и сделать глупость).

**Миндалевидное тело** (комплекс миндалевидного тела) в головном мозге представляет собой миндалевидную структуру, расположенную в белом веществе височной доли полушария под скорлупой, примерно на 1,5-2,0 см кзади от височного полюса.

Мозг имеет два миндалевидных тела — по одному в каждом полушарии. Миндалевидное тело играет ключевую роль в формировании эмоций, особенно страха.

Пациент, у которого которых миндалевидное тело было полностью разрушено из-за болезни Урбаха-Вите, страха не свойственен.

Миндалевидное тело также играет важную роль в памяти, принятии решений и эмоциональная реакция.

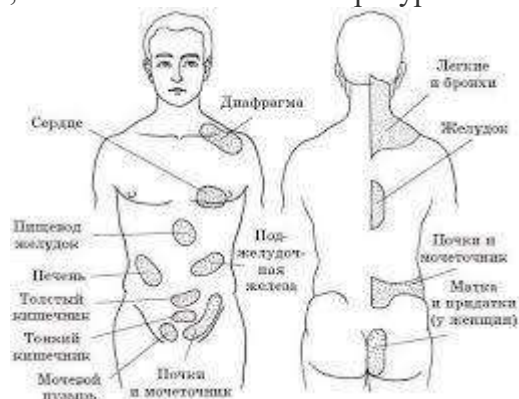
Миндалевидное тело является частью лимбической системы, и относится к подкорковым центрам.

#### Нарушения в миндалевидном комплексе отмечаются у:

гомосексуальность, социальный аутизм, агрессивное поведение, тревожно-фобические психические расстройства, алкоголизм и биполярное аффективное расстройство.

**гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось** - основная нейроэндокринная система, отвечающая за поддержание гомеостаза организма, адаптацию к факторам внешней среды и выживание при стрессе. Она состоит из паравентрикулярного ядра гипоталамуса, гипофиза и коры надпочечников. Нормальное функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы приводит к секреции глюкокортикоидов надпочечниками в ритмичном и импульсном режиме.

**Зоны Захарьина-Геды** – определяются как отдельные участки кожи, в которых при заболеваниях внутренних органов часто появляются отраженная боль, а также болевая и температурная гиперестезия.



#### **Онтогенез эмоций.**

В онтогенезе эмоций можно проследить четыре стадии.

1. новорожденный. Инстинкты преобладают, нацелены на самосохранение и выживание. Эмоции врожденные. Спектр врожденных

отрицательных эмоций более разнообразен чем позитивных эмоций. Реакции новорожденных носят отрицательный характер, монотонные (крик) и служат достоверным сигналом какой-либо проблемы и прекращаются при устранении вызвавшей их причины. Из положительных эмоций врожденной является только эмоция физического комфорта.

2. Младенчество. Преобладание низших эмоций, связанных с активностью подкорковых нервных структур, продолжается до 3 лет и обусловлено слабостью корковых нервных процессов и, соответственно, низким уровнем психического развития. Возраст до 3 лет является критическим периодом для развития эмоций. В развитии эмоций у детей в этот период решающее значение имеют сенсорная и ориентировочная деятельность и особенно их общение со взрослыми. В условиях эмоциональной депривации эмоциональная сфера ребенка развиваться не будет.

3. От 3-4 до 12-14 лет— происходит постепенное развитие корковых (эпикритических) эмоций. В начале этого периода преобладает связь эмоций с органическими потребностями. Высшие эмоции слабы и часто уступают место более сильным биологическим потребностям (например, быть лишенным лакомства более эмоционально значимо, чем словесное нравоучение о правилах поведения). Период до 7 лет - возраст аффективности с бурным, но нестойким проявлением эмоций. Дети «эмоционально раздражительны», т. е. легко поддаются влиянию эмоций других (например, ребенок в группе детского сада начал плакать, и теперь его «поддерживают» другие). К концу этого периода эмоции приобретают самостоятельное психическое выражение с преобладанием корковой коррекции органических потребностей и влечений.

4. Окончательное формирование эмоций завершается к 20-22 годам., то есть когда завершается формирование высших отделов нервной системы. Чувства становятся предметом интеллектуальной обработки и разума. В этот период человек может в достаточной степени подавлять внешние проявления эмоций, мимические реакции и выразительные движения.

### **Развитие эмоций**

Развитие эмоций в онтогенезе происходит в несколько этапов. Эти этапы соответствуют общим законам развития психики человека.

Младенческий (до 1 года). Эмоции выражаются в виде плача. У ребенка в возрасте до 1 года плач имеет негативную интонацию. С 2-3 месяцев ребенок способен реагировать на эмоции родителя. С 4-5 месяцев двигательная сфера ребенка отражает его эмоциональное состояние. С 5 месяцев ребенок может проявлять радость. С 7-8 месяцев - спокойное состояние неудовлетворенности. К началу второго года жизни ребенок способен утешить расстроенную мать.

На втором году жизни развивается эмоциональная реакция на похвалу. Негативные эмоции ребенок проявляет не только криком, но и моторикой (может кусаться, топтать ногами). Для детей характерна повышенная эмоциональная чувствительность (в детском саду, если плачет один ребенок, могут плакать и остальные).

В возрасте от 2 до 6 лет эмоции неустойчивы и ярко выражены. Им свойственна эмоциональная лабильность. Ребенку легко испугаться или разозлиться, но также легко вызвать интерес и радость.

У ребенка в возрасте 3 лет его чувства и желания меняются легко и быстро, они непостоянны, но выражены сильно. Он может плакать, кричать, кусаться, веселиться, радоваться...

К началу четвертого года жизни появляется чувство юмора.

В возрасте от 2 до 4 лет появляются элементы морали. Он начинает понимать, что хорошо, а что плохо.

Ребенок в 5 лет способен создавать «ролевые игры». Почувствуйте эмоции других. Он способен отреагировать на ссоры в семье или на развод родителей. Появится чувство ревности, самоуважения и эгоизма.

В возрасте 6-11 лет (ребенок идет в начальную школу) формируется система межличностных отношений.

В подростковом и взрослом возрасте продолжается развитие социальных эмоций, системы ценностей, мотивов, переживаний. Подросток более ярко чувствует эмпатию. Они способны отказаться от чего-то ценного ради другого человека. Наблюдается яркость чувственной сферы, крайности эмоционального реагирования.

При дальнейшем взрослении формируется более спокойный эмоциональный фон.

Нарушение нормального формирования эмоций проявляется заболеваниями внутренних органов (соматизация).

### ***Развитие сознания в онтогенезе***

**Сознание** - это интегративная психическая функция, определяющая способность понимать себя и окружающий мир. Это результат слаженной работы (синтеза) всех психических процессов (восприятие, мышление, память, эмоции, воля, внимание).

Расстройства сознания - это результат грубого расстройства высшей нервной деятельности (результат массивных неблагоприятных воздействий на головной мозг).

Клиническая картина расстройств сознания представлена нарушением всех психических функций, составляющих сознание (восприятие, мышление, эмоции, воля, память, внимание).

#### **Развитие сознания в онтогенезе (Г.К. Ушаков):**

Первый период (до 1 года) – бодрствующее сознание. Ребенок может оценить приятную для него ситуацию.

Второй период (от 1 года до 3 лет) – предметное сознание. В этот период главную роль играют непосредственные впечатления. Ребенок живет только настоящим и не улавливает связи между прошлым и будущим, не выделяет себя из окружающей среды, не использует в своей речи местоимение «я».

Третий период (от 3 до 9 лет) – индивидуальное сознание. На этом этапе ребенок выделяет себя из окружающего мира, совершенствуя свое самосознание.

Четвертый период (с 9 до 16 лет) – коллективное сознание. Появляются более дифференцированные представления о предметах окружающего мира, о себе, об отношениях в коллективе, о внешности. Развивается понимание связи между прошлыми и настоящими событиями.

Пятый период (от 16 до 22 лет) – рефлексивное сознание. В этот период развивается новейшее общественное сознание.

## **Биохимия головного мозга и локализация психических функций**

### *Энергетический обмен в головном мозге*

Мозг имеет интенсивный энергообмен. Хотя мозг составляет около 2% массы тела, когда тело спокойно и нет необходимости использовать мозг целиком, он утилизирует около 20% поглощаемого кислорода и до 60% глюкозы.

В клетках головного мозга глюкоза является практически единственным источником энергии, которая должна поступать непрерывно. Только при длительном голодании клетки начинают использовать дополнительный источник энергии — кетоновые тела. Запасы гликогена в клетках головного мозга незначительны. В клетках центральной нервной системы наиболее энергоемким процессом, потребляющим до 40% продуцируемого АТФ,



является функционирование транспортной системы  $\text{Na}^+/\text{K}^+$ -АТФ-оснований ( $\text{Na}^+/\text{K}^+$ - «насос») клеточных мембран. Активный транспорт ионов  $\text{Na}^+$  и  $\text{K}^+$  компенсирует постоянный поток ионов через ионные каналы. Кроме того, АТФ используется во многих реакциях биосинтеза.

Глутаминовая кислота (глутамат) - это главный активизирующий медиатор в центральной нервной системе. Глутаминовая кислота, получаемая из пищи, плохо проникает через гематоэнцефалический барьер. Это защищает мозг от серьезных нарушений мозговой деятельности. Глутамат синтезируется в нервной ткани. Это вещество также является промежуточным звеном в процессах внутриклеточного метаболизма аминокислот.

Синтез такого глутамата происходит непосредственно в пресинаптических окончаниях; основным предшественником является аминокислота глутамин.

Аспарагиновая кислота (аспартат) - он также может выполнять в центральной нервной системе функции возбуждающего медиатора. По своей химической формуле он очень близок к глутаминовой кислоте и действует на те же рецепторы. Так, в спинном мозге аспартат содержится в возбуждающих интернейронах, регулирующих различные врожденные рефлексy.

Аспартата много в нижней оливе — особом ядре на вентральной (передней) поверхности продолговатого мозга. Это медиатор лазающих волокон, идущий от нижней оливы к мозжечку. Входя в кору мозжечка, лазающие волокна образуют синапсы на клетках Пуркинье. При повреждении нижней оливы резко затрудняется развитие новых моторных навыков.

### **ГАМК (гамма-аминомасляная кислота)**

ГАМК не входит в состав белков и полностью синтезируется в нашем организме. В основном это медиатор относительно небольших нейронов, осуществляющий тормозную регуляцию передачи сигнала. После выброса в синаптическую щель ГАМК воздействует на соответствующие рецепторы. Существует два типа: ГАМК-А и ГАМК-В. Первый – постсинаптический, ионотропный, содержит  $\text{Cl}^-$ . Второй одновременно пост- и пресинаптический, метаботропный и влияет на  $\text{K}^+$ -каналы.

Структура ГАМК-рецептора: помимо активного центра, взаимодействующего с самим медиатором (ГАМК), рецептор взаимодействует с другими веществами (барбитураты и бензодиазепины, увеличивающие время открытия  $\text{Cl}^-$ -каналов). Это привело к широкому использованию бензодиазепинов и барбитуратов в клинике в качестве седативных (транквилизаторов) и противосудорожных средств, снотворных и обезболивающих средств.

### **Нейромодуляция**

Передача информации в синапсе является управляемым процессом.

*Пресинаптические эффекты:* изменения в синтезе, накоплении, высвобождении и обратном захвате нейротрансмиттеров.

*Постсинаптические эффекты:* изменение чувствительности рецепторов, изменение ферментативного расщепления медиаторов, изменение активности систем вторичных мессенджеров.

**Нейротрансмиттеры (нейромедиаторы)** являются непосредственными передатчиками нервного импульса.

**Нейромодуляторы – их задача** изменить действие нейротрансмиттеров.

Эффекты нейромодуляторов:

1. Изменить действие нейротрансмиттеров
2. Эффект нейромодуляторов медленный и имеет большую продолжительность действия - секунды, минуты
3. Нейромодуляторы не обязательно имеют синаптическое или даже нервное происхождение.
4. Действие нейромодулятора не обязательно инициируется нервными импульсами.
5. Нейромодулятор может действовать на разные участки нейрона, причем действие может быть и внутриклеточным.

**Нейромодуляторы ЦНС:**

*Биогенные амины:* катехоламины и серотонин (5-гидрокситриптамин 5-НТ)

*Нейропептиды.* 18 групп. Однако термин «нейропептид» во многом условен, потому что одни и те же группы пептидных соединений образуются и работают как в периферических тканях и органах, так и в структурах головного мозга.

Некоторые пептиды, обнаруженные в головном мозге, представляют собой фрагменты крупных белковых гормонов, действующих на периферии и расщепляющихся в крови.

Путь метаболизма катехоламинов: аминокислота ТИРОЗИН – L-дофа – дофамин – норадреналин – андеранил.

К продуктам с высоким содержанием триптофана относятся: финики, бананы, сливы, инжир, помидоры, молоко, соя, темный шоколад, которые способствуют биосинтезу серотонина и часто улучшают настроение.

Расщепление катехоламинов: ферменты MAO (моноаминоксидаза) и COMT (катехол-О-метилтрансфераза).

*норадреналин.* Его локализация в головном мозге - голубое пятно мозгового моста. Аксоны широко распространены. Норадренергические синапсы существуют в разных отделах центральной нервной системы — от спинного мозга до конечного мозга, в коре мозжечка и больших полушариях.

Высвобождение медиатора приводит к долговременным изменениям свойств синапсов в нейронных сетях этих областей.

Рецепторы:  $\alpha$ - и  $\beta$ -адренорецепторы. Метаботропные  $\alpha$ -адренорецепторы являются вторичными мессенджерами инозитолтрифосфата (ИФ3) и диацилглицерола (ДАГ), поэтому эффекты реализуются через высвобождение ионов кальция из депо. Бэта-адренорецепторы – активируют аденилатциклазу, вторичный мессенджер цАМФ.

Норадреналин в центральной нервной системе. Нейроны голубого пятна участвуют в создании определенного уровня активации бодрствующей центральной нервной системы, регулирующее влияние на уровень внимания, цикл сна-бодрствования, обучение и память, тревогу и боль, настроение и мозговой метаболизм. При избыточной активности норадренергической системы могут наблюдаться гиперактивность и психотические проявления, при недостаточной активности норадренергической системы — умственная отсталость, замедленность движений, депрессия и нарушение памяти.

*Дофамин.* Локализация в головном мозге. Дофаминергические нейроны гипоталамуса имеют короткие аксоны, идущие к нейроэндокринным зонам, мотивационным центрам гипоталамуса. Дофамин оказывает ингибирующее действие на секрецию пролактина. Дофамин в мотивационных центрах гипоталамуса оказывает активирующее влияние на биологические мотивации: пищевую, половую, оборонительную, повышает либидо. Параллельно могут возникать положительные эмоциональные переживания. Дофамин поддерживает общий уровень двигательной активности, обеспечивает выполнение двигательных программ. Дофамин участвует в поддержании общего уровня бодрствования и активности высших центров, связанных с сенсорным восприятием, управлением движениями, памятью, эмоциями. Существует 5 типов дофаминовых рецепторов.

*серотонин.* Локализация в головном мозге. Большая часть аксонов идет к промежуточному и конечному мозгу: к полосатому телу, лобной, теменной и затылочной коре, поясной извилине; к миндалевидному телу, древней коре и гиппокампу; к медиальной зоне таламуса и ядрам гипоталамуса; к черной субстанции, четырехугольнику и центральному серому веществу среднего мозга. Существует сходство серотониновых рецепторов 5-НТ с рецепторами норадреналина. Норадреналин подавляет высвобождение серотонина.

Серотонин влияет практически на все основные аспекты деятельности мозга.

Он участвует в управлении уровнем бодрствования, участвует в работе сенсорных систем, связан с обучением и влияет на формирование мотиваций, следовательно, участвует в эмоциональной сфере.

В составе системы сон-бодрствование серотонин конкурирует с дофамином и норадреналином, вызывая снижение уровня возбуждения ЦНС.

Ядра швов и связанное с ними центральное серое вещество рассматриваются как важнейшие центры сна, включение которых приводит к общему торможению ЦНС.

В сенсорных областях коры серотонин влияет на нейроны, обрабатывающие сенсорную информацию: зрительные, тактильные, слуховые.

Предотвращается чрезмерное распространение сенсорного возбуждения по нейронным сетям, а сигналы «фокусируются». Блокада этого механизма может сильно исказить процессы восприятия, вызывать сенсорные иллюзии и галлюцинации.

Аналогичное действие серотонин оказывает и на ассоциативные зоны коры, делая мыслительные процессы более «организованными».

На тренировках серотонин в большей степени участвует в развитии навыков, позволяющих получать положительное подкрепление. Норадреналин — это развитие навыков избегания отрицательного подкрепления.

**нейропептиды.** В категорию нейропептидов обычно входят пептиды малого и среднего размера от 2 до 50-60 аминокислот. Более крупные пептиды, содержащие более 100 аминокислот, относятся к категории регуляторных белков: некоторые гормоны, факторы роста клеток и др.

Непептидные нейротрансмиттеры (аминокислоты, ацетилхолин, амины): в основном передача сигнала внутри синапса.

Регуляторные пептиды (малые и средние регуляторные пептиды, в том числе нейропептиды – до 60 аминокислот): могут передавать сигнал в синапсе, в зонах межклеточных контактов и/или осуществлять дистантную регуляцию.

Непептидные тканевые гормоны (простагландины, лейкотриены, тромбоксаны): сигнал через межклеточные контакты или к близлежащим клеткам.

Гормоны (стероидные гормоны, белковые гормоны, большие пептиды (более 60 аминокислот), Т3, Т4, адреналин) не передают сигнал в синапсе, это дистантные регуляторы.

#### *Особенности синтеза и выделения нейропептидов.*

Разделение областей синтеза и высвобождения пептидов: Синтезируются на рибосомах, изолированных в нервных окончаниях. Скорость синтеза пептидов регулируется в телах клеток, после чего пептиды должны переноситься аксонным транспортом к терминали. Процессы идут медленнее, чем синтез и хранение непептидного медиатора происходит на конце аксона.

Количество высвобождаемого пептида ограничено его количеством в терминале.

Эффективное взаимодействие пептидов с рецепторами происходит при более низких концентрациях ( $10^{-10}$ – $10^{-8}$  М), чем связывание низкомолекулярных классических медиаторов, например АсС ( $10^{-7}$ – $10^{-4}$  М).

Рецепторы к пептидам метаботропны, в результате действие пептида на клетку реализуется с помощью небольшого количества изолированных молекул.

### **Типы нейропептидов.**

Гипоталамические либерины и статины: традиционно привязаны к гипоталамической регуляцией выброса гипофизарных гормонов, однако каждый из них оказывает эффекты, обусловленные действием на нейроны и другие клетки головного мозга и организма в целом.

Тиролиберин-стимулятор эмоционального поведения, двигательной активности и дыхательного центра

Кортиколиберин – подавляет прием пищи и половое поведение, стимулятор эмоционального поведения.

Гонадолиберин – не только усиливает выработку гонадотропинов, но и непосредственно активизирует половое поведение

Соматостатин является умеренным ингибитором большого количества функций

Опиоидные пептиды: в основном обладают обезболивающим эффектом. Они замедляют работу дыхательного центра. Они участвуют в формировании агрессивного поведения, состояний, связанных с удовлетворением мотивации, в частности, пищевой, а также в формировании чувства «вознаграждения», стрессовых и адаптационных процессов, алкогольной и наркотической зависимости. Они участвуют в нейроиммунных модуляторных процессах.

Адренкортикотропин: известен как гормон гипофиза, но принимает участие в контроле уровня внимания к внешним сигналам, запоминании.

Вазопрессин и окситоцин: формирование долговременной памяти. Вазопрессин — стимулятор, окситоцин — частичный ингибитор. Прямое или косвенное действие обсуждается.

Холецистокинин-33, -8 и -4: НСС-8 является очень мощным ингибитором пищевого поведения. НСК-4 вызывает состояние тревоги и страха.

Вещество Р: первый из нейропептидов, идентифицированных как нейротрансмиттер в путях сенсорных импульсов. Он имеет очень сложный спектр центральных и периферических эффектов.

**Оксид азота (NO).** 1-2% нейронов головного мозга – коры, гиппокампа и полосатого тела содержат нейрональную форму NO-синтазы. Нейроны коры больших полушарий, содержащие NO-синтазу, специфически иннервируются

холинергическими нейронами базальных ядер переднего мозга, которые также имеют высокий уровень NO-синтазы.

Чрезмерная продукция NO - вызывает нейротоксичность. CO – угарный газ – вызывают поздние неврологические последствия.

Механизмы действия: через ферментные рецепторы, благодаря способности легко проникать через мембраны.

### Нейропластичность

Нейропластичность —является собственностью человеческого мозга изменяться под действие опыта, а также восстанавливать утраченные связи после повреждения или в ответ на внешние воздействия.

Это свойство было описано относительно недавно. Раньше считалось, что структура мозга остается неизменной после того, как он сформирован в детстве.

Головной мозг состоит из взаимосвязанных нервных клеток (нейронов) и клеток глия. Процесс обучения может происходить через изменение силы связей между нейронами, возникновение или разрушение связей, а также в процессе нейрогенеза.

Нейропластичность может проявляться на различных уровнях, начиная от клеточных изменений головного мозга, вплоть до масштабных изменений с перераспределением ролей в коре головного мозга, как ответ на повреждение конкретных отделов головного мозга.

В отношении нейрогенеза у взрослых: у взрослых новые нейроны появляются в гиппокампе (каждый месяц заменяется 3% нейронов) и несколько меньше в лобной коре. Этот процесс идет на протяжении всей жизни. Нейрогенез усиливается при тренировках и повторении упражнений, при выбросе эстрогенов, при применении антидепрессантов. Нейрогенез приостанавливается при воздействии стрессовых факторов.

Роль нейропластичности широко признана в современной медицине, и она также используется как явление в развитии памяти, обучении и восстановлении поврежденного мозга.

Под нейропластичностью подразумевается способность нервной системы реагировать на внешние и внутренние раздражители путем структурной и функциональной реорганизации. Цель нейропластичности — оптимизация активности нейронной сети.

Нейропластичность обеспечивается способностью нервных клеток изменять свое поведение, *структуру* (цитоскелет, мембранно-рецепторная система, синапсы), объем и характер синаптических транмиттеров.

### ***Локализация функций головного мозга.***

**Фронтальная область** занимает 23,5% поверхности коры и является наиболее сложным по своей цитоархитектонике. Это связано с высшими ассоциативными и интегративными функциями, и играет важную роль в регуляции поведения и организации второй сигнальной системы.

**Предцентральный регион** занимает 9,3% поверхности коры и имеет непосредственное отношение к осуществлению произвольных движений (ядро двигательной зоны).

**Постцентральный регион** занимает 5,4% поверхности коры и обеспечивает рецепцию различных видов чувствительности.

**Нижняя теменная область** занимает 7,7% поверхности коры и относится к высшим интегративным и аналитическим функциям. При ее повреждении нарушаются чтение, письмо, некоторые сложные виды движений (апраксия).

**Верхняя теменная область** занимает 8,4% поверхности коры, также связана с интегративной и ассоциативной функциями. При его повреждении нарушаются ощущения локализации конечности, направления ее движения и т. д.

**Затылочная область** занимает 12% поверхности коры и функционально связана со зрением.

**Височная область** занимает 23,5% поверхности коры. Она связано со слуховым анализатором.

**Островная зона** занимает 1,8% поверхности коры и связана с функцией речи. Перипалеокортикальные поля связаны с синтезом обонятельных и вкусовых ощущений.

Слуховой центр речи, центр Вернике, находится в основании верхней височной извилины.

Двигательный центр устной речи, центр Брока — в основании нижней лобной извилины, контролирует произвольные сокращения мышц, участвующих в формировании речи.

Двигательный центр письменной речи — в основании средней лобной извилины., обеспечивает произвольные движения, связанные с написанием букв и других знаков.

Все эти зоны асимметричны (у правшей — в левом, а у левшей — в правом полушарии).

В затылочной доле расположен корковый зрительный центр (поля 17, 18, 19), который воспринимает и анализирует информацию от рецепторов сетчатки, формирование зрительных ощущений. Зрительный центр речи (в угловой извилине) управляет движением губ и мимикой говорящего, и тесно связаны с другими сенсорными и двигательными центрами речи.

Центр чтения (в верхней теменной доле, около затылочной доли) контролирует восприятие письменного текста.

Слуховой певческий центр (в верхней височной извилине). Зона асимметрична (у правшей — в левом, а у левшей — в правом полушарии).

Стереогностическая зона (в угловой извилине) контролирует опознание предметов на ощупь (стереогноз).

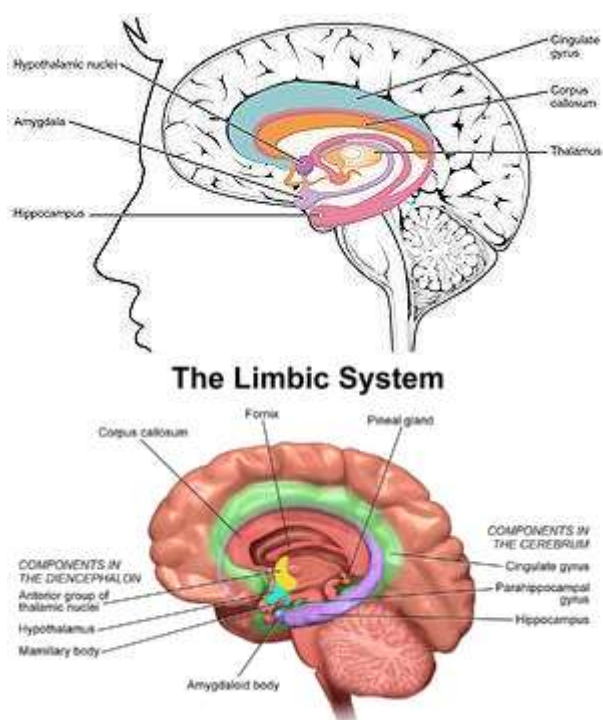
Ассоциативные зоны коры головного мозга: Занимают около 80% поверхности коры, к ним относятся лобные, теменные, височные доли; верхнетеменная область связана с восприятием сложных форм тактильной чувствительности и связана с выработкой сложных условных рефлексов. Нижняя теменная область связана со зрительной памятью и последовательностью двигательных актов при реализации сложного поведения. Височно-теменно-затылочная область — это область зрительной и словесной памяти, в этом месте письменная речь «превращается» в устную и наоборот.

Функции лобных долей — управление врожденными поведенческими реакциями с помощью накопленного опыта. Согласование внешних и внутренних мотивов поведения. Разработка стратегии поведения и программы действий. Психические особенности личности.

**Лимбическая область** занимает 4% поверхности коры и связана с вегетативными функциями и эмоциональной сферой. Кроме названных, различают также участки древней коры (палеокортекс) и старой коры (архикортекс), занимающие 4,4% поверхности коры и представленные трехслойными или однослойными клеточными структурами.

Термин «лимбическая система» впервые был введен в научный оборот в 1952 году американским исследователем Полом Маклином. Пол Маклин в 1949-1952 годах сформулировал и обосновал концепцию лимбической системы, отвечающей за эмоции.

**Лимбическая система** (из лат. *limbus* — граница, край) — совокупность ряда структур мозга, расположенных с обеих сторон таламуса, прямо под конечным мозгом. Она окутывает верхнюю часть ствола мозга, как бы ремнем, и образует его край (конец). Это не отдельная система, а совокупность структур из конечного мозга, промежуточного мозга (промежуточный мозг), а также срединного мозга (мезэнцефалон). Точные границы лимбической системы до сих пор не определены.



Анатомические отделы лимбической системы.



## ***Боль***

### Физиология боли.

Боль воспринимается организмом через рецепторы, называемые ноцицепторами (или болевыми рецепторами), с помощью раздражителей термической, химической и механической природы. Эти стимулы приводят к выработке веществ, активирующих ноцицепторы (к ним относятся брадикинин, гистамин, серотонин). Существуют также некоторые вещества, повышающие чувствительность рецепторов, в том числе простагландины, лейкотриены и вещество Р. Как только рецепторы активируются, стимулируется электрический сигнал, который переносит сигнал в задний рог спинного мозга, где он образует синапсы с нейронами второго порядка либо из 2-х путей L Спиноталамический тракт или спиноретикулярный тракт. Спиноталамический тракт передает электрический сигнал к ядрам таламуса, а затем к первичной сенсорной коре. В то время как спиноретикулярный тракт несет сигнал к лимбической системе,

Чтобы уменьшить боль, бульбоспинальномозговой тракт передает сигналы, которые стимулируют высвобождение обезболивающих нейротрансмиттеров (таких как эндорфины и энкефалины). Когда возникает вредный раздражитель (повреждение ткани), активируются ноцицепторы и активируется циклооксигеназа-2 (ЦОГ-2), вызывая высвобождение большего количества простагландинов в месте повреждения. Поэтому ингибиторы ЦОГ1,2, такие как НПВП, помогают уменьшить боль. Другими препаратами, которые помогают облегчить боль, являются: глюкокортикостероиды (снижают синтез простагландинов), опиоидные анальгетики (блокируют опиоидные рецепторы), противоэпилептические средства (путем демиелинизации нейронов), трициклические антидепрессанты (блокируют обратный захват нейротрансмиттеров, уменьшающих боль) и седативные средства.

Боль подразделяют на 4 основных типа: ноцицептивную боль, невропатическую боль, психогенную боль и смешанную.

### Ноцицептивная боль:

При этом типе не происходит повреждения нервов, активируются только периферические ноцицепторы при воспалении или повреждении тканей. Особенности зависят от 2 типов ноцицептивной боли: соматической и висцеральной.

- Соматическая боль: источник боли часто очевиден. Локализация боли может быть точно описана пациентом. Описание этого типа часто бывает «колющим или острым».
- Висцеральная боль: раздражитель расположен внутри и может быть локализован, но не точно. Боль носит диффузный или генерализованный характер. Эту боль часто описывают как ноющую, давящую или острую.

Лечение предполагает применение: Ацетилсалициловой кислоты. Ацетаминофен. Ибупрофен. Напроксен. Фенопрофен. Индометацин. Кеторолак. Обычно препараты, действующие на ЦНС (опиоидные препараты, антидепрессанты, противоэпилептические средства), не требуются, за исключением некоторых тяжелых случаев.

#### Нейропатическая боль:

Она связана с поражением периферической или центральной нервной системы. Боль стреляющая, как от удара током, жгучая по характеру. Локализация зависит от того, является ли поражение периферическим или центральным (в спинном мозге). Обычно боль иррадирует в несколько частей тела и не может быть определена до определенного места.

Для лечения этой боли требуются препараты более высокой потенции и с механизмом действия, которые работают на уровне нервов, а не рецепторов. Используемые препараты -

- Опиоидные анальгетики: Кодеин. Оксикодон. Морфий. Гидроморфон. леворфанол. Метадон. меперидин. буторфанол.
- Противосудорожные препараты: включает карбамазепин, окскарбазепин, Ламотриджин, Фенитоин. Предпочтителен у пациентов с невыраженной симпатической дисфункцией (например, при диабетической невралгии тройничного нерва)
- Симпатолитики: используются у пациентов с каузалгией и симпатической дистрофией, может применяться хирургическая или химическая симпатэктомия.
- Трициклические антидепрессанты. Препаратами этого класса лечат хроническую боль, постгерпетическую невралгию, атипичную боль с локализацией на лице, хроническую боль в поясничной области. Обычно используемые препараты: amitриптилин, имипрамин, кломипрамин.

#### Психогенная боль:

Этот термин относится к боли, которая связана с некоторой степенью психологического стресса. Тревога, отчаяние и/или стресс являются примерами

того, что может произойти в результате боли или вызвать ее. Это лечится психотерапией и антидепрессантами с болеутоляющими свойствами.

Эмоциональный стресс возможен для пациентов с хронической болью. Вероятно, у них может развиваться вторичная депрессия. Боль можно уменьшить с помощью психотерапии. Необходимо рассмотреть возможность назначения антидепрессантов по рецепту.

Виды боли по течению: Острые и хронические.

Хроническая боль имеет большее психологическое значение в связи с возможностью развития эмоционального стресса у больных с хронической болью. Вероятно, у них может развиваться вторичная депрессия.

Хроническая боль может быть вызвана, поддерживаться и усугубляться различными причинами, в том числе:

1. Трудно поддающийся лечению патологический недуг (артриты, злокачественные новообразования, мигрень, диабетическая невропатия); 2. Нервные перемены, сохраняющиеся после выздоровления из-за соматического заболевания (повреждение чувствительных или симпатических нервов); 3. Психологические факторы.

Лечение: для улучшения качества жизни пациента может потребоваться мультидисциплинарный подход, включающий консультирование, медикаментозное лечение, физиотерапию, блокаду периферических нервов и даже хирургическое вмешательство.

## Психиатрия

### *Введение в психиатрию*

Психиатрия – клиническая дисциплина, изучающая:

1. закономерности возникновения, течения и исхода психических расстройств.
2. психические процессы, свойства, состояния (интеллект, сознание и т.д. и деятельность (поведение) человека и групп людей) во всех возрастных периодах,
3. с целью разработки методов: профилактики, диагностики, лечения, экспертизы и реабилитации.

Мы напоминаем вам о 3-х основных группах психических явлений:

• **психические процессы** — ощущения, восприятие, память, мышление, интеллект, воля, внимание, эмоции и др.;

• **психические состояния** - активность, энергичность, пассивность, усталость, тревога и т. д.;

• **психические свойства человека** - характер, темперамент, личность, способности и т.д.

Мыслительный процесс обычно делят на три основные группы:

1. Познавательные процессы (внимание, ощущение и восприятие, память, мышление и воображение...),

2. Волевые процессы (мотивы, стремления, желания, принятие решений),

3. Эмоциональные процессы (чувства, эмоции).

Психические процессы отражаются на психическом статусе: Больной правильно ориентирован, знает свое имя, знает, что находится в больнице, может ли правильно назвать год и число. Мы оцениваем внешний вид (аккуратный, неряшливый, бедная мимика, галлюцинаторная мимика, избегает зрительного контакта, не удерживает зрительный контакт, смотрит вниз, пантомимика с тревогой, перебирает руками, оглядывается...). Что мы слышим?: оценивает, является ли речь замедленной/ускоренной, интонационной, эмоционально окрашенной или нет. Мы оцениваем его внимание, память и уровень тревоги. Оцениваем настроение (пониженное, повышенное, больной отмечает тоску, апатию, безрадостность). Мышление также оценивается: обстоятельное, резонерство, аморфное, паралогичное... Бредовые идеи. Оцениваем наличие галлюцинаций. Эмоционально-волевая сфера (описываем дефект), патологии влечений и витальные функции: аппетит, сон, либидо, ангедония. Критика».

### **Задачи психиатрии:**

1. Изучение этиологии и патогенеза психических расстройств;
2. Изучение возрастных, гендерных и культуральных особенностей клиники и ее динамики психических расстройств;
3. Изучение нарушений психических процессов, свойств и состояний человека;
4. Изучение биологических, психотерапевтических и социальных методов лечения психических расстройств;
5. Изучение критериев вменяемости, дееспособности и прогнозирования поведения при психических расстройствах беременности.
6. Разработка структуры организации психиатрической помощи населению.

*Основные разделы психиатрии.*

1. Общая психопатология – изучает основные закономерности проявления психических расстройств, этиологические и патогенетические факторы, в основе которых лежат психопатологические расстройства.

2. Частная психиатрия – изучает клинику, динамику и исходы отдельных психических расстройств.

3. Возрастная психиатрия – изучает особенности психических заболеваний в разные периоды жизни.

Периоды возрастные (детская психиатрия, подростковый, инволюционный, поздний – прижизненный психиатрический-геронтологический).

4. Организационная психиатрия.

5. Судебная психиатрия - занимается вопросами вменяемости, дееспособности и т.д.

Также включает выбор форм принудительных медицинских мероприятий.

6. Психофармакотерапия - разрабатывает и изучает влияние лекарственных веществ на психику.

7. Социальная психиатрия.

8. Наркология – изучает влияние психоактивных веществ на состояние человека.

9. Транскультурная психиатрия – занимается сравнением психической патологии в разных странах и культурах.

10. Ортопсихиатрия – рассматривает психические расстройства с точки зрения разных типов больных.

11. Биологическая психиатрия (изучает биологические основы психических расстройств), методы биологической терапии.

12. Сексология.

13. Суицидология.

14. Военная психиатрия - изучает психопатологию и порядок военного времени. проведение военно-психиатрической экспертизы.

15. Экологическая психиатрия – изучает влияние факторов внешней среды на психику.

16. Психотерапия.

**Предмет** изучения в психиатрии - это психика, как специфическая форма отражения действительности его патологические механизмы и закономерности формируют патопсихологические особенности личности человека.

**Объект** исследования в психиатрии – это человек как социальный субъект, его ежедневные связи и отношения, а также его субъективная реакция на окружающую среду.

### ***Классификация методов исследования в психиатрии Б.Г. Ананьева:***

#### **A) Организационные вопросы**

1. Сравнительный метод – состоит из групп испытуемых, которые сравниваются друг с другом. Например, группу больных сравнивают с группой здоровых лиц.

2. Лонгитюдный метод - когда проводят многократные обследования одних и тех же людей в течение длительных периодов времени, вплоть до десятков лет.

3. Комплексный метод – в этом методе одновременно используются сравнительный и лонгитюдный методы.

#### **Б) Эмпирические данные**

##### **Субъективные данные:**

- Наблюдение: Самоанализ, Внешний, Свободный, Стандартный, Включенный.

-Опрос: устный, письменный, бесплатный, стандартный.

- Тест: тестовая анкета, тестовое задание.

##### **Объективные данные:**

- Тесты: объективные, проективные ценности

(проективный характеризуется созданием экспериментальной ситуации, которая допускает множество возможных интерпретаций при восприятии испытуемыми).

**Эксперимент:** Естественное, Лабораторное, Педагогическое исследование.

**Моделирование:** Технический, Математический, Кибернетический, Логический вариант

*Методы обработки данных:*

**Количественный анализ**- имеется в виду очень обширная группа методов математической обработки данных и статистических методов, применяемых к задачам психологических исследований.

**Качественный анализ**- разграничение фактического материала на группы, описание типичных и исключительных случаев.

Методы интерпретации:

**Генетический:** Метод (фило- и онтогенетический) позволяет интерпретировать весь фактический материал с точки зрения развития, выделяя фазы, этапы развития, а также критические моменты в формировании психических функций. В результате устанавливаются «вертикальные» связи между уровнями развития.

**Структурный** - метод устанавливает «горизонтальные» связи между различными элементами психики, используя при этом обычные методы изучения различных структур, в частности классификацию и типологизацию.

Основной метод в психиатрии = КЛИНИЧЕСКИЙ (клиническое наблюдение).

## ***История психиатрии как науки.***

Психиатрия и психические расстройства существуют столько же, сколько существует человечество.

1. **Метафизическая психиатрия** является «наукой о душе». Это включает идею одержимости дьяволом или демоном в душе. На этом этапе функции психотерапевтов выполняли колдуны, знахари, шаманы. Они опирались на древнюю, храмовую медицину. Гиппократ говорил: “Безумие — это болезнь мозга, которая имеет физические причины и не вызвана Богом.”. Этот восходит к гуморальной теории темперамента, которая была началом психосоматики. Ввел термины: мания, меланхолия. Аретейиз Каппадокия (81-138) впервые описал чередование депрессии и мании у одного и того же больного. В раннем Средневековье – сжигание «ведом» на кострах в Европе . В России психические заболевания рассматривались как результат Божьего наказания, либо святости. Те, кто одержим демоном и лишен разума размещались в монастырях, чтобы не создавать помехи и не быть источником страха для здоровых.

2. **Синдромальная психиатрия** - наука о расстройствах сознания. Это этап начала с XVII в., когда способность чувствовать и мыслить стала называться сознанием. Основным используемым методом являлось наблюдение человека за самим собой. Джон Конноллив, 19 век, создал идею о непритеснении душевнобольных, и снял цепи с психически больных, стали использовать

комнаты со стенами, обитыми матрасами. В 1822 году врач Антуан Бейль (1799-1858) выделил первую нозологическую единицу в психиатрии – **ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ**, который включал все случаи, когда хронический арахноидит был выявлен после смерти, а «мания величия» имела место при жизни (сифилис головного мозга). Гризинрег в 1872 г. написал руководство по психиатрии и сказал, что душевные болезни - суть болезни мозга, а ментальная деятельность является рефлекторной деятельностью головного мозга. Указал на то, что в своем развитии каждый психоз проходит клинически четкие стадии.

**3. Нозологический этап.** Психиатрия – это наука о поведенческих расстройствах. Начало в XX ст. Психиатр наблюдает за тем, что можно увидеть непосредственно: за поведением, действиями, реакциями больного человека. Эмиль Крепелин 1856-1926 гг. сказал, “каждое заболевание должно иметь свою этиологию, патогенез, патоморфологию, течение и исход». Он ввел понятие «Раннее слабоумие». Он описал группу психопатий, включая инволюционный психоз. Он также ввел понятие «олигофрения». В последнем издании пособия по психиатрии он разработал основы транскультурной психиатрии. К 1930-м годам Ганнушкин создал основы теории «малой» или пограничной психиатрии. Психоанализ, психодинамическое направление было сформировано Фрейдом, Адлером, а также Юнгом. В 20-30 годы 20 века появилась биологическая терапия: инсулинотерапия, электросудорожная терапия, а также пиротерапия получили свое развитие. В 1952 году был синтезирован первый нейролептик - хлорпромазин.

**4. Современный этап.** Изучение биопсихосоциальных факторов, закономерностей и механизмов психических патологий.

### **Научные школы и направления психиатрии.**

П.Б. Ганнушкин к 30-м годам XX века создал основы учения о «малой», или пограничной, психиатрии

С начала XX века активно развивается психотерапия, особенно в области психодинамического направления (Фрейд, Юнг, Адлер).

В 20-30 годы были разработаны методы общебиологического воздействия на психозы, позволившие добиться полноценных ремиссий.

Вагнер-Джаурегт разработал пиротерапию (лечение повышенной температурой тела).

Черлетти ввел понятие ЭСТ (электросудорожная, или электрошоковая терапия) — метод лечения при котором генерализованный эпилептиформный конвульсивный приступ возникает из-за пропуска электрического тока через мозг больного с целью достижения терапевтического эффекта. Например, для лечения тяжелых депрессии, кататонических состояний, резистентных состояний, фебрильной шизофрении).

М. Закель ввел понятие инсулинотерапии.

Л. Медуна - судорожная терапия.



Нельзя не отметить научную школу А.В.Снежневского. В свое время в Москве для него создали Московский научно-исследовательский институт психиатрии. В частности, им активно разрабатывались вопросы шизофрении. Это классика российской психиатрии.

Психиатрия тесно связана с другими научными дисциплинами.\* с философией (основной вопрос философии — первичность материи или сознания);\* с психологией (соотношение «нормального» и «болезненного» психического деятельности, законы логики и их преломление, осмысленные и болезненные реакции);\* с правом (судебно-психиатрические аспекты);\* с биологическими науками (анатомия, физиология, биохимия, патофизиология, патологическая анатомия и др.);\* другие медицинские дисциплины (терапия, неврология и др.).

Психиатрия является частью общей медицины, также изучает психические расстройства при соматических заболеваниях (соматопсихиатрия) и психические причины соматических заболеваний (психосоматика).

Биопсихосоциальная научная парадигма.

**Психические расстройства** следует рассматривать как функцию множества факторов, таких как биологических (генетические факторы), ранние вредности, конституциональные особенности; психологические – особенности воспитания, особенности взаимоотношений в семье; Социальные – социальная адаптация, работа (или ее потеря) и т.д.

**Среди них:**

“Био (генетика, органические вредности). включает в себя врожденную конституцию организма, состояние эндокринной, физиологической и нервной систем. Это: Родовые травмы и органические заболевания в детском возрасте, приводящие к уязвимости того или иного органа, а также физические травмы в зрелом возрасте.

“Психо”: (психологические особенности) включает: особенности воспитания ребенка, опыт травматических переживаний в детстве, эмоциональный климат в семье.

“Социальное» включает: взрослый опыт травмирующих переживаний в личных и профессиональных отношениях, уровень адаптации.

## ***Здоровье и патология в психиатрии***

Здоровье. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) здоровье - это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.

Критерии психического здоровья ВОЗ:

1. Уровень стандартного (идеального) здоровья. Понимается как полная адаптация личности, ее гармоничное развитие, и позитивное представление всех критериев психического здоровья. На уровне идеального здоровья вероятность возникновения каких-либо психических расстройств не допускается.

2. Средний уровень, при котором состояние психических показателей соответствовало средним популяционным показателям с учетом пола, возраста, социального положения, социокультурных условий и др. На этом уровне допускается вероятность возможных поведенческих и психических расстройств (например, в разрезе индивидуальных кризисов развития).

3. Конституционный уровень связан с типологиями строения психики и тела. На этом уровне допускалось наличие групп риска, определенных в связи с особенностями конституции.

4. Уровень акцентуации как варианты заострения личностных черт, связан с повышенной уязвимостью к определенным жизненным ситуациям.

5. Уровень предболезни, для которого отмечалось наличие отдельных симптомов психического расстройства.

#### Критерии психического расстройства:

Объективное нарушение психических процессов, явлений, в том числе поведенческих, мыслительных, эмоциональных характеристик.

Субъективное самочувствие человека как ненормальное или измененное (наличие жалоб).

Уровень адаптации (нарушение адаптации, развитие дезадаптации в семье, микросоциальной среде, в школе, на работе...).

### **ПАТОС и НОЗОС.**

Патос – патология – это определенное стойкое отклонение в развитии. В некотором смысле это предболезнь, предрасположенность к болезни. Например, шизотипический диатез, общее недоразвитие речи и др. Патос у человека можно обнаружить с раннего детства. Эта особенность является отклонением от развития.

НОЗОС - это болезнь. Обозначает, что раньше болезни не было, но позже переросло в нее. Был период нормы, далее сформировалась болезнь. Здесь есть наличие этиологии, патогенез, развитие, исход.

*Диатез подобен предболезни.*

Диатез (греч. diathesis) известен в терапии и педиатрии в качестве конституционной предрасположенности. Что это? организм подвержен

некоторым заболеваниям из-за врожденных особенностей обмена веществ. Геморрагический, лимфатический, известны экссудативный и другие диатезы.

А.В. Снежневский (1972) рассматривал диатез в рамках понятия патоса — состояния, предполагающего лишь возможность развития патологического процесса. Относя диатезы к патосам, он характеризовал их как своеобразные реакции на физиологические раздражители, проявляющиеся предрасположенностью к тем или иным заболеваниям.

### **Клинические проявления шизотипического диатеза.**

**Диатез** - нарушение дизонтогенеза, т. е. нарушение развития, которые выражаются в виде 4 групп нарушений: 1) дисгармония психофизического развития; 2) дисрегуляция или неравномерность развития; 3) разобщенность развития; 4) дефицит психических проявлений.

#### **Шизотипический диатез проявляется как:**

- отсутствие или незначительный интерес к внешним раздражителям (новым игрушкам, людям и т. д.);
- Избирательные предпочтения в еде, боязнь пробовать какие-то новые и незнакомые блюда;
- неожиданные перепады настроения без объективной причины;
- плаксивость, истеричность, раздражительность;
- настороженность: иногда ребенок боится собственных родителей, близких родственников, но оживает при виде посторонних;
- Спонтанные движения рук или ног во время сна, частые пробуждения.

#### **В возрасте 2-3 лет среди проявлений диатеза в психиатрии обращают на себя внимание:**

- нарушения речи: ребенок говорит медленнее сверстников, иногда затрудняется ответить даже на самые простые вопросы, может подолгу молчать на полуслове, бездумно повторять отдельные фразы или слова за другими;
- отказ от активности;
- Специфический интерес к определенным предметам, например, малыш совсем не интересуется недавно подаренной игрушкой, а надолго останавливается возле предметов быта (предметов быта, часов),
- неумение и нежелание общаться со сверстниками: ребенок не умеет различать «свое» и «чужое», часто «отвечает» на действия других детей гневом и агрессией;
- неспособность длительное время концентрироваться на каком-либо объекте, что приводит к заметным трудностям в обучении в школе.
- Диатез (предрасположенность) + стресс (реакция на стресс) = болезнь (защитный барьер преодолен).

**Внутренняя картина болезни является** совокупностью представлений человека о своей болезни, являющаяся результатом творческой деятельности, которую больной совершает на пути к осознанию своей болезни. Термин введен Р. А. Лурией в 1935 г.

Представление Р. А. Лурии о структуре внутренней картины болезни выразилось во введении двух компонентов, что отразилось на существовавшей в то время в медицине дихотомии соматического и психического:

- *Чувствительный*, к которому относятся ощущения, происходящие от определенного заболевания или патологического изменения общего состояния больного;
- *Интеллектуальный*, которое создается больным при размышлениях о своей болезни, самочувствии и состоянии (иначе называемая рациональной оценкой болезни), и бывает, что эти представления не имеют реальной соматической основы. Это надстройка над чувственным уровнем.

Типы реакции на заболевание, которое характеризуются наличием психической дезадаптации:

- *Тревожный тип* реакции характеризуется подозрительной озабоченностью течением и прогнозом болезни, что подталкивает таких больных к постоянному поиску новых сведений о болезни, новых методов лечения, результатов обследований, авторитетного мнения.
- *Ипохондрический тип* реакции предполагает преобладающую ориентацию на собственные ощущения, которые имеют болезненный или неприятный характер и имеют преувеличенное значение. Для пациентов с данным типом реагирования характерно сочетание стойкого желания лечиться и страха причинения вреда.
- *неврастенический тип* реакции предполагает непереносимость боли, реакцию типа «раздражительной слабости», когда вспышка гнева на почве недомогания сменяется слезливым раскаянием.
- *Меланхолический тип* реакции характеризуется пессимистическим взглядом на прогнозы и активной их трансляцией, несмотря на объективные данные, опровергающие эту точку зрения.
- *Эйфорический тип* реакции подразумевает необоснованно приподнятое настроение, что создает ощущение искусственного, чрезмерно легкомысленного отношения к болезни.
- *Апатичный тип* реакции — особое индифферентное отношение больных к своему самочувствию, при резко суженном круге их интересов.
- *Обсессивно-фобический тип* предполагает фиксацию на крайних, маловероятных вариантах негативного течения болезни и лечения, а также активное привлечение ритуалов для защиты от возникающей тревоги.
- *Чувствительный тип* реакции характеризуется боязнью быть отвергнутым в связи со своим заболеванием.
- *Эгоцентрический тип* - привлечение к себе максимального количества внимания, выставляя тяжесть и сложность переживания болезни как особое право на исключительную заботу.
- *Параноидальный тип* характеризуется стремлением объяснить для себя заболевание и неприятные переживания во время лечения в результате злого умысла.

- *Дисфорический тип* характеризуется тоскливо-угрюмого характером.

В структуре внутренней картины болезни есть уровни:

1. Сенсорный уровень (субъективная боль)
2. Эмоциональный уровень (какие эмоции вызывает болезнь)
3. Интеллектуальный уровень (информация о болезни, критика)
4. Мотивационный уровень (наличие или отсутствие волевых сил на лечение, жизнь с болезнью).

**Модели общения врача и пациента.:**

1. Инженерная модель: При инженерной модели врач воспринимает пациента безлично, как сломанный механизм, нуждающийся в ремонте.
2. Патерналистская модель: Подразумевает стиль общения, аналогичный родительско-детским отношениям. Врач относится к больному бережно и внимательно, но в то же время может быть настойчивым и в определенном смысле диктовать своему подопечному правила лечения.
3. Коллегиальная модель: Между врачом и пациентом господствует принцип равенства.
4. Контрактная модель: В настоящее время все большее распространение получает контрактная модель, подразумевающая отношения между заказчиком и исполнителем.

### ***Организация психиатрической помощи в Российской Федерации***

Существуют разнообразные организационные формы (амбулаторная психиатрическая и психотерапевтическая помощь, помощь в дневном стационаре, стационарном отделении, научно-исследовательских институтах, дистанционные консультационные услуги и т.д.). К принципам психиатрической помощи относятся:

- Непрерывность лечебного процесса при оказании психиатрической помощи.
- Территориальный принцип оказания помощи.
- В ряде регионов (в частности, в Калининграде) психиатрическая помощь включена в систему обязательного медицинского страхования.
- Добровольное оказание психиатрической помощи.

Есть платные услуги/коммерческие медицинские учреждения. Есть психиатрические учреждения муниципального, регионального, федерального уровней (оплачиваются из бюджета фонда обязательного медицинского страхования, из регионального или федерального бюджетов). Они включают:

- 1) Внебольничная психиатрия. Помощь оказывается диспансерами и диспансерными отделениями, бюро медико-социальной экспертизы, дневные стационары, скорая психиатрическая помощь.
- 2) Стационарное отделение (психиатрическое, психотерапевтическое отделения, отделения неврозов, геронтопсихиатрии, детской психиатрии...).
- 3) Реабилитация: коррекционные школы, классы, интернаты для душевнобольных и т. д., где пациентам предоставляются программы психосоциальной реабилитации.

Вопросы прохождения военной службы.

Согласно закону «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» существует требование общественного согласия больного на госпитализацию и медицинское вмешательство.

**Недобровольная госпитализация:** согласно статье 29 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Основания для недобровольной госпитализации (без согласия больного) допускаются в случае: по статье 29 «а»: непосредственная опасность для себя и окружающих (например, попытка самоубийства, намерения, мысли, агрессия по отношению к окружающим), «б» — беспомощность (например, у больных с деменцией, с утратой навыков самообслуживания), «с» = неоказание психиатрической помощи в условиях стационара приведет к ухудшению психического состояния. Решение о принудительной госпитализации в психиатрическую больницу принимает судья.

В России существуют приказ о порядке оказания психиатрической помощи, стандарты оказания психиатрической помощи, критерии качества оказанной помощи, клинические рекомендации, регламентирующие последовательность и объем диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при оказании психиатрической помощи.

#### **Психиатрическая экспертиза:**

1. Экспертиза временной нетрудоспособности.
2. Медико-социальная экспертиза: выявление инвалидности, программа реабилитации инвалида.
3. Военно-психиатрическая экспертиза (годность к службе).
4. Судебно-психиатрическая экспертиза. Ею назначает суд. В нем рассматриваются вопросы о дееспособности: недееспособная/недееспособная (например, для купли-продажи квартиры) и вменяемости: вменяемая/невменяемая (в рамках уголовного кодекса).

## ***Классификация психических расстройств***

Существует 4 основные классификации:

МКБ-10, МКБ-11, DSM-5, Этио-патогенетическая классификация.

### **МКБ-10. Психические расстройства и расстройства поведения.**

Разделы, диагностические категории:

F 00- F 09. Органические, в том числе симптоматические, психические расстройства:

Деменция (при болезни Альцгеймера, сосудистая, старческая и др.)

Органический амнестический синдром

Делирий

Органические расстройства: астенические, тревожные, депрессивные, бредовые (шизофренические) и др.

Органическое расстройство личности

F10-F19 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ.

F20-F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства:

Шизофрения, шизотипическое расстройство, хронические бредовые, острые и преходящие психотические расстройства, индуцированные бредовые, шизоаффективное расстройство.

F30-F39 (Аффективные) расстройства настроения.

F40-F48 Невротические связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

F50-F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими расстройствами и физическими факторами.

F60-F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

F70-F79 Умственная отсталость.

F80-F89 Нарушения развития.

F90-F98 Поведенческие расстройства детского и подросткового возраста.

### **МКБ-11: построена на синдромальном уровне:**

Нарушения нервно-психического развития

Шизофрения и другие первичные психотические расстройства

Кататония

Расстройства настроения

Расстройства, вызванные тревогой и страхом

Обсессивно-компульсивные и родственные расстройства

Расстройства, непосредственно связанные со стрессом

Диссоциативные расстройства

Нарушения пищевого поведения и кормления

Заболевания, связанные с выделительной системой

Расстройства, связанные с самосознанием тела и телесным дискомфортом

Употребление психоактивных веществ и аддиктивные расстройства поведения

Нарушения импульсивного контроля

Вызывающее и диссоциальное поведение

Расстройства личности

Нарушения влечения

Симулированные расстройства

Нейрокогнитивные расстройства

Психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом

Психологические и поведенческие факторы, влияющие на расстройства или заболевания, классифицированные в других категориях

Вторичные психические или поведенческие синдромы, связанные с расстройствами или заболеваниями из других категорий

### **Традиционная этио-патогенетическая (нозологическая) классификация психических расстройств.**

Выделение групп болезней в этиопатогенетической классификации основывается на двух факторах: 1) наличии или отсутствии внешнего по отношению к организму патогенного воздействия (экзогенного), вызывающего заболевание; 2) наличие или отсутствие органического поражения головного мозга, которое можно было бы рассматривать как субстрат заболевания.

По этим факторам можно выделить несколько групп заболеваний:

1) **Эндогенные психические расстройства** (эндогенно-функциональные) - отсутствуют значимые внешние факторы, которые можно было бы рассматривать как причину заболевания, либо как органический субстрат болезни. Традиционно к основным группам относятся:

#### Шизофрения и сопутствующие расстройства

Эндогенные расстройства настроения (ранее называвшиеся: маниакально-депрессивный психоз, в настоящее время — биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, циклотимия, дистимия).

#### Инволюционные психозы (инволюционная депрессия и инволюционная паранойя).

2) **Эндогенно-органические нарушения** — нет внешней (экзогенной) причины развития расстройства, но можно выявить (и использовать для диагностики) структурные или нейрофизиологические изменения в головном мозге.

Атрофические (нейродегенеративные) заболевания головного мозга (старческое слабоумие, слабоумие при болезни Альцгеймера, слабоумие при болезни Пика и др.)

Некоторые варианты эпилепсии (идиопатическая эпилепсия).

3) **экзогенно-функциональные расстройства** — есть внешняя причина развития расстройства (речь идет про стрессовые, психогенные состояния), но существенных изменений в головном мозге нет

По мнению профессора И.В. Реверчука, в группу экзогенно-функциональных расстройств (от внешних причин, обратимых, без гибели клеток) входят неврозы и реактивные психозы, поэтому эту группу отождествляют с психогенными заболеваниями.

4) **Экзогенно-органический** — присутствует как внешний патогенный фактор, так и органический субстрат заболевания, к нему относятся:

Психические расстройства при инфекционных заболеваниях,  
Заболевания с наркологией (интоксикацией), на зависимость от психоактивных веществ, алкогольное опьянение,

Последствия черепно-мозговых травм,  
нейроинфекции,

Психические расстройства при опухолях головного мозга,

Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга

Соматогенные психические расстройства.

Симптоматические психические расстройства (психическое расстройство становится лишь одним из симптомов соматического расстройства. Это экзогенный тип реакций и психосоматических заболеваний, например, астения на высоте лихорадки при простуде или пневмонии)



**5) нарушения развития** — расстройства, связанные с патологией развития. Патология интеллектуального развития называется умственной отсталостью (олигофренией), патология развития личности — расстройствами личности (психопатия).

**В динамике психических расстройств** выделяют следующие фазы:

1. *Активная фаза* относится к периоду времени, когда сочетание симптомов заметно проявляется.

2. *Продромальный или резидуальный период* - относятся к периодам ослабления симптомов, которые либо предшествуют (продромальные), либо следуют (остаточные, резидуальные) за периодом активной фазы.

3. *Ремиссия* является уменьшением или исчезновением признаков и симптомов заболевания. Ремиссия может считаться частичной ремиссией или полной ремиссией. При ремиссии при шизофрении возможно сохранение негативной симптоматики. При биполярном аффективном расстройстве бывают интермиссии, представляющие собой периоды полного отсутствия психических симптомов.

4. Состояния компенсации и декомпенсации относятся к (в частности) расстройствам личности с учетом уровня социально-трудовой адаптации и дезадаптации.

## **Общая психопатология**

**СИМПТОМ** (греч. *symptoma* — совпадение, случай, признак) — качественно новое явление, не свойственное здоровому организму. Его можно выявить с помощью клинических методов исследования, используемых для диагностики и/или прогноза заболевания.

**Симптомокомплекс (комплекс симптомов)**— это ряд симптомов, которые наблюдаются у больного на протяжении определенного периода времени.

Термин "Симптомокомплекс" был введен в медицинскую практику в 70-х годах немецким психиатром Карлом Кальбаумом.

С 80-х годов 20 ст. австрийский психиатр Рихард Ф. Крафт-Эбинг начал использовать термин "синдром".

**Синдром** (*synos + dromos = бег вместе*). Это совокупность симптомов, объединенных общим механизмом заболевания (патогенезом). В психиатрии симптом отражает уровень поражения психики и головного мозга.

**Синдромокинез** - включает в себя динамику развития синдрома (например, психоорганический синдром).

В течение заболевания наблюдают синдромомотаксис. Это последовательная смена синдромов.

## **Симптомы**

Традиционно в психической деятельности выделяют психические процессы – восприятие, память, эмоции, воля, мышление, интеллект, сознание.... При выявлении отдельных симптомов их относят к определенным областям психической деятельности. Синдромы могут наблюдаться как в пределах одной сферы, так и в нескольких сферах психики.

Нарушения ощущений и восприятия.

Ощущение – это психический процесс отражения единичных свойств объектов (холод, тепло, жжение...).

*Восприятие — психический процесс отражения предмета или явления как в целом, так и в совокупности его свойств и частей.*

### **Основные свойства восприятия (отличия восприятия от ощущения):**

1. *Предметность и целостность.*

2. *Постоянство.*

3. *Избирательность восприятия, выделение «формы и фона».*

4. *Осмысленность восприятия.* Перцептивные образы всегда имеют смысловое значение.

5. *Субъективность восприятия.* Это связь восприятия с личностью, всем прошлым опытом человека.

*Расстройства общего чувства, иллюзии и галлюцинации, особенности псевдогаллюцинаций:*

Гипестезия – это ощущение, которое ослаблено по интенсивности. Принимая во внимание, что усиленное ощущение называется – гиперестезия.

*Гиперестезия* - наблюдается при астении, при употреблении некоторых стимуляторов.

Качественные нарушения ощущений – парестезии. Это неприятные многоплановые ощущения (боль, покалывание, жжение, пульсация), возникающие на поверхности тела в соответствии с зонами иннервации, но без внешнего раздражения.

**Сенестопатии** - ощущения без реального раздражения, возникающие в разных частях тела, а также во внутренних органах и полостях с мигрирующей локализацией. Больным сложно описать сенестопатии.

**Агнозия** - неспособность усваивать и объяснять значение сенсорных ощущений.

Нарушения восприятия окружающего мира и собственной личности называются нарушениями сенсорного синтеза.

- **Элементарные расстройства** - нарушения в узнавании отдельных частей предмета или собственного тела. К ним относятся нарушение восприятия схемы собственного тела, отдельных его частей и др.
- **психосенсорное расстройство.** Больной может воспринимать свое тело как уменьшенное, увеличенное, чрезмерно легкое или тяжелое, изменяется ощущение отдельных частей тела (увеличились руки, нос стал непропорционально большим и т. д.). Такие нарушения могут наблюдаться при органических поражениях теменно-затылочных отделов правого полушария головного мозга и межмозговых областей.

Сложные расстройства проявляются нарушением узнавания отличительных (индивидуальных) свойств окружающей среды и собственной личности. К ним относятся: дереализация и деперсонализация.

**Дереализация** - это искаженное восприятие окружающего мира. Оно может проявляться как субъективное ощущение отчужденности от внешнего мира. Окружающая среда как будто потеряла свой цвет и жизнь и кажется отдаленной, искусственной или сценой, где люди разыгрывают свои придуманные роли.

К синдрому дереализации относят нарушения восприятия размеров предметов: микропсии (предмет воспринимается уменьшенным в размерах), макропсии (предмет увеличен), света, цвета и др.

Разновидностью дереализации является симптом – «уже виденного» (дежавю) и «никогда не виденного».

**Деперсонализация** - нарушение восприятия собственной личности, при этом больной чувствует себя другим человеком, отмечает изменение эмоций, отношения к близким.

Качественные расстройства восприятия - иллюзии и галлюцинации.

**Иллюзия:** ошибочное восприятие реального предмета или явления. Иллюзии: физические, физиологические и психические .

*Психические иллюзии* (чаще аффективные) связаны с измененным состоянием психики, преимущественно с изменением эмоционального состояния (страх, сильное напряжение, ожидание).

*Парейдолические* иллюзии (парейдолия) - видим образы в повторяющемся узоре ковра, в рисунке обоев больной видит пугающие фантастические картинки, драконов.

Парейдолические иллюзии могут возникать в состоянии тяжелой абстиненции, что указывает на возможность развития алкогольного делирия. Также иллюзии особенно часто они встречаются у детей с токсико-инфекционными психозами.

**Галлюцинации** - это *обманы восприятия при отсутствии* реального объекта.

Различают слуховые, зрительные, тактильные, вкусовые и обонятельные галлюцинации.

Например, такие галлюцинаторные симптомы, как "голоса", дающие команды или комментирующие поведение человека, или другие «голоса», исходящие из какой-либо части тела, встречаются при шизофрении, а также при других психотических состояниях.

*Простые* галлюцинации - те, которые могут быть локализованы в пределах одного анализатора (только обонятельные, только слуховые и др.). Сложные (комплексные, комбинированные) — это галлюцинации, возникающие одновременно в двух и более анализаторах.

Мы также дифференцируем гипнагогические галлюцинации (возникающие в состоянии перехода от бодрствования ко сну) и гипнопомпические галлюцинации (возникающие при пробуждении).

*Функциональные* галлюцинации. Например, в шуме дождя больной начинает слышать голоса людей. Отличие функциональных галлюцинаций от иллюзий состоит в том, что они не сливаются с внешним раздражителем и даже не искажают его, а воспринимаются одновременно с ним.

*Различают истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации.*

### **Критерии псевдогаллюцинаций:**

1. Критерий неполноты компонентов реальности /внутренней проекции. Псевдогаллюцинации не имеют внешнюю проекцию, а проецируются внутрь тела больного, или за пределы внешнего горизонта. Образы могут быть лишены цвета, формы, звучности и других свойств, создающих у больного впечатление о необычном предмете или явлении.

2. Критерий сенсорной яркости. Псевдогаллюцинации лишены реальности и чувственной живости. Больные описывают псевдогаллюцинаторные образы как «нематериальные», «прозрачные», «лишенные объема».

3. Критерий "сделанности", "навязанности" извне. Есть ощущение искусственности, навязывания этих образов. Больные связывают эти образы с действиями определенных лиц, которые «вызывают» у них восприятие слуховых или зрительных образов. Это отражает неразрывную связь псевдогаллюцинаций с бредом воздействия.

4. Критерий поведения. Больной с псевдогаллюцинациями продолжает вяло лежать в постели, несмотря на повелительные голоса, приказывающие ему что-то делать.

5. Критерий теста реальности. Больные с истинными галлюцинациями уверены, что другие переживают те же переживания, что другие люди также «видят и слышат» образы. В то же время больные с псевдогаллюцинациями считают свои переживания сугубо личным делом, «эти образы сделаны для меня», больной понимает, что другие не могут их видеть и слышать.

### **Расстройства памяти.**

#### *Виды амнезии.*

**Гипермнезии** – усиление памяти в болезненном состоянии на прошлые события.

Гипомнезия - снижение памяти.

**Амнезия** - выпадение из памяти более или менее значительного количества воспоминаний.

Нарушение памяти преимущественно на текущие события называется фиксационной амнезией.

**Парамнезия:** 1. Псевдореминисценции - отрывки событий из реального прошлого переносятся в настоящее в хаотичном порядке/с перерывами. 2. Конфабуляции — замещение пробелов в памяти выдуманными событиями, которых никогда не было. 3. Криптомнезия - человек думает, что события, о которых он читал в книге, видел в кино и т. д. реальны.

**Закон Рибо** (характерно для деменции): события недавнего прошлого забываются, а события, относящиеся к далекому времени, относительно сохранены в памяти.

### **Эмоциональные расстройства.**

Различные варианты патологии эмоциональных явлений можно условно разделить на три группы:

**Патология эмоциональных реакций.** Здесь традиционно рассматриваются только «аффекты». Другие варианты неадекватного эмоционального реагирования обусловлены либо патологией эмоциональных свойств, либо патологические эмоциональные состояния, поэтому они рассматриваются в соответствующих разделах.

**Патологические эмоциональные состояния:** тревога, депрессия, мания, дисфория и др.

**Патология эмоционального состояния:** проявляется эмоциональной лабильностью, взрывчатостью, эмоциональной черствостью, эмоциональной тупостью, апатией....

В психиатрии термин «аффект» (от латинского— переживание, настроение, эмоциональное возбуждение, страсть) используется в двух различных значениях: более узком — как кратковременная, резко выраженная эмоциональная реакция на значимый раздражитель (патологический аффект – на фоне помрачения сознания, см. следующую главу) и более широкое - как общее обозначение различных эмоций и эмоциональных состояний (например, в частной психиатрии аффективные расстройства - это группа заболеваний, ведущим проявлением которых является болезненно измененное настроение в виде депрессивного и маниакальные фазы).

**Болезненно приподнятое настроение отмечается также в случаях эйфории и мории:**

**Эйфория** – повышенное настроения характеризуется благодушием, безмятежностью и блаженством, состоянием тихой радости. В отличие от гипертимии (мании), эйфория не характеризуется повышением двигательной и интеллектуальной активности, наоборот, может наблюдаться замедление психической деятельности. Эйфория возникает при интоксикациях (алкогольной и другой природы), органических поражениях головного мозга.

**Мория** - повышенное настроение с непродуктивным возбуждением, дурашливостью, склонностью к грубым шуткам, у больных с выраженным интеллектуальным дефектом (слабоумие); его можно наблюдать при грубом органическом поражении головного мозга.

Манию следует дифференцировать от псевдомании (**гебефрени**) — состояния возбуждения с дурашливостью, гримасами, импульсивностью поступков, разорванным мышлением и тенденцией «плоским шуткам».

### **Патология воли.**

Различают патологию высшей и низшей волевой деятельности.

К патологиям высшей волевой деятельности относится гипербулия. При этом выявляется патологическое искажение мотивации волевой деятельности. Вся жизнь больного подчинена реализации его гипертрофированных патологических позывов.

**гипобулия**- снижение волевой активности, сопровождающееся плохой мотивацией, вялостью, малоподвижностью, плохой речью, ограниченностью в общении.

**Абулия** - отсутствие мотивов, интересов, желаний и влечений. Наблюдается при хронических заболеваниях со снижением интеллекта и ослаблением аффективной деятельности. Часто сочетается с такими симптомами, как:

*пониженная социальная продуктивность, сниженная профессиональная продуктивность, социальная изоляция.*

К патологии низшей волевой деятельности относится патология влечений, формирующихся на основе инстинктов. Они протекают в виде усиления, ослабления или извращения инстинктов.

### **Патология мышления.**

Мышление – это процесс познания общих свойств предметов и явлений, связей и отношений между ними. Мышление способствует познанию действительности в обобщенном виде, в движении и изменчивости.

К симптомам нарушения ассоциативного процесса относятся: нарушение темпа мышления, нарушение стройности мышления, нарушение целенаправленного мышления.

*Нарушения темпа ассоциативного процесса.*

**Ускоренный темп мышления.** Такие расстройства характерны для маниакальных состояний. Еще одним вариантом ускоренного темпа мышления является ментизм, представляющий собой наплыв мыслей, возникающий против воли больного (характерный симптом шизофрении).

**Замедление мышления** - характерно для депрессивных, апатичных, астенических состояний и легкой степени помутнения сознания.

Нарушение стройности ассоциативного процесса проявляется в следующих формах.

**Разорванность мышления** - выражается в нарушении смысловых связей между членами предложения при сохранении грамматического строя словосочетания. **Бессвязное мышление** – это расстройство речи и мышления, при котором основными признаками являются нарушение грамматического строя речи, необъяснимые переходы от темы к теме, потеря логической связи между частями речи.

**Бессвязное мышление** - проявляется не только в нарушении смысловой стороны речи, но и в распаде синтаксической структуры предложения (наблюдается при расстройствах сознания в структуре синдрома слабоумия).

**Вербигерации**- своеобразные стереотипы в речи, доходящие, в ряде случаев, до бессмысленного нанизывания сходных по созвучию слов.

**Паралогический** мышление. При паралогическом мышлении не просто нарушается нормальная логическая сущность умозаключений, а возникает иная система логических построений, свойственная только этому больному. Сочетается с неологизмами - словами, отсутствующими в обычном словаре, созданными самим больным и не имеющими общепринятого значения.

*Нарушение целенаправленного мышления.*

**Патологическая обстоятельность** – больной заикливается на деталях, в результате чего повествование длится чрезмерно долго.

**Персеверация** – патологическое повторение одного слова или группы слов.

**Резонерство** - склонность к бесплодным рассуждениям. Больной в течение нескольких минут может рассказать, «как падает капля воды».

**Символизм** - существует общая система символов.

**Аутистическое мышление** - для него характерны отрыв от окружающей действительности и погружение в мир воображения, фантастических переживаний.

К патологии суждения относятся навязчивые, сверхценные, доминантные, бредовые и бредовые идеи.

**Навязчивые идеи.** Категории навязчивых состояний включают навязчивые мысли, сомнения, воспоминания, представления, желания, страхи и действия. Они появляются в сознании человека непроизвольно и мешают нормальному течению мыслительного процесса. Больные понимают их бесполезность, болезненность и стараются избавиться от них.

**Сверхценные идеи**- представляют собой аффективно насыщенные стойкие убеждения, формирующиеся на фоне реальных событий. Они занимают непропорционально большое место в интересах пациента.

**Доминирующие идеи** - это мысли, связанные с реальной ситуацией, которые господствуют в сознании человека в течение определенного периода времени и мешают ему сосредоточиться на своей текущей деятельности.

**Бредовые идеи** – это (1) ложные суждения, заключения, не имеющие реальной основы; (2) Формируются на болезненной почве, (3) полностью овладевающие сознанием больного, (4) не поддаются разубеждению, нет критики.

Система бредовых идей формируется в закономерной последовательности и проходит три стадии: *паранойяльная*, *параноидная* и *парафреническая*.

Первичный бред- это первое проявление психических расстройств (здесь отсутствуют галлюцинации, расстройства настроения).

Вторичный бред - представляется производным (следствием) от обманов восприятия и (или) иных психических расстройств. Например, синдром Кандинского-Клерамбо, бред Котара.

Систематизированный бред - существует система бредовых доказательств.

Несистематизированные бредовые идеи – изменчивость бредовых идей.

Бредовые идеи по содержанию:

*Персекуторный бред* (бредовые идеи отношения, значения, преследование, разоблачение, отравление, ущерб).

*Депрессивный бред* (идеи с самообвинением, самоуничижение, ипохондрический бред).

*Экспансивный бред* (мегаломанический, бред обладания богатством, власти, изобретательства, реформаторства, любовно-эротический).

#### Механизмы бредообразования:

**1. Чувственный бред:** Это как патология интуиции; новое знание приходит как прямая данность, без осмысления, без интеллектуализации; система не нужна; характеризует тяжесть заболевания; Бредовое настроение (растерянность, тревога, страх); Бредовое восприятие; Симптом двойника; Пример: Острый параноидный синдром; Аффективно-бредовый синдром.

**2. Интерпретативный механизм образования бреда.** включает в себя следующие характеристики: Это патология абстрактно-логического мышления; Формируется первичная бредовая идея; Через ее призму оценивается весь мир; Бредовые идеи хронифицируются, формируется система доказательств.

**3. Образный механизм:** Это патология воображения основанная на ложных воспоминаниях (конфабуляторный парафренный бред), на основе грезоподобных или иллюзорно-фантастических образов (онейроидный синдром).

Этапы формирования бреда.

К. Ясперс:

- а) бредовое восприятие;
- б) бредовое представление;
- в) бредовое осознание.

Мы считаем, что можно выделить следующее ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ бреда (стадии развития и затухания бреда):

1 -бредовое настроение. Больной сбив с толку, больные беспомощны, встревожены, просят о помощи. Что-то идет не так, но человек еще не понял для себя, что именно. Другое название "трема". Больной считает, что вокруг произошли какие-то изменения, что откуда-то идет беда.

2 -бредовое восприятие. Окружающие события воспринимаются по-особому, им придается «особый смысл».

3 -бредовая интерпретация. Начинается поиск причин (интерпретация) «особого» состояния и среды, формируется первичное бредовое представление. Появляется бредовое объяснение смысла отдельных явлений.

4 –кристаллизация бредовых идеи. Снижается уровень напряжения, человеку становится «все ясно и ясно». Он убеждается в «истинности своих» бредовых открытий. Происходит систематизация бредовых суждений. Формирование стройных, полных бредовых идей, понятий.

5 - бредовое поведение (в соответствии с сюжетом бреда, или в соответствии с тем, что говорят "голоса").

6 – Затухание бредовых идеи. Бредовые идеи теряет свою интенсивность, не определяет поведение больного, бред деактуализируется.

7 – Остаточные бредовые явления.



*Эхо мыслей* - это ощущение, что собственные мысли повторяются (но не произносятся вслух) с интервалом в несколько секунд между мыслью и ее эхом. При «эхо-мыслях» сами повторы воспринимаются как мысль.

*Вкладывание мыслей* - собственные мысли воспринимаются как чужие или как бы внедрённые в мозг извне.

*Уход мыслей* - ощущение, что собственные мысли уносятся или просматриваются измеренной внешней силой.

*Трансляция (открытость) мыслей* - ощущение, что ваши собственные мысли известны другим.

**Бред интерметаморфоза** проявляется в утверждениях больного о том, что окружающие его люди претерпели какие-то существенные внешние или внутренние изменения, что все подстроено, реклама, вывески, весь окружающий мир имеет особое, необычное отношение к больному, что все не так. ни за что.

### **Патология интеллекта.**

**Интеллект** - сложное понятие, объединяющее способность человека делать суждения и выводы, накапливать знания и применять их на практике.

В психиатрии выделяют две основные формы интеллектуальной патологии:

- 1). Врожденная умственная недостаточность - олигофрения,
- 2). Приобретенное снижение интеллекта - слабоумие, деменция.

Синдромы нарушения сознания.

С клинической точки зрения к расстройствам сознания относятся состояния, характеризующиеся нарушением ориентировки во времени, месте, окружающем и, в ряде случаев, в собственной личности.

Общие признаки синдромов расстройства сознания:

1. дезориентация во времени, месте, окружении,
2. затруднение или полная невозможность восприятия окружающего,
3. мышление более или менее бессвязно или утрачено,
4. нарушение кратковременной памяти, амнезия.

Происходит повышение порога для всех раздражителей, замедляется и затрудняется образование ассоциаций, восприятие и обработка впечатлений. Окружающее окружение не привлекает внимания и не замечается. Сложные вопросы не понимают. Больные отвечают с трудом, односложно, непоследовательно, движения замедлены.

Этапы количественный нарушения сознания:

обнубиляция- легкая степень глухоты,

сомнолентность - более глубокая степень нарушения сознания, когда слабые раздражители остаются незамеченными, а воспринимаются только очень интенсивные;

фактическое оглушение является наиболее выраженной степенью,

сопор - состояние глубокого оглушения, при котором совершенно невозможно вступить в контакт с больным. У больных в сонном состоянии могут проявляться лишь малодифференцированные и очень кратковременные реакции на сильные раздражители. Болевая чувствительность, конъюнктивальные и зрачковые рефлексы сохранены.

Кома - характеризуется полным отсутствием реакции на внешние раздражители. Болевая чувствительность исчезает. Зрачковый, конъюнктивальный и роговичный рефлексы очень слабые или не вызываются. Появляются патологические рефлексы.

Качественные формы нарушения сознания.

1. Делирий
2. Онейроид
3. Аменция
4. Сумеречные помутнения сознания
5. спутанность сознания

## *Синдромы*

**Различают 2 группы синдромов: негативные и продуктивные.**

**Негативные** - являются проявлениями необратимого психического дефекта (негативные симптомы). Это включает в себя утрату, снижение: «минус» (-) "удовольствие (ангедония), минус воля (абулия), минус эмоции (эмоциональное оскудение).

**Положительные (Продуктивные)** – это "плюс" симптомы (+ бред, + галлюцинации, + меланхолия, + тревога). К ним относятся обратимые синдромы раздражительности психических функций (бредовые идеи, галлюцинации, психомоторное возбуждение и др.).

Запись психического статуса должна отражать: продуктивные симптомы, негативные симптомы (при их наличии) и особенности личности пациента.

## Негативные синдромы: (по тяжести).

1. **Астенический синдром:** 1. гиперстенический вариант (усталость, не ищущая покоя) 2. промежуточный вариант = раздражительная слабость, 3. третий вариант: гипостенический вариант. Общие симптомы - Психическая и физическая слабость, повышенная утомляемость, гиперестезия, раздражительная слабость. Снижение работоспособности или вегетативные расстройства.

Астенический синдром можно отнести к продуктивным (как временная реакция на «стресс», имеющая обратимый характер), и к негативным (например, стойкая астения в результате заболевания).

2. **Психопатический синдром:** это синдром дисгармонии личности. Для удобства его классифицируют на: 1. возбудимый тип, 2. заторможенный тип, 3. истерический тип.

3. **Апато-абулический синдром (апато-гипобулический синдром).** Это сочетание Апатии [отсутствие эмоций (больные не беспокоятся)] с абулией - безволием (отсутствие желаний, целей, планов, действий).

4. **Корсаковский синдром** (син.- синдром фиксационной амнезии). Принадлежит к органическому спектру. Он включает в себя следующее симптомы: 1) Фиксационная амнезия (человек не запоминает новую информацию, не фиксирует ее). 2) Парамнезия (которая включает в себя: 1. Псевдо-реминисценции - замена пробелов в памяти событиями, произошедшими в прошлом. 2. Конфабуляция – замена пробелов в памяти вымышленными событиями, которых никогда не было. 3. Криптомнезия - человек думает, что события, о которых он читал в книге, видел в кино и т. д. реальны). 3) Амнестическая дезориентация: это дезориентация во времени, пространстве.

5. **Лакунарная (частичная, парциальная) деменция.** Психические нарушения с преобладанием нарушений памяти. Черты личности, интересы, поведенческие навыки остаются относительно сохранными. Но больные не критичны к снижению памяти, могут быть в чем-то беспомощны, и их настроение неустойчивое (недержание аффекта). Наблюдается амнестическое снижение. У больных снижена способность продуктивно мыслить (неспособность к абстрагированию). Обычно имеет место сохранность ядра личности. И так, есть «поломка интеллектуального инвентаря, а не ядра личности».

6. **Тотальная деменция.** Характеризуется разрушением ядра личности (самосознание, характер). Характерна прогрессирующая амнезия и расстройство всех функций интеллекта. Обычно имеет место системное поражение всех аспектов психической деятельности. Это проявляется утратой личностных качеств, наряду с неумением осмысливать, оценивать и анализировать происходящее.

7. **Маразм** (исчезновение личности) – глубокое приобретенное слабоумие с утратой способности общаться с окружающими. Возникает обычно на фоне тяжелого физического состояния с истощением, трофическими изменениями, полиорганной недостаточностью.

## Психоорганический синдром

Опишем подробнее психоорганический синдром (он же органический, энцефалопатический):

**Психоорганический синдром** – это состояние психической слабости, вызванное органическим поражением головного мозга (сосудистые заболевания головного мозга, поражения центральной нервной системы, сифилис, черепно-мозговые травмы, различные интоксикации, хронические нарушения обмена веществ, опухоли и абсцессы головного мозга, энцефалиты, токсикомания, а также заболевания, сопровождающиеся судорогами). Но особенно часто психоорганический синдром возникает при атрофических процессах головного мозга в пресенильном и старческом возрасте (болезнь Альцгеймера, старческое слабоумие). В наиболее легкой форме психоорганический синдром представляет собой астеническое состояние со слабостью, повышенной истощаемостью, эмоциональной лабильностью, неустойчивостью внимания, снижением работоспособности. При тяжелых формах психоорганического синдрома на первом месте стоит интеллектуально-мнестический спад, достигающий степени деменции.

Психоорганический синдром – состояние общей психической беспомощности с **триадой Вальтера-Бюэля**:

- 1) с нарушением памяти (дисмнестические расстройства),
- 2) снижение понимания (нарушение мышления),
- 3) недержание аффекта.

Выделяют 3 группы проявлений:

1. Дисмнестические расстройства: гипомнезия, амнезия, конфабуляции.
2. Темп ассоциативных процессов замедлен, мышление вялое, склонное к детализации.
3. Изменения настроения по незначительным поводам, раздражительность, вспыльчивость, обидчивость.

Есть 4 основных варианта:

- 1) Астенический вариант – преобладают проявления астенического синдрома.
- 2) Эксплазивный вариант (повышенная общительность, агрессивность, склонность к злоупотреблению алкоголем, половая расторможенность).
- 3) Эйфорический вариант (проявляется эйфория, благодушие, отсутствие критики, сменяющиеся импотенцией, недержанием аффекта)
- 4) Апатичный вариант (проявляется резкое сужение круга интересов, равнодушие к окружающему, своей судьбе, отсутствие мотивации к работе, утрата навыков самообслуживания).

Эйфорический и апатичный вариант — близки к тотальному слабоумию.

(Некоторые авторы выделяют *амнестический вариант* психоорганического синдрома. Он располагается между астеническим и эксплазивным вариантами).

## Продуктивные синдромы

Астенический. Если астенический синдром обратим, то он относится к продуктивным синдромам. Необратимый астенический синдром относят к негативным синдромам.

### Невротические синдромы.

К ним относятся синдромы с доминирующими симптомами тревоги, ипохондрии, навязчивых идей, соматовегетативных проявлений, сенестопатий.

Тревога - это беспокойство, направленное в будущее. Тревога проявляется на физическом (вегетативном) и психическом уровне.

Психические симптомы тревоги: напряженность, тревога, плохое самочувствие, опасения, раздражительность, трудности с концентрацией внимания, нарушения сна, суетливость, быстрая речь.

Физические симптомы тревоги: чувство жара, холода (приливы), сердцебиение, одышка, «ком в горле», головокружение и головная боль, дрожь в теле, чувство «ползания мурашек», расстройства желудочно-кишечный тракт, половые расстройства.

Фобия – навязчивый страх. Примеры: социофобия, агорафобия.

Ипохондрия — это страх перед определенным соматическим или психическим заболеванием. Различают следующие виды: депрессивная ипохондрия (при депрессии), навязчивая (навязчивые мысли о болезни), сверхценная ипохондрия, бредовая ипохондрия.

Термин невроз был создан Уильямом Калленом в 18 веке.

*Концепция единого невроза была сформирована Ю. А. Александровским.* Существует «единый невроз», его признаки:

- 1) субдепрессивный тон настроения;
- 2) астенические симптомы;
- 3) соматовегетативные расстройства;
- 4) ярко выраженное ролевое и манипулятивное поведение (истерический компонент);
- 5) создание представления о болезни (сознание ориентируется на факт плохого самочувствия).

## **Отличие невроза от психоза.**

**Невроз.** При неврозах бывает правильное восприятие и осмысление действительности (сохраняется правильное отражение окружающего мира). Реакция на окружающую среду адекватна по содержанию, но неадекватна по силе и длительности. Часто возникает критика и желание избавиться от болезни. Часто удается найти внешние психологические причины расстройства. Ваша личность остается нетронутой. Невроз чаще проявляется на эмоциональном и соматовегетативном уровне. При неврозах больше патологии ощущений. Происходит ограничение возможности регулировать свое поведение в соответствии с законами психологии и реальной ситуацией.

**Для психоза характерно** нарушение/искажение восприятия объективной действительности (бред, галлюцинации). Реакция на окружающую среду неадекватна ситуации по содержанию. Чаще критики нет, и пациент часто не понимает необходимости лечения. Обострения чаще не спровоцированы внешними стрессами, провоцирующие обострение психогенные стрессы чаще отсутствуют, обострение протекает аутохтонно. Видны и изменения личности. Проявления могут быть до уровня нелепого поведения, обманов восприятия, бреда, психомоторного возбуждения. При психозах больше патологии восприятия. Психозы характеризуются исчезновением или значительным снижением способности произвольно направлять свои действия.

## **Синдромы аффективных расстройств.**

Бывают аффективные расстройства невротического уровня – например, невротическая депрессия.

Существуют психотические уровни аффективных расстройств, которые наблюдаются при тяжелой депрессии и мании (например, депрессия с бредом Котара; мания с бредом богатства, конгруэнтным аффекту бредом...). Существует искаженное восприятие мира, а также у больного отсутствует критика (понимание болезненности) к заболеванию.

Различают 4 варианта аффективных состояний (аффективных синдромов) по МКБ-11: 1. Депрессивные состояния, 2. Маниакальные состояния, 3. Смешанные аффективные состояния, 4. Гипоманиакальный эпизод (МКБ-11).

Традиционно под депрессивной триадой понимают: 1. пониженное настроение (гипотимия), 2. идеаторную (мыслительную) заторможенность, 3. двигательную заторможенность.

Кроме того, при депрессивном синдроме выделяют **3 депрессивные триады.**

**Депрессивная триада Крепелина:** 1. Гипотимия (снижение настроения), 2. брадифрения (замедленное мышление), 3. гипобулия.

**Триада Протопопова. Это вегетативная триада:** Запор, тахикардия, мидриаз = расширенные зрачки.

Когнитивная триада Бека: включает в себя негативную, уничижительную, пессимистическую оценку 1. себя, 2. негативный взгляд на мир, 3. негативный взгляд на будущее.

Основные симптомы депрессивного синдрома: снижение настроения, двигательная заторможенность, мыслительная заторможенность, меланхолия (душевная боль, которая ощущается больными сильнее, чем физическая боль), ангедония (потеря способности получать удовольствие), тревога, апатия, дисфория.

Основные клинические варианты депрессии: тревожный, меланхолический, апатический, дисфорический.

Тоскливая депрессия (также называемая классической/меланхолической/витальной депрессией) выражены все 3 компонента депрессивного синдрома - сниженное настроение, мыслительная заторможенность и двигательная заторможенность. Характерно для меланхолии (душевная боль, чувство утраты, грусти, горя или скорби).

### **Маниакальный синдром.**

**Триада Крепелина:** Гипертимия. Тахифрения. Гипербулия.

**Варианты:** 1) Маскированная мания (повышенная тяга к алкоголю, наркотикам, психопатоподобное поведение). 2) Гипомания. 3) гневливая мания. 4) Классическая веселая мания. 5) путанная мания.

Варианты маниакального синдрома: включает веселую манию, гневливую манию, непродуктивную манию, спутанную манию (бессвязную речь).

Сложные варианты: К ним относятся мании с острым бредом преследования, острым фантастическим бредом (маниакально-бредовый синдром), маниакально-галлюцинаторный синдром, мании с феноменами Кандинского-Клерамбо (маниакально-параноидальный синдром), а также с сутяжничеством.

**Аффективное состояние смешанного содержания** (наблюдается при переходе от депрессивной фазы к маниакальной, но и как отдельные фазы: например, жалобы депрессивные, поведение маниакальное).

Для получения дополнительной информации см. главу «Аффективные расстройства».

### **ПСИХОЗЫ**

Психоз — грубое психическое расстройство с неспособностью правильно понимать и оценивать действительность.

Термин «Психоз» был придуман австрийским психиатром Эрнстом фон Фейхтерслебеном (1806-1849) в 1845 году.

Различают 3 группы психотических синдромов:

1. Галлюцинации и бред,
2. кататонические (двигательные) нарушения функций.
3. спутанность сознания.

**Бред** – это (1) ложные суждения, умозаключения, не имеющим реальной основы; (2) Сформированы на болезненной почве, (3) полностью овладевающие сознанием больного, (4) не поддается разубеждению, нет критики.

**Паранойяльный синдром** (паранойяльный бред): это первичные систематизированные монотематические интерпретативные бредовые идеи. Характерна обстоятельность мышления, изменения личности (отчужденность, подозрительность, недоверчивость). Это первичные бредовые идеи ревности, изобретательства.... Здесь нет никаких галлюцинаций и психических автоматизмов. Формируется острый паранойяльный синдром: по типу озарения. Хронический паранойяльный синдром - при постепенном развитии бреда происходит встраивание новых признаков в бредовую систему.

**Вербальный галлюциноз:** для них характерны истинные слуховые галлюцинации (угрожающие, комментирующие, императивные, антагонистические), которые более ярко выражены в вечернее время, а также ночью. В случае отвлечения больного галлюциноз временно исчезает. Присутствуют вторичные бредовые идеи, наряду с яркими эмоциональными переживаниями. Здесь нет спутанности сознания.

**Галлюцинаторно-параноидальный (параноидный) синдром:** Вторичный чувственный бред + галлюцинации.

**Синдром Кандинского-Клерамбо** - это совокупность 1. псевдогаллюцинаций, 2. бредовых идей преследования и/или воздействия. 3. явления психического автоматизма (с открытостью мыслей, когда больной убежден, что его мысли доступны другим, с ощущением воздействия извне на свои мысли, тело и движения).

**Различают несколько видов психического автоматизма:**

Идеаторный (ассоциативный) (больной убежден, что извне на его мысли действуют внешние силы).

Сенсорный (сенестопатический) – на ощущения действуют внешние силы (“они вызывают” телесные ощущения).

Моторный (кинестетический) вариант – внешние силы ”управляют” движениями и действиями больного.



Также можно дифференцировать аффективный тип (внешнее воздействие на чувства больного).

**Парафренный синдром:** фантастический мегаломанический бред величия + образные бредовые идеи + фрагменты параноидного и галлюцинаторно-параноидного синдромов + ярко выраженные расстройства мышления (разорванность мышления).

В структуре парафренного синдрома выделяют следующие особенности:

1. Возникают антагонистические бредовые идеи (манихейские бредовые идеи): за больного происходит борьба сил зла и добра, Бога и Дьявола.
2. Больной читает мысли других, направляет что-то или кого-то (Это интровертированный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо).
3. Если парафрения развивается на фоне маниакального аффекта, ее называют экспансивной парафренией. А когда в качестве фона выступает «-» аффект-депрессивная парафрения.
4. Синдром Котара – это фантастические нигилистические и ипохондрические бредовые идеи, бредовые идеи разрушения мира и вечных мучений.
5. Симптом двойника. А) симптом Капгра: Например, пациентка считает, что каждый день домой приходит не ее сын, а различные сироты, замаскированные под него. Б) симптом Фреголи. Больной констатирует: «Меня преследует один и тот же человек, но переодевается в разную одежду, переодевается в разных людей.». Это симптомы положительного и отрицательного двойника.

Парафренный синдром характеризуется особым, парафренным, путем формирования бреда.

По этому параметру возникает парафрения в следующих формах: острая, хроническая парафрения, систематизированная, галлюцинаторная, конфабуляторная.

**Кататонический синдром:** ката – деление, тоπος – сила,

**КАТАТОНИЧЕСКИЙ синдром:**

включает кататонический ступор (нет движений, нет речи) и кататоническое возбуждение. Они могут менять друг друга.

**Кататонический ступор:** Может включать мутизм (больной молчит), повышение мышечного тонуса, ступор с восковой гибкостью (каталепсия) — замирание в неудобных позах, ступор с негативизмом (сопротивление попыткам изменить положение тела больного), ступор с оцепенением (эмбриональная поза), хоботковый симптом.

**Кататоническое возбуждение:** может быть представлено как:

Театрально-патетическое - возбуждение с театральностью.

Импульсивное возбуждение – бегают, бьют других.

Гебефреническое - с дурашливостью, гримасами, плоскими шутками, импульсивностью.

Немое возбуждение – необузданная агрессия, яростное сопротивление.

Люцидная кататония - без помутнения сознания.

Онейроидная кататония — со спутанностью сознания.

Кататонический синдром встречаем при: кататонической форме шизофрении, при истерии (истерическим ступором), при депрессии (депрессивным ступором) или же при органических психических расстройствах (органическое кататоническое расстройство).

**В МКБ-11 кататония отнесена к отдельной категории** (вынесено за рамки шизофрении).

Кататония — синдром преимущественно психомоторных нарушений, характеризующийся сочетанием нескольких симптомов снижения, усиления или аномальной психомоторной активности.

Формы пониженной психомоторной активности:

- Пристальный взгляд: фиксированный взгляд, редкое моргание, часто больной - с широко открытыми глазами.
- Амбигенденция: появление «моторного застревания» или нерешительность движений.
- Негативизм: сопротивление или поведение вопреки просьбам или инструкциям, что может привести к отказу от взаимодействия с другими (отворачиванию) или отказу от еды или питья, когда им предлагают.
- Ступор: неподвижность; отсутствие или резкое снижение психомоторной активности; минимально реагируют на внешние раздражители.
- Мутизм: нет или очень мало вербальной реакции; речь может быть приглушена или прошептана до неразборчивости. (Примечание: не учитывайте, если речевые симптомы вызваны заболеванием нервной системы, нарушением развития речи или языка или другим заболеванием или расстройством, влияющим на речь.)

Формы повышенной психомоторной активности:

Может проявляться любое из следующего: крайняя гиперактивность или беспричинное возбуждение с нецеленаправленными движениями и/или неконтролируемыми, экстремальными эмоциональными реакциями; импульсивность (внезапное вовлечение в неуместное поведение без провокаций); воинственность (нанесение ударов по другим, как правило, ненаправленным образом, с возможностью причинения вреда или без таковой). (Примечание: некоторые проявления повышенной психомоторной активности следует учитывать только как один из трех необходимых симптомов, чтобы соответствовать требованиям кататонии.)

Формы измененной психомоторной активности:

- Гримасничанье: странное или искаженное выражение лица; часто неуместны и не имеют отношения к ситуации.
- Маньеризмы: странные и вычурные целеустремленные движения; карикатурные движения..

- ступор: это удержание позы в неудобной позе, больные сидят или стоят длительное время при отсутствии реакции на окружающую среду.
- Стереотипия: стереотипно и часто повторяющаяся, нецеленаправленная двигательная активность (например, повторяющееся растирание, прикосновение, похлопывание, прикосновение, похлопывание или растирание себя).
- Ригидность: это ригидность мышц, возникающая из-за повышения мышечного тонуса, возникает сопротивление попыткам изменить позу.
- Эхо-феномены: повторение речи собеседника (эхолалия) или его движений (эхопраксия).
- Вербигерация: бесцельное повторение слов или предложений собеседника.
- Восковая гибкость (каталепсия) — симптом двигательного расстройства, характеризующийся способностью больного длительное время оставаться в заданном ему неудобном и искусственном положении (по типу «восковой фигуры»).

Симптомы обычно длятся не менее нескольких часов, но могут сохраняться гораздо дольше.

#### Синдромы помрачения сознания.

Различают 2 типа расстройств сознания:

*количественные расстройства* сознания (отключение сознания) - это нарушение уровня бодрствования.

*качественные расстройства* сознания (помрачение) - это нарушение содержания сознания.

Количественные расстройства сознания: можно связать с “выключением” ретикулярной формации под влиянием экзогенных факторов (отек головного мозга, ишемия головного мозга). «Оглушение» представляет собой единый синдром, имеющий стадии: «Оглушение-сопор-кома». Присутствие потерисознания требует неотложных мероприятий (в том числе реанимационных мероприятий).

#### **Оглушение.**

Несколько часть ситуации или внешние события «выпадают», и воспринимаются только крупные детали и яркие раздражители.

Больной проявляет замедленное мышление, ответы его односложны, а весь смысл происходящего не доходит до сознания.

Порог нечувствительности повышен. Мелкие детали не воспринимаются сознанием. Недооценка ситуации. Может быть брадифрения, потеря памяти, торможение двигательных навыков, летаргия, а также гипомимия.

Варианты оглушения:

*Обнубляция* - неустойчивое, поверхностное оглушение. Создает впечатление деменции.

*Сонливость* - клинически выраженное оглушение, стойкое выключение сознания.

*Сопор.*

Это как сон без сновидений.

Он основан на функциональной декортикации.

Психика отсутствует.

Подкорковые реакции, в том числе рефлексы, и неспецифическая реакция на боль сохранены на яркий свет, на громкий звук.

На фоне сильных раздражителей сопор прерывается, с развитием сонливости.

*Кома.*

Отмечается угнетение функций ствола мозга.

Рефлексы угасают, появляются признаки пирамиды (например, рефлекс Бабинского-кожный), раздражение и подошва стопы приводят к тыльному сгибанию первого пальца и веерообразному расхождению остальных пальцев).

Нарушаются соматические функции (дыхание, сердцебиение, терморегуляция).

### **Спутанность сознания**

Карл Ясперс в 1911 году предложил 4 критерия спутанности сознания.

Критерии JASPERS:

1. *Отрешенность* из реального мира: Что-то мешает восприятию действительности (галлюцинации, распад восприятия, сужение восприятия). Это нарушение сенсорного познания.

2. Непоследовательность или же фрагментарность мышления, вплоть до бессвязного мышления (невозможно осмыслить или понять происходящее). Это нарушение абстрактно-логического познания.

3. Дезориентация: 1. аллопсихическая (во времени, в месте, в ситуации), 2. аутопсихическая (в себе, собственной личности).

4. Амнезия (конрадная) — забывание эпизода нарушенного сознания или событий, имевших место в это время.

**Делирий** – это галлюцинаторное помрачение сознания.

Делирий был описан в середине XIX века специалистом по инфекционным заболеваниям - Карлом Либермейстером.

Этиология: инфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы, опухоли головного мозга, тяжелые соматические заболевания, сосудистые нарушения (экзогенно-органические заболевания).

### **Делирий Характеристики:**

Есть наплыв парейдолических иллюзий и истинных зрительных галлюцинаций.

Мышление становится поверхностным, непоследовательным, рассеянным.

Дезориентация аллопсихическая. Самоориентация сохранена.

После делирия человек вспоминает некоторые болезненные переживания, а реальные события забывает (амнезирует).

В динамике делирия можно выделить следующие стадии: тревога→трема – парейдолические иллюзии (видит изображения в рисунке обоев, часто пугающие)→истинные зрительные галлюцинации.

Делирий возникает, как правило, на фоне энцефалопатии.

Делирий чаще развивается ночью. В течение дня отмечается симптом «окна» (симптомы ослабевают).

Делирий длится до нескольких дней.

Выход из делирия: 1. благоприятный в виде астении, или 2. Неблагоприятный - аменция и кома.

**Онейроид**– это грезоподобное помрачение сознания. Онейроид был описан в 1924 г. В. Майер-Гроссом. Онейроидное состояние — проявление острой шизофрении, реже — эпилептического припадка.

**Характеристики онейроида:**

Уход в мир ярких красок зрительных псевдогаллюцинаций по типу панорамы.

Мышление разорвано и фантастично.

Дезориентация полная (в самом начале – двойная).

Болезненные переживания запоминаются, а реальные события – нет.

Онейроид сопровождается кататонией.

Может протекать на фоне кататонического возбуждения.

На фоне кататонического ступора – переживания чаще удручающие, характерны переживания катастрофических событий.

При шизофрении онейроид длится около недели.

Выход из онейроида может проявляться в виде состояния полного выздоровления или в аменции и коме (фебрильное состояние).

**Онейроид** - это грезоподобное или иллюзорно-фантастическое помрачение сознания.

Грезоподобный онейроид: в онейроидном периоде – полная оторванность от окружающего, больной полностью погружен в фантастическое содержание переживаний, характерно видоизменение и реинкарнация его собственного "я". Окружающая обстановка не привлекает внимания больного, а на его лице выражается выражение восторга, радости, удивления или ужаса.

Иллюзорно-фантастический онейроид: включает в себя причудливую смесь фрагментов реального мира с обилием ярких образных представлений. Больные растеряны и оглядываются в недоумении, отмечают гиперметаморфозы. Больные ощущают себя не наблюдателями, а участниками событий, перевоплощаются в других существ, в том числе, в умерших.

Воспоминания об опыте онейроида могут быть весьма полными, но события в реальном мире амнезируются.

**Аменция**- это спутанность сознания, характерно «отсутствие психики».

Состояние было описано в середине XIX века венским профессором Теодором Мейнертом. Аменция свидетельствует о крайне тяжелом течении соматического заболевания (сепсис, кахексия, уремия, ожоговая болезнь, инсульт, тяжелая инфекция).

### **Характеристики аменции:**

Распад перцептивной функции («разбитое зеркало»).

Распад функции мышления-бессвязность.

Распад самосознания – полная дезориентация.

Тотальная амнезия.

Аменция длится неделями.

Делирий возможен ночью.

Стереотипное возбуждение в постели.

Исход: выраженная астения; Корсаковский синдром; кома и смерть.

**Корсаковский синдром:** также называется Амнестический синдром Корсакова, или органический амнестический синдром. Этот синдром возникает из-за нехватки витамина В<sub>1</sub> из-за расстройства пищевого поведения, после черепно-мозговых травм, на фоне опухоли головного мозга, острой гипоксии, при старческих сосудистых расстройствах и старческих дегенеративных (атрофических) процессах в тканях головного мозга. Состояние также возникает при диффузных органических и интоксикационных поражениях преимущественно лимбических, а также корковых структур мозга.

### **Основные характеристики синдрома Корсакова:**

В основе синдрома лежит фиксационная амнезия, то есть неспособность вспомнить текущие события при частичном сохранении памяти на прошлое.

Возникает амнестическая дезориентация. То есть дезориентация, вызванная амнезией: больные не знают, где находятся. Находясь в больнице, они не могут найти свою койку. Они не могут назвать день, месяц, год.

Выраженная дезориентация во времени.

Кроме того, наблюдается нарушение ориентации в пространстве и окружающей действительности.

Может наблюдаться парамнезия, преимущественно в виде комфабулиций (когда пациент сообщает вымышленные события, которых никогда не было в его жизни) или псевдореминисценций (нарушение памяти в виде смещения событий во времени), но могут быть и криптомнезии.

Снижение концентрации и внимания.

Характерна ретроградная амнезия, а также антероградная амнезия.

**Сумеречное помрачение сознания-** это пароксизмальное расстройство сознания.

Было описано австрийским психиатром Р. Ф. Крафт-Эбингом в середине XIX в.

Органические сумерки — эпилептический синдром, свидетельствующий о височной локализации патологии в головном мозге, характерна для височной эпилепсии.

*Характеристики сумеречного помрачения сознания:*

Поле сознания резко сужено, мир воспринимается фрагментами.

Активной и целенаправленной мыслительной работы нет, поведение рефлексорное (растерянность, не поддерживает контакт, несогласованность действий).

Полная дезориентация.

Амнезия может быть отсрочена на несколько минут (отсроченная).

Внезапное возникновение и прекращение.

Нарушение восприятия окружающего: от фрагментарного восприятия до полной отстраненности и дезориентации.

Моторная сфера: от внешне упорядоченного автоматизированного поведения до выраженного возбуждения.

После выхода из приступа — полная амнезия (на реальные события и собственные переживания), нередко после выхода — слабость, тяга ко сну, засыпание в неподходящих местах.

Продолжительность - в большинстве случаев от нескольких минут (обычно) до нескольких часов (реже).

### **Варианты сумеречной спутанности сознания:**

Амбулаторные автоматизмы — во время помрачения сознания человек совершает автоматизированные действия, внешне поведение может выглядеть правильным, выражение лица изменено, с угрюмостью, высказывания шаблонны или отсутствуют. Если сопровождается непроизвольным блужданием в бодрствующем состоянии — это фугой (длится несколько минут) или развивается транс (длится более продолжительное время, включает уход из дома или путешествие); во время сна — сомнамбулизм (лунатизм).

Галлюцинаторно-бредовая сумеречная спутанность — больной недоступен для продуктивного контакта, но по его поведению можно предположить, что при спутанности сознания у него возникают различные виды галлюцинаций (зрительные, слуховые, в том числе императивные, обонятельные и др.), при котором формируются вторичные чувственные бредовые идеи (преследования, величия). Дополнительно отмечаются аффективные расстройства – выраженный страх, тревога, гнев, воодушевление, экстаз. Иногда они могут сопровождаться выраженным возбуждением с агрессией и деструктивными действиями.

## ***Диагностика в психиатрии***

### ***Диагностика в психиатрии.***

Основным методом в психиатрии является клиническое наблюдение.

*Клиническая диагностика* включает 2 этапа. 1. выделение и квалификация симптомов. 2. выделение синдромов (то есть симптомов, имеющих общий патогенез).

Учитываются наследственность, преморбидные особенности больного. Ставится предварительный диагноз, а затем осуществляется дифференциальная диагностика.

Диагностика дополняется параклиническими и психологическими методами.

После этого устанавливается окончательный диагноз (в соответствии с действующей классификацией болезней).

Правильно установленный диагноз дает нам возможность сделать прогноз заболевания.

Схема психиатрического анамнеза и рекомендации по ведению:

- Паспортная часть истории болезни (фамилия, имя, отчество, дата рождения, дата осмотра, адрес, социальное положение: семейное положение, место работы, наличие или отсутствие инвалидности).
- Далее в истории болезни указывается причина обращения лица за психиатрической помощью.
- Подробно описываются жалобы, задаются уточняющие вопросы. Используются цитаты из речи больного, которые записываются дословно.
- Анамнез заболевания подразделяется на субъективный – полученный от самого больного (биографический анамнез, полученный от больного); и объективный анамнез - полученный от родственников, от тех людей, которые проживают с больным.
- Анамнез жизни и анамнез болезни в психиатрии: Существует 2 подхода  
1. Отдельно указывается анамнез жизни, отдельно - анамнез болезни. Но, поскольку нас интересуют нарушения социально-трудовой адаптации больного (как признак психического заболевания), то правильнее давать анамнез в хронологической последовательности от беременности, перинатального периода, до текущего состояния, и даже к планам пациента.

**Психический статус.** Вам необходимо знать основные психические процессы, которые мы описываем в психическом состоянии пациента: 1. Сенсорное познание (ощущение и восприятие) 2. Мышление 3. Память 4. Интеллект 5. Эмоции 6. Стремление 7. Воля 8. Внимание 9. Сознание .

Они также отражаются в психическом статусе.

Больной правильно ориентируется, знает свое имя, что находится в больнице, правильно называет год и дату.

Внешний вид (опрятный, неопрятный, бедная мимика, галлюцинаторная мимика, избегает зрительного контакта, не держит зрительный контакт, смотрит вниз, взгляд с тревогой, теребит руками, оглядывается...). Что мы слышим?: речь замедлена/ускорена, интонация/эмоция окрашена или нет.

Мы оцениваем внимание. Память. Интеллект, уровень общей осведомленности больного.

Оценка уровня тревоги. Оцениваем настроение (пониженное, повышенное, больной отмечает тоску, апатию, безрадостность).

Мышление: обстоятельное, резонерство, аморфное, паралогическое... бредовые идеи. Галлюцинации.

Эмоционально-волевая сфера (описываем дефект). Патологии влечения. Жизненно важные функции: аппетит, сон, либидо, ангедония. Критика.

Неврологический статус

Диагноз предварительный. Обоснование диагноза/дифференциальный диагноз. Назначения.

Эпикриз (выписной, этапный).

Анализы: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи. Психологическая диагностика (экспериментальное психологическое исследование) и др.



# Частная психиатрия

## Шизофрения

**Шизофрения** - это прогрессивное эндогенно-функциональное расстройство, проявляющееся эмоционально-волевым снижением и собственно расщеплением психики.

*продуктивные симптомы шизофрении.* Симптомы шизофрении качественно отличаются от нормального опыта (т.е. бред, галлюцинации, шизофреническое расстройство мышления). Считается, что это связано с нейрохимическими нарушениями.

*Негативные симптомы шизофрении.* Симптомы шизофрении, которые отражают обеднение нормальной функции. К ним относятся: отсутствие воли, отсутствие влечения, апатия, ангедония, уплощение аффекта, притупление аффекта и алогия. Считается, что это связано с потерей клеток коры головного мозга.

### История:

- ✓ Ступорозные больные были описаны в Древней Греции и Древнем Риме.
- ✓ В 1856 году Бенедикт Морель предложил термин «ранняя деменция» (DEMENTIA PRAECOX) для молодых людей, заболевших психозом (шизофренией), который заканчивался вялостью, апатией, и бездействием.
- ✓ 1880 Карл Кальбаум описывает комплекс кататонических симптомов.
- ✓ 1881 г. Ученик К. Кальбаума Эвальд Хеккер описывает гебефрению.
- ✓ 1890 Валентин Магнян описывает клинические проявления хронического параноидального помешательства.
- ✓ 1896 г. Эмиль Крепелин объединил все три «болезни» (кататонию, гебефрению, параноидальное умопомешательство) под названием dementia praecox.

По Крепелину, заболевание начинается в подростковом возрасте и заканчивается особым «апатическим слабоумием».

Главным при DEMENTIA PRAECOX является эмоционально-волевой дефект, проявляющийся сочетанием апатии и абулии (апатико-абулической).

В 1911 году Эйген Блейлер предложил другое название болезни — шизофрения. Он считал, что эмоционально-волевое снижение развивается не всегда, а расщепление психики является постоянным признаком.

### Эпидемиология:

1% населения земного шара (во все времена) страдает шизофренией.

Более 1% - встречаются в изоляторах, местах, где обычно присутствуют классические браки.

### Этиология:

Шизофрения контролируется группой генов, от которых зависят тип течения и прогрессирование процесса (нарастание дефекта).

В неактивной форме носительство генов проявляется особым строением лобной доли и стриопаллидарной системы.

Риск шизофрении у монозиготных близнецов достигает 50-80%. (если у одного из близнецов диагностирована шизофрения, то риск заболевания другого близнеца составляет 50-80%).

Братья и сестры имеют риски - до 30% (дети одних родителей, но не монозиготные близнецы).

Если один из родителей болен, то риск для ребенка заболеть шизофренией составляет до 20%.

При наличии двух больных родителей - риск заболеть для ребенка составляет 70-80%.

#### Происходит экспрессия генов (активация генов):

- на фоне неспецифических стрессовых реакций.
- стресс - входные ворота в шизофрению
- максимальная заболеваемость от 25 до 35 лет у женщин, от 15 до 25 лет у мужчин.

#### Возраст:

Детская шизофрения встречается редко.

первый пик заболеваемости приходится на период полового созревания.

у женщин первый пик заболеваемости после родов.

После 35 лет заболеваемость идет на спад (уменьшается количество впервые заболевших).

больные после 40 лет – это обычно женщины в климактерическом периоде.

#### патоморфология:

❖ Постепенно развивается «мягкая» атрофия лобных и височных долей головного мозга, стриопаллидарной системы.

❖ Атрофия здесь вторична, следствие функционального выключения (снижения активности) этих мозговых структур.

#### Патогенез:

❖ Стресс запускает ПОЛ (перекисное окисление липидов) нейрональных биомембран.

❖ Иницируются аутоиммунные реакции на белки в головном мозге.

❖ Появляются ЦИК (циркулирующие иммунные комплексы), которые стимулируют усиленный синтез ДОФАМИНА в мезолимбической системе, при этом в лобных долях возникает его компенсаторная недостаточность.

**Гиперсекреция** (повышение активности) дофамина в мезолимбической системе лежит в основе продуктивной симптоматики (бредовых синдромов, галлюцинаций).

**Гипосекреция (снижение секреции)** дофамина в лобных долях - основа негативной симптоматики при шизофрении.

#### **Критерии шизофрении по МКБ-10:**

1. Должен присутствовать хотя бы один из следующих признаков: • Эхо мыслей, вкладывание мыслей, изъятие или трансляция. • Бред управления, воздействия или пассивности; явно относится к движениям тела или конечностей или конкретным мыслям, действиям или ощущениям; и бредовое восприятие. • Галлюцинаторные голоса, бегло комментирующие поведение пациента или обсуждающие его/ее между собой, или другие виды галлюцинаторных голосов, исходящие из какой-либо части тела. • Культурно неприемлемые или неправдоподобные стойкие бредовые идеи (например, религиозная/политическая идентичность, сверхчеловеческие способности).

2. Или, по крайней мере, два из следующих: • Постоянные галлюцинации любой модальности, когда они сопровождаются мимолетными или полусформированными бредом без ясного аффективного содержания, стойкими сверхценными идеями или возникают каждый день в течение недель или месяцев подряд. • Нарушения вставок в ходе мысли, приводящие к бессвязности или неуместности речи или неологизмам. • Кататоническое поведение, такое как возбуждение, позерство или восковая подвижность, негативизм, мутизм и ступор. • Отрицательные симптомы, такие как выраженная апатия, скудость речи и притупление или несоответствие эмоциональных реакций. • Значительное и последовательное изменение общего качества некоторых аспектов личного поведения, проявляется как потеря интереса, бесцельность, праздность, эгоцентризм и социальная изоляция. 3. Продолжительность  $\geq 1$  мес.

#### **Критерии шизофрении DSM-5:**

**А. Характеристики симптомов:** 2 должны присутствовать две или более из следующих характеристик, каждая из которых присутствует в течение значительной части времени в течение 1 месяца (или меньше при успешном лечении). По крайней мере, одно из них должно быть (1), (2) или (3): (1) Заблуждения. (2) Галлюцинации. (3) Неорганизованная речь (например, частые срывы или бессвязность). (4) Крайне неорганизованное или кататоническое поведение. (5) Негативные симптомы (т.е. снижение эмоционального выражения).

**В. Социальная/профессиональная дисфункция:** в течение значительной части времени с момента возникновения расстройства уровень функционирования в одной или нескольких основных областях, таких как работа, межличностные отношения или уход за собой, заметно ниже достигнутого уровня. до начала (или когда начало в детстве или подростковом возрасте, не удается достичь ожидаемого уровня межличностного, академического или профессионального функционирования).

**С. Продолжительность:** непрерывные признаки расстройства сохраняются в течение не менее 6 месяцев, включая не менее 1 месяца симптомов, отвечающих критерию А.

**Д – Ф. Исключения:** • Шизоаффективное расстройство и депрессивное или биполярное расстройство с психотическими чертами исключены. • Презентация не связана с физиологическими эффектами вещества (например, наркотика, лекарства) или другим заболеванием. • При наличии в анамнезе РАС или коммуникативного расстройства детского возраста дополнительный диагноз шизофрении ставится только при наличии выраженного бреда или галлюцинаций в дополнение к другим обязательным симптомам шизофрении, которые присутствуют не менее 1 месяца. (или меньше при успешном лечении).

**Первые симптомы шизофрении.** Курт Шнайдер (7 января 1887 - 27 гг.октябрь 1967) был немецким психиатром, который был известен в основном своими работами о шизофрении, а также изучением расстройства личности, тогда известных как психопатические личности.

Особенности симптомов при шизофрении:

- ✓ Слуховые галлюцинации в виде голоса или голосов, повторяющих вслух мысли субъекта.
- ✓ Слуховые галлюцинации с обсуждением пациента или спором о нем/ней и обращением к нему/ней в третьем лице.
- ✓ Слуховые галлюцинации, в которых обсуждаются мысли пациента в момент или до их возникновения.
- ✓ Слуховые галлюцинации, принимающие форму комментариев к мыслям или поведению субъекта.
- ✓ Опыт вторжения необычных идей или мыслей в сознание субъекта в результате действия какого-либо внешнего фактора.
- ✓ Переживание того, что мышление субъекта больше не ограничивается его/ее собственным разумом, а разделяется или доступно другим людям.
- ✓ Переживание лишения мысли в результате удаления мыслей субъекта из ума каким-либо лицом или влиянием
- ✓ Переживание того, что действия, ощущения, телесные движения, эмоции или мыслительные процессы генерируются внешним фактором, который берет на себя волю субъекта (Пассивность переживания).
- ✓ Бредовые настроения: которые возникают внезапно «как гром среди ясного неба. Ситуация казалась бы обычной для других людей, но для больного она является источником формирования непоколебимого бредового убеждения.
- ✓ Бредовое восприятие — вера в то, что нормальная ситуация имеет особое значение или смысл.

Синдромология:

При любой форме заболевания (при любой форме шизофрении) выделяют два симптомокомплекса:

1. эмоционально-волевое снижение (апатико-абулический синдром)
2. расщепление психики (дисфренический синдром)

Эти два компонента лежат в основе шизофрении.

**Эмоции** теряют яркость, выразительность, пластичность. Постепенно все меньше и меньше событий вызывают у больного эмоциональный отклик. Пропадает чувство любви, привязанности к близким, и человек становится эмоционально холодным.

**Воля.** Присутствует равнодушие к себе, к своему внешнему виду. Больные могут ходить в грязной одежде, от нее исходит неприятный запах. Появляется равнодушие к собственной судьбе и к судьбе близких. Появляется равнодушие к деятельности, к работе, к учебе.

Больной выглядит вялым, равнодушным, пассивным, невыразительным, малоподвижным.

Мимика становится обедненной (гипомимия).

**Дисфренический синдром**(А.А. Портнов, 1971) - это нарушение единства психики.

Поскольку шизофрения представляет собой расщепление (расщепление психики), важным синдромом для рассмотрения является дисфренический (происходит расщепление).

*Есть три варианта разделения:*

1. аутизм - отрыв от реальности, уход в мир болезненных фантазий.

2. Нарушение единства между эмоциями, волей и мышлением.

Со стороны эмоций - эмоциональная неадекватность.

Со стороны воли - импульсивные действия.

Со стороны мышления - наплыв мыслей (ментизм) и обрывы мыслей = остановка мыслей (sperrung).

3. Разделение внутри каждой из названных сфер.

Со стороны эмоций - амбивалентность.

Со стороны воли – амбитендентность («Я хочу что-то сделать, и в то же время не хочу этого делать»).

Со стороны мышления - рассуждательство (бесплодные рассуждения, основанные на поверхностных аналогиях) = могут долго описывать что угодно, например, как падает капля воды. Возможны соскальзывания и разорванность мышления (речь состоит из набора слов с недостатком смыслового содержания и нарушениями грамматического строя).

**ФОРМЫ шизофрении:** они были дифференцированы Эмилем Крепелиным в 1896-1901 гг.

Различают 4 основные формы шизофрении: параноидную, кататоническую, гебефреническую, простую.

#### **Простая форма шизофрении**

Два синдрома:

Эмоционально-волевой спад (апатико-абулический синдром).

Расщепление психики (дисфренический синдром).

**Гебефреническая форма** (характерна для ювенильной злокачественной шизофрении):

Оно предполагает эмоционально-волевым снижением еще до первого психоза.

Имеется гебефреническая симптоматика (**Триада О.В. Кербилова:** гримасничанье; дурашливость; немотивированные действия).

Апато-абулический дефект развивается очень быстро, через 2-3 года после первого психотического эпизода.

#### **Кататоническая форма:**

Кататонический ступор, возбуждение или их чередование

*Люцидная кататония* – помрачения сознания нет - вариант злокачественной шизофрении.

*Онейроидная кататония* - имеется нарушение сознания - течение расстройства более благоприятное. Характерны очерченные приступы и ремиссии.

#### **Параноидная форма:**

Пик заболеваемости приходится на возраст после 30 лет. (первый психотический эпизод возникает после 30 лет). Иногда раньше, иногда позже.

Выделяют несколько отчетливых периодов в развитии параноидной шизофрении:

1. Паранойальный = паранойальный синдром.
2. Галлюцинаторно-параноидный период (на этом этапе активно выражен галлюцинаторно-параноидный синдром, например такой его вариант, как синдром Кандинского-Клерамбо).
3. Парафренный период (парафренные симптомы). Также на этом этапе развивается вторичная кататония при шизофазии (разорванная речь, бессмысленный набор слов, в том числе неологизмов, облеченных в грамматически правильные предложения).

#### **Типы течения:**

- ❖ Непрерывно-прогредиентное течение (самопроизвольных ремиссий нет, но есть медикаментозные ремиссии).
- ❖ Пароксизмально-прогредиентное течение (после каждого психотического эпизода дефект нарастает). Ремиссии более полные.
- ❖ Рецидивирующее (периодическое) течение (в структуре обострений, в структуре психозов велика роль аффективного компонента (большая доля расстройств настроения), дефект не столь выражен).

#### **Типы течения (МКБ-10):**

F20.x0 Непрерывный (отсутствие ремиссии психотических симптомов на протяжении всего периода наблюдения);

F20.x1 Эпизодический, с прогрессирующим развитием «негативной» симптоматики в промежутках между психотическими эпизодами;

F20.x2 Эпизодический, с персистирующими, но непрогрессирующими «негативными» симптомами в промежутках между психотическими эпизодами;

F20.x3 Эпизодический (ремиттирующий) с полными или почти полными ремиссиями между психотическими эпизодами;

F20.x4 Неполная ремиссия;

F20.x5 Полная или почти полная ремиссия;

F20.x8 Другие шаблоны, конечно.

F20.x9 Курс неопределенный, период наблюдения слишком короткий.

#### Непрерывно прогредиентное течение:

Так могут протекать все формы шизофрении Крепелина (простая форма, параноидная, гебефреническая, кататоническая).

Ремиссии бывают только при медикаментозном лечении.

Существует три типа этого течения:

- ✓ злокачественная (гебефреническая форма, кататоническая форма., простая форма.)
- ✓ Умеренно прогрессирующее течение (параноидная форма).
- ✓ Малопрогрессирующая (вялотекущая шизофрения).

#### Вялотекущая шизофрения (также относится к непрерывному течению):

Другое название – шизотипическое расстройство личности (или вялотекущая шизофрения. Грубого шизофренического дефекта нет).

- ❖ Начинается в период полового созревания.
- ❖ Фон - негрубые (относительно легкие) проявления эмоционально-волевого снижения и расщепления психики.

### ❖ Варианты

- Неврозоподобная вялотекущая шизофрения (например, с навязчивыми идеями и др.)
- Психопатическая (грубые изменения личности, эмоциональная холодность и черствость).
- Собственно шизотипическое личностное расстройство.

❖ Симптомы могут включать странное или эксцентричное поведение, склонность к социальной изоляции, холодность или неадекватность эмоциональных реакций, сверхценные идеи (не доходящие до уровня выраженного бреда), болезненные навязчивые идеи, возможны редкие эпизоды иллюзии.

#### Эпизодическое течение (пароксизмально-прогредиентное течение):

- ✓ Имеются спонтанные ремиссии
- ✓ Обычно так протекает параноидная форма.
- ✓ Чем больше приступов, тем хуже качество ремиссии.
- ✓ После каждого обострения дефект нарастает.

При рецидивирующем (периодическом) течении в структуре обострений и в структуре психозов велика роль аффективного компонента (большая доля расстройств настроения, дефект не столь выражен). Другое название шизоаффективное расстройство.

**Фебрильная шизофрения.** Это тяжелая форма шизофрении, опасная для жизни.

Это острый приступ онейроидной кататонии, с аментивноподобным помутнением сознания, отеком головного мозга, гипертермией центрального генеза (более 40°), трофическими изменениями и пневмонией.

- ✓ Лихорадка часто является самым первым приступом фебрильной шизофрении.

**Шизоаффективное расстройство.** Эндогенно-функциональное психическое расстройство, характеризующееся сочетанием нарушений мышления (характерных для шизофрении) и перепадов настроения (характерно для биполярного или рекуррентного депрессивного расстройства).

Диагноз ставится, когда у человека наблюдаются симптомы как шизофрении, так и расстройства настроения.

Это психическое расстройство характеризуется наличием как симптомов шизофрении, так и расстройства настроения. Они настолько выражены, что невозможно диагностировать только шизофрению или только расстройство настроения.

Симптомы шизофрении и аффективные расстройства проявляются одновременно при одном эпизоде.

Биполярный тип шизоаффективного расстройства характеризуется симптомами мании, гипомании или смешанного аффективного эпизода (без депрессии).

Депрессивный тип шизоаффективного расстройства отличается наличием только симптомов депрессии (отсутствие мании, гипомании, смешанные состояния).

Есть смешанный вариант.

Общие симптомы шизоаффективного расстройства включают галлюцинации, бред, дезорганизованную речь и мышление. Наиболее характерным признаком является наличие слухоречевых псевдогаллюцинаций, наличие «голосов внутри головы».

#### Дифференциальный диагноз шизофрении с острыми и транзиторными психотическими расстройствами (МКБ-11):

Психотические симптомы при шизофрении длятся не менее 1 мес.

Длительность острого и транзиторного психотического расстройства не превышает 3 мес, а чаще длится от нескольких дней до 1 мес. Шизофрения — хроническое прогрессирующее психическое расстройство.

Симптомы острого и транзиторного психотического расстройства быстро меняются по интенсивности и типу. Содержание и направленность бреда или галлюцинаций быстро меняется (ежедневно).

Напротив, при шизофрении бред и галлюцинации более стойкие. Негативные симптомы обязательно присутствуют при шизофрении, но не обязательно присутствуют при остром и транзиторном психотическом расстройстве.

#### Дифференциальный диагноз шизофрении и шизоаффективного расстройства(МКБ-11):

Как при шизофрении, так и при шизоаффективном расстройстве два (или более двух) характерных симптома шизофрении присутствуют большую часть времени в течение 1 месяца или более.

При шизоаффективном расстройстве симптомы шизофрении присутствуют одновременно с аффективными симптомами, которые полностью соответствуют диагностическим требованиям эпизода аффективного расстройства и длятся не менее 1 мес.

Возникновение симптомов (характерных для шизофрении и характерных для аффективных расстройств) при шизоаффективном расстройстве бывает либо одновременным, либо происходит в течение нескольких дней друг от друга.

При шизофрении симптомы аффективных расстройств либо отсутствуют, либо не сохраняются более 1 мес, либо недостаточно выражены, чтобы соответствовать требованиям аффективного эпизода (маниакального, гипоманиакального, смешанного, умеренного или тяжелого депрессивного).

**Шизотипическое расстройство личности (шизотипическое расстройство)** – это психическое, а также поведенческое нарушение, которое характеризуется расстройством мышления, паранойальностью личности, характерная социальная тревожность, дереализации, преходящие квазипсихотические патологические убеждения. Люди с этим расстройством испытывают выраженный дискомфорт при формировании и поддержании социальных связей с другими людьми, в первую очередь из-за убеждения, что другие люди могут испытывать негативные мысли и мнения о больном. Характерны также своеобразные манерность речи и социально неожиданные



стиль в одежде. Шизотипические люди могут странно реагировать в разговоре, не отвечать или разговаривать сами с собой. Они часто интерпретируют ситуации как странные или имеющие для них необычное значение; возможна вера в паранормальные явления и суеверия. Шизотипические люди обычно не согласны с предположением, что их мысли и поведение являются «расстройством», и вместо этого обращаются за медицинской помощью по поводу депрессии или тревоги. Это расстройство наблюдается примерно у 4% населения и чаще диагностируется у мужчин.

### ***Терапия шизофрении. Нейролептики.***

Лечение может проводиться амбулаторно, в дневном стационаре, в круглосуточном стационаре. Выбор места оказания помощи зависит от выраженности симптомов, агрессии, возбуждения, возможности принимать лекарства в домашних условиях.

#### 1. Психотерапия: (выбор препаратов)

- ✓ Для купирования возбуждения (хлорпромазин, левомепромазин)
- ✓ При бредовом синдроме, галлюцинациях (галоперидол, трифлуоперазин, атипичные нейролептики)
- ✓ Онейроидная кататония (высокие дозы инъекционных транквилизаторов, электросудорожная терапия)
- ✓ Фебрильная шизофрения (транквилизаторы + метаболическая терапия)
- ✓ Депрессия (антидепрессанты)
- ✓ Эмоционально-волевой дефект, расщепление психики (рисперидон, клозапин, оланзапин, кветиапин, амисульприд, сульпирид...)

2. Методы общебиологического воздействия (инсулино-коматозная терапия = введение инсулина, вызывающее кому; электросудорожная терапия; пиротерапия - лечение препаратами, повышающими температуру тела) применяют первоначально и для преодоления терапевтической резистентности.

3. Социально-трудовая реабилитация. Посильная работа. Лечебно-трудовые мастерские для больных. Профессиональная переподготовка.

4. Психотерапия: возможна в стадии ремиссии. Суть психотерапии при шизофрении — это попытка адаптации к миру.

#### **Экспертиза:**

Военная экспертиза - полная негодность к военной службе.

Судебно-психиатрическая экспертиза - в стадии ремиссии или при вялотекущем течении шизофрении - условно вменяемы.

Медико-социальная экспертиза: при непрерывно прогрессирующем (кроме вялотекущего) и эпизодическом течении - больные признаются инвалидами первой или второй группы.

#### Медикаментозное лечение:

Нейролептики/атипичные нейролептики

Нейролептики:

- группа психофармакологических психолептических средств, способных уменьшать психотическую симптоматику, психомоторное возбуждение.

В основном они осуществляют блокаду дофаминовых рецепторов D2 на постсинаптической мембране.

Эта блокада в мезолимбической системе вызывает антипсихотический эффект (убираем галлюцинации и бредовые симптомы).

В nigrostriарной зоне головного мозга блокада D2-рецепторов приводит к возникновению экстрапирамидных побочных эффектов. Это: Паркинсонизм (тремор конечностей), дистония (повышение тонуса мышц конечностей, жевательных мышц, мышц шеи), акатизия (беспокойство, желание двигаться).

Дофаминовая система и антихолинергическая система находятся во взаимной зависимости. Блокада мускариновых рецепторов 1 типа приводит к активации дофаминергической передачи. Поэтому тригексифенидил и бипериден, обладающие центральным антихолинергическим действием, уменьшают выраженность нейролептического синдрома (уменьшают выраженность тремора, акатизии, снижают повышенный мышечный тонус).

В тубероинфундибулярной зоне головного мозга блокада D2-рецепторов вызывает нейроэндокринные нарушения, повышение уровня пролактина.

В мезокортикальной зоне головного мозга у больных шизофренией активность дофаминовой компенсаторно снижена. Это обуславливает возникновение дефекта (негативной симптоматики).

Атипичные нейролептики также могут блокировать 5-HT<sub>2</sub>- серотониновые рецепторы, уменьшая негативную симптоматику и уменьшая выраженность когнитивных нарушений, поскольку их блокирование приводит к стимуляции дофаминергической передачи.

Некоторые нейролептики (сульпирид), воздействуя на D2/D3-рецепторы пресинаптической мембраны и усиливают выброс дофамина, вызывают растормаживающий эффект, эффект против апатии.

### НЕЙРОЛЕПТИКИ (три поколения нейролептиков):

1. Типичные нейролептики (производные фенотиазина, бутирофенона, тиоксантена): они способны вызывать нейролепсию (галоперидол, зуклопентиксол, трифлуоперазин...).

2. Атипичные нейролептики (производные замещенного бензамида, производные 1, 4-дибензодиазепина и препараты различной химической структуры): имеют меньший риск развития нейролепсии: рисперидон, оланзапин, кветиапин, zipразидон, сульпирид, амисульприд, палиперидон, клозапин.

3. частичные агонисты дофаминовых рецепторов (арипипразол, карипразин).

Малые нейролептики: с их помощью трудно купировать психозы, но они могут вызывать седативный эффект, могут действовать как корректоры поведения при психопатиях, психопатических состояниях (тиоридазин, хлорпротиксен, перициазин).

### Действия нейролептиков:

1. Глобальный антипсихотический эффект – это способность равномерно уменьшает различные проявления психоза и предотвращает прогрессирование болезни.

2. Седативное, тормозящее действие (хлорпромазин, хлорпротиксен ...)

3. Активирующие, дезингибирующее (важно для больных с негативной симптоматикой) - сульпирид, амисульприд.

4. Воздействие на познавательную сферу (улучшение памяти, внимания, общения, познавательной сферы) - как правило, атипичные антипсихотики.

5. Депрессогенные (вызывают депрессию) - галоперидол,...

6. Могут вызывать нейролептический синдром (галоперидол, трифлуоперазин, зуклопентиксол....).

7. Гормональное действие: снижает/повышает артериальное давление, вызывает запоры, эндокринные побочные эффекты.

#### Пролонгированные формы нейролептиков:

Галоперидол-деканат, зуклопентиксол-депо, флуфеназин-депо, флупентиксол-депо, рисполепт-конста, ксеплион, тревикта.

В качестве противорезистентного препарата используется клозапин.

## **Аффективные психические расстройства**

“Эндогенные” психические расстройства формируются на фоне генетической предрасположенности (генетической программы). Наследуется не само психическое расстройство, а предрасположенность к нему.

«Функциональные» психические расстройства возникают на субклеточном и биохимическом уровнях. Методы нейровизуализации (например, магнитно-резонансная томография) не могут выявить специфические органические изменения в головном мозге.

К эндогенно-функциональным психическим расстройствам относятся:

1. Шизофрения
2. Маниакально-депрессивный психоз (аффективные психические расстройства)
3. Инволюционные психозы

Аретей из Каппадокии (Александрия) в 1-2 веке описал чередование мании и депрессии у одного больного.

В середине XIX века Инес Жан Фаль ввел термин «циркулярное помешательство».

В конце XIX века Карл Кальбаум использовал термин «циклотимия».

В 1896 году Эмиль Крепелин на страницах 5-го издания Руководства психиатрии описал ряд заболеваний, среди них маниакально-депрессивный психоз.

**Маниакально-депрессивный психоз** – это группа заболеваний, характеризующихся периодическим течением аффективных расстройств, возможностью формирования интермиссий, отсутствием отчетливого дефекта.

В современных классификациях термин «маниакально-депрессивный психоз» не используется. Различают аффективные психические расстройства, такие как: биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимия, циклотимия.

**Биполярное аффективное расстройство** встречается у 1% населения (чаще диагностируется у женщин, соотношение мужчин и женщин 1:1,2).

Рекуррентное депрессивное расстройство встречается у 5-9% женщин и 2-4% мужчин (соотношение мужчин и женщин 1 : 2).

Маниакально-депрессивный психоз – эндогенно-функциональное заболевание, характеризующееся сменой аффективных фаз/их чередованием с интермиссиями.

Фаза – приступ психического заболевания, после которого никаких психических изменений (дефекта, негативной симптоматики) не выявляется.

Пик заболеваемости приходится на 35-летний возраст.

Различают следующие аффективные фазы(МКБ-11): 1. депрессивная, 2. маниакальная, 3 смешанная, 4. гипоманиакальная фазы.

Состояние после выхода из фазы называется интермиссией. В отличие от «ремиссии», в «интермиссии» нет дефекта.

#### Этиопатогенез:

Биопсихосоциальная модель развития психических расстройств.

Ген болезни сцеплен с X-хромосомой.

Это болезнь биоритмов.

Депрессия — это эволюционный эквивалент «зимней спячки».

Мания — это эквивалент весенней активности.

#### Патогенез:

Моноаминовая теория: серотонин-норадреналин-дофамин.

#### **Депрессивный эпизод (МКБ-11):**

это одновременное присутствие по крайней мере пяти из следующих характерных симптомов, возникающих большую часть дня, почти каждый день в течение периода продолжительностью не менее 2 недель. Депрессивный эпизод характеризуется периодом почти ежедневного подавленного настроения и снижения интереса к деятельности, который длится не менее двух недель и сопровождается депрессивными симптомами. Например: концентрация внимания, чувство безнадежности, бесполезности, чрезмерное или неуместное чувство вины, повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве, изменения аппетита и сна, психомоторное возбуждение или вялость, снижение энергии или утомляемость.

В анамнезе никогда не было маниакальных, гипоманиакальных или смешанных эпизодов, которые указывали бы на наличие биполярного расстройства.

#### *Аффективный кластер:*

Депрессивное настроение, о котором сообщает человек (например, подавленное настроение, грусть) или наблюдаемое (например, слезы, обреченный вид). Заметно сниженный интерес или утрата способности получать удовольствие от занятий, особенно от тех, которые обычно доставляют человеку удовольствие.

#### *Когнитивно-поведенческий кластер:*

Снижение способности концентрировать и удерживать внимание на задачах или выраженная нерешительность.

Убеждения с заниженной самооценкой или чрезмерной и неуместной вине, которые могут достигать и бредового уровня.

Безнадежность в отношении будущего.

Повторяющиеся мысли о смерти.

*Нейровегетативный кластер:*

Значительно нарушенный сон или чрезмерный сон.

Значительное изменение аппетита (снижение или повышение) или значительное изменение веса (прибавка или потеря).

Также характерно: Психомоторное возбуждение или заторможенность (наблюдаемая другими людьми, а не просто субъективное ощущение беспокойства или заторможенности).

Снижение энергии, утомляемость или заметная усталость после приложенных лишь минимальных усилий.

Нарушение настроения приводит к значительным изменениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных областях функционирования. Если функционирование поддерживается, то только за счет значительных дополнительных усилий.

**Психотические симптомы** часто малозаметны, а граница между психотическими симптомами и постоянными депрессивными размышлениями или устойчивыми убеждениями не всегда ясна. Психотические симптомы могут различаться по интенсивности в течение депрессивного эпизода или даже в течение дня. Психотические симптомы могут намеренно скрываться людьми, переживающими депрессивный эпизод.

Вариант диагноза: Легкий депрессивный эпизод.

Умеренный депрессивный эпизод без психотических симптомов.

Умеренный депрессивный эпизод с психотическими симптомами.

Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов.

Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами.

**Маниакальный эпизод (МКБ-11):**

Основные (обязательные) функции/критерии диагностики:

Обе следующие опции наблюдаются одновременно и сохраняются в течение большей части дня, почти каждый день, в течение как минимум 1 недели:

Повышенное настроение, характеризующееся эйфорией (в отечественной психиатрии здесь используем не термин эйфория, а термин - гипертимия), раздражительностью или экспансивностью, которое представляет собой значительное отличие от типичного настроения человека.

Повышенная активность или субъективное ощущение повышенной энергии, которое представляет собой значительное изменение по сравнению с типичным уровнем человека.

Скачку идей или переживание быстрых или бегущих мыслей (например, мысли быстро и, в некоторых случаях, нелогично перетекают от одной идеи к другой; человек сообщает, что его мысли быстрые или даже скачут, и ему трудно сосредоточиться на теме).

Повышенная самооценка или грандиозность (например, человек считает, что он может выполнять задачи, выходящие далеко за рамки его уровня навыков, или что он вот-вот прославится).

Снижение потребности во сне (например, человек сообщает, что может функционировать только после 2 или 3 часов сна), в отличие от бессонницы, при которой человек хочет спать, но не может.

Отвлекаемость.

Повышение сексуального влечения, общительности или целенаправленной активности.

Расстройство настроения приводит к значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных областях жизнедеятельности, требует интенсивного лечения (например, госпитализации) для предотвращения причинения вреда себе или другим или сопровождается бредом или галлюцинациями.

### **Смешанный эпизод**

это наличие нескольких выраженных маниакальных и нескольких выраженных депрессивных симптомов, соответствующих синдромам, наблюдаемым при маниакальных эпизодах и депрессивных эпизодах, которые либо возникают одновременно, либо очень быстро чередуются (изо дня в день или в течение одного дня).

### **Гипоманиакальный эпизод.**

**Гипомания** - это легкая мания. Длительность проявлений болезни не менее 4 дней.

При гипомании отмечается снижение потребности во сне, повышение коммуникабельности, болтливости, половой активности, чрезмерная трата денег.

**Депрессивный синдром.** Традиционно структуру депрессии делят на следующие 3 компонента: 1. пониженное настроение (гипотимия), 2. идеаторная (мыслительная) заторможенность, 3. двигательная (моторная, в том числе речевая) заторможенность.

Есть 3 депрессивные триады!!!

**Триада Крепелина:** 1. Гипотимия (снижение настроения). 2. Брадифрения (замедление темпа мышления). 3. Гипобулия (волевое снижение).

**Симпатикотония/вегетативная триада/Триада Протопопова:** 1. запор, 2. тахикардия, 3. мидриаз.

**Когнитивная триада Бека:** негативная оценка 1. себя, 2. внешнего мира и 3. будущего.

**Тоскливый (меланхоличный) вариант депрессивного аффекта.** Состояние характеризуется «витализацией» депрессивного настроения, т. е. отражением эмоциональных переживаний в телесной, витальной (от лат. *vitalis* — жизненной) сфере. Он включает в себя следующие функции (витальные симптомы):

- Загрудинная локализация меланхолического аффекта.
- Описание меланхолии как физического бремени, более в груди, сердце («камень на сердце», «предсердная меланхолия», «душевная боль», которую тяжелее переносить, чем боль физическую»).
- *Ангедония.* Неспособность испытывать радость и удовольствие, в том числе утрата эмоциональной составляющей ощущений. Например, вкус

пищи ощущается, но не вызывает удовольствия, или эти ощущения воспринимаются как слишком слабые, притупленные (гипестезия).

- Изменение аппетита. Обычно в виде снижения аппетита
- снижение полового влечения, снижение либидо.
- Нарушения сна. Меланхолическая депрессия характеризуется ранними пробуждениями (в 3-4 часа утра).
- Суточная динамика состояния: самочувствие ухудшается, максимально выражены переживания меланхолии. Ваше состояние может быть лучше вечером.

Помимо меланхолической депрессии (классическая депрессия, с гипотимией, идеаторной и моторной заторможенностью) существуют и другие варианты депрессивного синдрома:

### **1. Тревожная (ажитированная) депрессия**

Сочетание депрессии и тревоги.

В триаде вместо заторможенности часто наблюдается двигательное и мыслительное возбуждение, вплоть до тревожного возбуждения, ажитации.

Тревожные депрессии чаще встречаются у пожилых людей.

### **2. Апатическая депрессия**

**Характерны жалобы на апатию** - отсутствие эмоций, равнодушие к происходящему вокруг, утрата чувств. Эта утрата чувств болезненна для пациента, болезненная ментальная анестезия («анестезия *psychica dolorosa*»).

### **3. «Астено-депрессивный синдром».**

Помимо пониженного настроения больные склонны предъявлять жалобы на повышенную утомляемость и непродуктивность в делах, выражены симптомы астенического синдрома.

### **4. «С психотическими симптомами»**

Депрессия с бредом и галлюцинациями. Их содержание может соответствовать депрессивному аффекту (быть конгруэнтными ему, например, идеи самоуничтожения, самообвинения) или не соответствовать аффекту (быть неконгруэнтными аффекту, например, идеи преследования).

### **5. Атипичная депрессия**

Атипичная депрессия характеризуется эмоциональной реактивностью (перепадами настроения), гиперсомнией (повышенной потребностью во сне) и повышенным аппетитом.

### **6. Маскированная депрессия**

Маскированная депрессия (латентная, соматическая) это - вариант депрессии, при которой действительные симптомы пониженного настроения скрыты (маскируются) некоторыми соматическими симптомами. Больные

обращаются к врачам различных специальностей с жалобами «соматического характера» (такие депрессии часто называют соматизированными).

Существует несколько вариантов маскированных депрессий:

**Алгически-сенестопатическая** – проявляется наличием хронической боли (сенестопатии и сенестальгии); варианты: абдоминальный, кардиалгический, цефалгический, паналгический и др.)

**Маска в виде панических атак** (психовегетативные кризы).

**Обсессивно-фобическая депрессия.**

**Агрипническая депрессия** . Стойкая бессонница.

**С симптомами наркомании.**

Когда следует подозревать маскировку депрессия?

- Больной длительное время безрезультатно лечится у разных врачей (не у психиатра).
- Врачи не находят у больного соматического заболевания или ставят нечеткий диагноз.
- Наибольший терапевтический эффект - от антидепрессантов.
- У больного и его родственников в анамнезе аффективные расстройства.
- Наблюдается аутохтонность (без психогенного или стрессового воздействия; кажущаяся беспричинность) и сезонность симптомов.

Лечение депрессии:

1. Антидепрессанты.
2. Электрошоковой терапии. Показания: некурабельная депрессия, ступорозная депрессия, бредовая депрессия, депрессия с повторными суицидальными попытками, резистентная депрессия.
3. Психотерапия – когнитивно-поведенческая терапия.

**Маниакальный синдром (мания).**

Этиология мании: генетические факторы.

Патогенез: недостаток ацетилхолина. Избыток дофамина.

Триада Крепелина.

- Гипертимия (повышенное настроение)
- Тахифрения (ускоренное мышление)
- Гипербулия (повышенная активность, волевая активность)

**Варианты маниакального синдрома:**

- Маскированная мания (у пациента мы видим только усиление влечений, психопатическое поведение).
- Гипомания (умеренно повышенное настроение).
- Гневливая мания.
- Классическая веселая мания.
- Спутанная мания.



Мании без психотических симптомов: от беззаботной веселости (веселая мания) до мании гнева (гневливая мания). Скачки идей, мыслей, нарушение целенаправленности деятельности

Мании с психотическими симптомами: галлюцинации (говорящие о величии/или нейтральные голоса), бред величия, особого происхождения, сверхспособностей.

Дифференцировать манию необходимо от следующих состояний:

1) Гебефренический синдром

- При гебефрении отмечается не радость, а нелепая дурашливость с гримасничаньем.
- Шутки не заражают, а отталкивают.
- Мышление разлажено .
- Больной бесцельно проводит время, с импульсивностью.

2) Эйфория больных с органическим поражением ЦНС (мороидное состояние). При эйфории:

- Не радость, а эйфория.
- Не ускорение мысли — а слабоумие.
- Не усиление воли – а бездействие.

### **Мания. Терапия.**

Атипичные нейролептики и нормотимики являются препаратами выбора.

Купирование маниакального возбуждения -

- Хлорпромазин, левомепромазин

Оптимизация мышления и поведения -

- Галоперидол (наиболее патогномичный для маниакального синдрома). Но. По современным клиническим рекомендациям назначение галоперидола при БАР считается ошибкой.

Общий гармонизирующий эффект - оланзапин (оланзапин).

**Нормотимики** (стабилизаторы настроения) для лечения маниакального синдрома:

1. Противосудорожные средства (вальпроевая кислота, карбамазепин). 2. Препараты лития (лития карбонат; лития оксибутират можно применять при острых состояниях). Концентрация лития в крови составляет 0,8-1,2 ммоль/л - для купирования маниакального синдрома, 0,6-0,8 - противорецидивная концентрация лития в крови).

**Препараты (нормотимики) для лечения депрессивного синдрома** в рамках биполярного расстройства: противосудорожные препараты (ламотриджин, карбамазепин).

**К аффективным расстройствам относятся:** Депрессивные, маниакальные, гипоманиакальные и смешанные состояния.

Если депрессивный или маниакальный эпизод возникает впервые в жизни, то диагноз будет называться: «маниакальный эпизод», или «депрессивный эпизод».

Если смешанное состояние возникает впервые, диагноз - *смешанный аффективный эпизод*.

Если есть повторяющиеся депрессии (только депрессии, никаких маниакальных, никаких смешанных состояний), то это рекуррентное депрессивное расстройство.

Повторная мания - БАД 1 типа.

Мания + смешанные состояния = БАР I.

Депрессия + следующий эпизод смешанный = БАР 1.

Депрессия + мания = БАР I.

БАР тип 1: мания (повторяющаяся) или смешанный эпизод. Депрессия может быть, а может и не быть.

БАР 2: всегда депрессия + гипомания (без маниакальных фаз).

Связь нейротрансмиттеров со структурой депрессивного синдрома:

**Серотонин.** Снижение активности серотонинергических структур головного мозга приводит к усилению тревоги.

**Норадреналин** отвечает за активность, познавательные процессы и внимание.

**Дофамин** – удовольствие, активность, либидо.

Серотонин (снижение активности) - тревожно-депрессивные состояния.

Норадреналин (снижение активности) - депрессия с вялостью, с когнитивными трудностями.

Дофамин (снижение активности) - ангедония, апатия.

Серотонин + норадреналин – ноющие депрессии.

Норадреналин + дофамин – меланхолическая депрессия..

Специфических инструментальных исследований для диагностики аффективных расстройств не существует.

Для дополнительной диагностики используют шкалу депрессии Бека и шкалу мании Янга.

**Терапия:**

1. Активная (купирующая) терапия (депрессия, мания, смешанное состояние, гипомания). Цель состоит в том, чтобы сформировать медикаментозную ремиссию.

2. Противорецидивное лечение. Оно осуществляется в период медикаментозной ремиссии до ожидаемого окончания фазы (при мании - 4 мес, депрессии - 6-8 мес, необходимо смотреть анамнез).

3. Профилактическая терапия. Проводится при условии наличия 2 и более эпизодов за последние 2 года, включая первый эпизод. Продолжительность профилактического лечения составляет не менее 1 года.

Маскированная депрессия – при соматовегетативных проявлениях отмечаются суточные колебания, сезонность, повторяемость эпизодов.

### Эндогенная депрессия.

Тяжесть и динамика депрессии не связаны с жизненными обстоятельствами. Первый приступ мог быть спровоцирован реактивно, но связь с внешними факторами быстро теряется.

Эндогенные депрессии встречаются: 1. в структуре рекуррентного депрессивного расстройства, 2. в структуре БАР, 3. циклотимии. 4. дистимии.

**Особенности биполярной депрессии (в отличие от рекуррентной депрессии):**

1. Психомоторная заторможенность,
2. атипичные проявления депрессии (повышенный аппетит, повышенная сонливость),
3. психотические включения,
4. раннее начало (до 20 лет),
5. более высокая частота и более короткая продолжительность фаз (в отличие от рецидивирующей депрессии),
6. черты смешанности (т.е. элементы маниакальных симптомов).

Депрессия с соматическими симптомами или без них.

**Соматические симптомы депрессии** (витальный, меланхолический, биологический):

1. Ангедония (потеря интересов, удовольствия от деятельности, ранее приносившей удовольствие),
2. ранние пробуждения на 2 часа раньше обычного,
3. суточная ритмика (самочувствие лучше вечером, хуже утром),
4. значительная потеря аппетита/веса,
5. потеря веса на 5 % и более за последний месяц,
6. снижение либидо.

Крайние варианты депрессии: с одной стороны - тревожная депрессия, с другой - депрессия с заторможенностью.

Депрессия по МКБ-10.

Ухудшение настроения, снижение энергии и снижение активности. Снижение способности получать удовольствие, радоваться, интересоваться и концентрировать внимание. Симптомы проявляются большую часть дня в течение 2 недель и более.

Дополнительные симптомы:

Снижение самооценки и уверенности в себе

Самоуничтожение, чувство вины

Суицидальные мысли и поведение

Мрачное видение будущего

Нарушения сна

Снижение аппетита

Снижение либидо

*Легкий депрессивный эпизод:* социально-трудовая адаптация несколько снижена.

Умеренный депрессивный эпизод с/без соматических симптомов: отмечаются значительные трудности в выполнении социальных, трудовых и бытовых обязанностей.

Тяжелая депрессия без психотических симптомов: выраженное двигательное беспокойство, возбуждение, заторможенность, суицидальные попытки.

Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими включениями: бред, галлюцинации, депрессивный ступор. С бредом, конгруэнтным настроению/ с неконгруэнтным бредом.

Распространенность депрессивного эпизода составляет 3-6 %.

### **Варианты клинического течения БАР**

Альтернирующее течение. Для него характерно наступление эутимального периода после следующей аффективной фазы. Аффективные фазы имеют тенденцию развиваться автохтонно и спонтанно разрешаться. Интермиссия, которая формируется после окончания фазы, характеризуется эутимным (ровным) настроением и появлением критики к эпизоду болезни. Социальная дезадаптация больных в первую очередь определяется частотой развивающихся обострений, их длительностью и тяжестью.

Непрерывное (континуальное) течение – без интермиссий, непрерывная смена фаз. Переход альтернирующего течения в непрерывное возможен при спонтанном обострении заболевания или при ошибочной фармакотерапии. Даже при таком неблагоприятном развитии болезни иногда возможно развитие довольно длительных эутимных периодов.

Быстро циклический вариант течения является одним из наиболее неблагоприятных вариантов течения болезни, определяемым развитием не менее 4 аффективных фаз в течение одного года.

Сверх-быстрые циклы— развитие 4 и более аффективных фаз в течение одного месяца.

Ультра-ультра-быстрые циклы, возникающие в течение одного дня, которые практически невозможно отличить от стойкого, крайне неустойчивого смешанного аффективного состояния.

### ***Классификация антидепрессантов***

По механизму:

1. ингибирование обратного захвата моноаминов,
2. Ингибирование моноаминоксидазы,
3. Регуляторный механизм.

**По влиянию на активность нейротрансмиттеров:**

А. Влияние преимущественно на серотонин (сертралин, пароксетин, эсциталопрам, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, венлафаксин в дозе до 150 мг в сутки),

Б. Влияние преимущественно на серотонин и норадреналин (милнаципран, дулоксетин, миртазапин, венлафаксин в дозе до 300 мг в сутки),

С. Влияние на серотонин, норадреналин и дофаминзависимую нейротрансмиссию: амитриптилин, клофранил, тразодон, имипрамин, венлафаксин в дозе более 300 мг в сутки, ингибиторы моноаминоксидазы;

#### D. Влияние на норадреналин и дофамин - агомелатин.

С.Н. Мосолов предложил практическую классификацию антидепрессантов от препаратов с седативными свойствами (амитриптилин, мirtазапин, флувоксамин, тразодон...), через сбалансированные антидепрессанты (сертралин, эсциталопрам, пароксетин, клофранил, дулоксетин, венлафаксин...), к антидепрессантам с активирующими свойствами ( флуоксетин, имипрамин...).

*Трициклические антидепрессанты* (амитриптилин, кломипрамин, имипрамин). Они являются неселективными ингибиторами обратного захвата нейротрансмиттеров (серотонина, норадреналина, дофамина). Ими можно лечить многие депрессии, особенно тяжелые с бредовыми и ступорными включениями. Трициклические антидепрессанты противопоказаны больным с БАР, так как существует риск инверсии аффекта (развитие маниакального синдрома).

*Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина* (венлафаксин в средней дозе от 150 до 225 мг в день, дулоксетин. Их можно использовать для лечения депрессии с заторможенностью, моторной вялостью, беспокойством и болевым синдромом).

*Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина* (действующие преимущественно на серотониновые структуры) - сертралин, циталопрам, эсциталопрам, флуоксетин, пароксетин, флувоксамин. Они используются при терапии тревожных состояниях, дистимии, маскированных депрессиях, при тревожных депрессиях, паническом расстройстве, социальной фобии, агорафобии, генерализованном тревожном расстройстве.

*Агомелатин, Адеметионин* (агомелатин - восстанавливает циркадные ритмы - улучшает сон; и адеметионин - с гепато-протекторными свойствами) - может лечить легкие депрессивные реакции.

**Ингибиторы MAO** (моноаминоксидаза — фермент, разрушающий серотонин, норадреналин и дофамин в синаптической щели). Лекарства: моклобемид, пирлиндол. Их применяют при ипохондрических депрессиях.

**Регуляторный механизм** (блокада или агонизм рецепторов, средство к рецепторам): в первую очередь это мirtазапин и миансерин.

## Инволюционные психозы

- Распространенность - 0,25%
  - Возникает в результате патологического течения климактерического периода (климактерический психоз)
- Встречается у женщин в возрасте от 45 до 55 лет.
- Представлен одним затяжным (пока продолжается климакс) приступом.

Инволюционная депрессия проявляется следующими особенностями:

- Преобладает тревога.
  - Меланхолии нет / или меланхолия легкая.
  - Идеи осуждения или ипохондрические идеи.
  - Аномальные болевые ощущения и сенестопатии (боли в костях, мышцах, жжение кожи).
- Легко формируются бредовые идеи Котара (тело «распалось», «разрушалось»).

Инволюционный параноид:

- Начинается как инволюционная депрессия.
- Добавляются бредовые идеи мелкого масштаба («родственники, соседи, чтобы завладеть жилплощадью, пытаются отравить больного», «портят мебель, вещи», «пытаются отравить продукты на кухне», «Кухонные» бредовые идеи»).
- Больные проявляют бредовое поведение (пишут жалобы, письма, требуют осмотров, устанавливают дополнительные двери, видеокамеры...).

Терапия инволюционных психозов:

- Антидепрессанты могут резко увеличить тревогу.
- Для снижения тревоги - малые дозы клозапина, пропазина.
- Транквилизаторы - феназепам (осторожно).
- Основу терапии составляют атипичные нейролептики (кветиапин, оланзапин, рисперидон).

Инволюционные психозы — функциональные психические расстройства, возникающие впервые после 40—45 лет на фоне менопаузы. Инволюционные психозы проявляются структурно своеобразными депрессивными, бредовыми и кататоническими симптомами без тенденции к развитию деменции.

1. Инволюционная депрессия чаще возникает постепенно. В его клинической картине на первый план выступают выраженные аффекты тревоги (реже страха) на фоне подавленного настроения и бредовых идей вины, самообвинения, преследования, ипохондрического характера.

Течение психоза обычно длительное, затягивающееся на многие месяцы и даже годы. Иногда **формируются нигилистический бред или бред Котара**. Больные утверждают, что их желудок, кишечник атрофировались или не работают; внутренних органов нет совсем, что от них осталась только одна

оболочка. Больные бредом Котара утверждают, что они самые страшные преступники, которым нет прощения; все страдают из-за них, погибают из-за одного их взгляда; что они будут страдать сотни и тысячи лет, и не будет им ни смерти, ни избавления.

2. Инволюционный параноид — вторая по частоте форма предстарческого психоза. Проявляется бредом простого, бытового содержания, который называют бредом мелкого масштаба, бредом обыденных отношений. Больные включают в свои бредовые переживания лишь ограниченный круг лиц: либо соседей по квартире, которые кажутся им враждебными и всячески их угнетают; или коллеги по работе, где их, кажется, преследуют сотрудники во главе с начальником. Расширения объема бреда не наблюдается.

Лечение: атипичные нейролептики.

## **Дегенеративные (атрофические) заболевания головного мозга**

**Когнитивные нарушения** включают снижение памяти, умственной работоспособности и других когнитивных функций (по сравнению с исходным уровнем, индивидуальной нормой).

Когнитивные (познавательные) функции представляют собой наиболее сложные функции головного мозга, формирующиеся путем переработки знания и обеспечивающие целенаправленное взаимодействие с ним. В соответствии с этими процессами выделяют: восприятие информации; обработка и анализ информации; запоминание и хранение; обмен информацией, построение и реализация программы действий.

Когнитивные функции: внимание, память (нарушения памяти, амнестические расстройства), интеллект, мышление, речь, ориентировка, гнозис (восприятие информации).

Когнитивные нарушения (интеллектуальные и мнестические).

Легкие: не вызывают затруднений в повседневной жизни больного, а также при сложных видах интеллектуальной деятельности. Это снижение по сравнению с индивидуальным преморбидным максимумом. Но снижения по отношению к среднему показателю нет.

Умеренные: они отражаются в жалобах больного и проблемы больного видны окружающим. Возникают трудности с относительно сложными интеллектуальными действиями.

Тяжелая: частичная или полная потеря независимости, утрата самообслуживания, утрата навыков самостоятельной жизни.

**Дегенеративные (атрофические) заболевания головного мозга**

**Классификация возрастных периодов:** 1. Детский возраст - до 15 лет. 2. Юношеский возраст: 15-29 лет. 3. Молодой возраст: 30-44 года. 4. Зрелый возраст – с 45 по 59 лет; 60-74 года - пожилой возраст. 6. 75-89 лет - старческий возраст. 7. старше 90 лет - долгожители.

В настоящее время деменция определяется как нарушение интеллекта и когнитивных функций (память, суждение, умозаключение, понимание, внимание, абстрактное мышление).

Деменция обычно прогрессирует, и, в конечном счете, пациент теряет ориентацию в пространстве, времени и в собственной личности, а также утрачиваются основные навыки самообслуживания.

*Пресенильное слабоумие* представляет собой комбинированную группу деменций у больного 45-65 лет.

*Старческое (сенильное) слабоумие* - в возрасте 65+ лет.

Пресенильная деменция (в отличие от старческой деменции): начало до 65 лет, положительный семейный анамнез по деменции, более высокая скорость прогрессирования, раннее развитие афазии, апраксии, агнозии, акалькулии.

### **Дегенеративные (атрофические) заболевания:**

- Болезнь Альцгеймера: 1. С ранним началом (до 65 лет), 2. С поздним началом (после 65 лет).

- Болезнь Пика (наследственное заболевание, с повышенным содержанием цинка в гиппокампе, сначала страдает личность, затем интеллект).

- Деменция при болезни Паркинсона.

- Хорея Гантингтона.

- Болезнь Крейтцфельда-Якоба.

- и др.

### **Основные признаки атрофической деменции:**

- Они имеют эндогенный характер.

- Морфологическая основа: есть дегенерация клеточных элементов головного мозга (локализация и патогенез определяют нозологическую принадлежность).

- характерно развитие с постепенным началом и хроническим неуклонным прогрессирующим течением вплоть до глубокого распада интеллекта и психической деятельности в целом.



- Необратимость болезненного процесса обуславливает неблагоприятный прогноз.

- Характеризуется постепенным началом. Затем идет устойчивое прогрессирование. На конечных стадиях отмечают тотальное слабоумие и грубый распад психической деятельности.

- Клинический прогноз неблагоприятный в связи с прогрессированием заболевания, необратимостью процесса.

**Болезнь Альцгеймера** — атрофическое дегенеративное заболевание центральной нервной системы (атрофия возникает преимущественно в гиппокампе, височных и теменных отделах головного мозга). Память неуклонно снижается, прогрессируют нарушения высших корковых функций.

А.Альцгеймер, профессор неврологии и психиатрии из Франкфурта, в 1906 году описал болезнь, которая впоследствии была названа в его честь.

Эпидемиология болезни Альцгеймера.

- Это расстройство является ведущей (основной) причиной деменции в более позднем возрасте.

- В России болезнь Альцгеймера диагностируется более чем у 4% людей старше 60 лет.

- В США и Западной Европе распространенность этого заболевания выше, чем в России.

Частота заболеваемости значительно увеличивается с возрастом. Если среди людей в возрасте от 60 до 69 лет распространенность расстройства составляет 1%, в возрасте от 70 до 79 лет - 4%, то у лиц старше 80 лет она составляет уже 10-15%.

- Чаще выявляется среди женщин (что также связано с преобладанием числа женщин в пожилом возрасте над числом пожилых мужчин).

- наследственная обусловленность. Риск заболеваемости возрастает при наличии случаев заболевания среди родственников.

В этиопатогенезе болезни Альцгеймера участвуют гены, регулирующие образование белков-предшественников амилоида. Особенно аллель e4 аполипопротеина.

Патоморфология болезни Альцгеймера

- Отмечается атрофия продолговатого мозга, преимущественно гиппокампа, височной и теменной частях. (Поражение указанного отдела головного мозга выявляется на МРТ).
- Мы видим старческие (амилоидные) бляшки в упомянутых выше областях головного мозга. Они образуются из-за перепроизводства и накопления бета-амилоидного белка.
- Выявляются нейрофибриллярные сплетения в нейронах, что приводит к уменьшению числа синапсов. В результате ухудшается нейрональная передача (в основном связанная с нейромедиатором ацетилхолином), развивается атрофия и дегенерация нейронов.

Клиническая картина болезни Альцгеймера характеризуется постепенным развитием тотальной деменции.

Проявления:

- Прогрессирующая амнезия (по закону Рибо)
- Нарушение высших корковых функций:
  - Апраксия - утрата привычных двигательных навыков (нарушение целенаправленных движений и действий при сохранении составляющих их элементарных действий).
  - Агнозия — потеря способности узнавать предметы и людей.
  - Афазия – потеря способности понимать чужую речь, а также использовать речь для выражения собственных мыслей и желаний.
  - Аграфия – потеря способности писать.
  - Акалькулия – потеря способности считать.
  - Alexia - потеря способности читать.

Динамика нарушений высших корковых функций при болезни Альцгеймера:

- Афазия: 1) амнестическая афазия (человек забывает имена близких, сначала сложные слова, затем более простые), 2) рецептивная (потеря понимания предложений, а затем и отдельных слов), 3) экспрессивная (характерно обеднение словарного запаса). Сначала употребление синонимов, затем - дизартрия, эхолалия). Развивается тотальная амнезия.
- Агнозия: это расстройство узнавания. Во-первых, забываются места, где человек давно не был. Потом он перестает узнавать обычные предметы, родных людей. В конце концов, он перестает узнавать себя в зеркале. Человек теряет способность понимать пространственные отношения.

Характерно растерянное выражение лица, человек перестает отличать окружающих людей от фона.

- Апраксия. Это потеря способности действовать. Во-первых, страдают сложные действия (страдает план, шитье, вождение). Затем теряются автоматизированные навыки (не могут есть, одеваться, умываться, соблюдать правила гигиены).

### **Стадии болезни Альцгеймера:**

- Начальная стадия. Характерно прогрессирующее формирование когнитивного дефицита. В частности, нарушение памяти и внимания, ошибки в профессиональной деятельности. Это может сопровождаться продуктивными расстройствами, такими как депрессия или бред.
- Стадия легкой деменции. Здесь профессиональная деятельность уже невозможна. Но простые бытовые навыки все же сохраняются. Однако приходится осуществлять постоянный контроль со стороны близких.
- Стадия тяжелой деменции. Характеризуется полной дезинтеграцией интеллекта.

Длительность болезни Альцгеймера:

- Средняя продолжительность заболевания 8-10 лет. Однако возможно затяжное течение заболевания (более 20 лет),

а также катастрофически быстрое течение (смерть наступает через 2-3 года от начала заболевания).

- На стадии тяжелой деменции отмечают:

- неврологическая симптоматика (эмбриональная поза, контрактуры, формируются примитивные рефлексы)

- соматические симптомы (развивается кахексия, эндокринные нарушения, трофические нарушения, полиорганная недостаточность).

Смерть наступает вследствие присоединения инфекций, истощения, развития трофических и эндокринных нарушений. В терминальной стадии продолжительность жизни часто определяется качеством ухода за больным.

Лечение болезни Альцгеймера. 1) Базисная терапия. Для преодоления холинергического дефицита. Это замедляет прогрессирование когнитивного дефицита. Эффективна на ранних стадиях.

- ингибиторы холинэстеразы центрального действия: ривастигмин (Экселон); галантамин (Реминил).

2) Нейропротекторная терапия: для сохранения и повышения жизнеспособности нейронов – блокаторы глутаматных рецепторов (акатинол мемантин), антиоксиданты, продукты животного происхождения, содержащие нейротрансмиттеры (церебролизин) и др.

3) Противовоспалительная терапия.

**Болезнь Пика** — атрофическое дегенеративное заболевание центральной нервной системы. Атрофия отмечается преимущественно в лобных долях. Заболевание начинается относительно рано, в пресенильном возрасте (около 55 лет). При этом в клинической картине уже с начала расстройства отмечается постепенное нарастание личностных изменений. Исходом заболевания является развитие тотальной деменции (по типу лобной деменции).

Клиническая характеристика заболевания впервые описана А. Пиком в 1892 г.

Распространенность болезни Пика в 40 раз ниже, чем у болезни Альцгеймера.

#### Клиническая картина болезни Пика

- медленное начало с личностными изменениями с последующим разрушением «ядра личности»

- преобладание «лобных симптомов» в зависимости от локализации патологического процесса: – малоподвижность, вялость, равнодушие, апатия, спонтанность. - эйфория, юродство, бестактность, моральные установки, расторможенность низших влечений (псевдопаралитический синдром).

- развитие нарушений психической деятельности (нарушается способность к абстрагированию, обобщению, продуктивности мышления, критичности и уровня суждений) на фоне относительной сохранности памяти

**Болезнь Крейтцфельдта-Якоба** -это прогрессирующее дистрофическое заболевание коры головного мозга, базальных ганглиев и спинного мозга. Считается основным проявлением губчатой энцефалопатии (прионная болезнь. Смерть наступает в 100 % случаев). Впервые он был описан в 1920 году Гансом Герхардом Крейтцфельдтом.

**Деменция при болезни Крейтцфельдта-Якоба** характеризуется типичной триадой:

1. быстро прогрессирующей разрушительной деменции;

2. выраженные пирамидные и экстрапиримидные расстройства с миоклонусом;

3. Характерна трехфазная ЭЭГ.

Специфические изменения нервной системы (подострая губчатая энцефалопатия), предположительно обусловлены наследственностью. Обычно начинается в среднем или позднем возрасте, в пожилом или старческом возрасте, хотя может развиваться и в раннем взрослом возрасте.

**Деменция при болезни Гентингтона** - развивается как одно из проявлений системного дегенеративно-атрофического процесса с преимущественным поражением стриарной системы головного мозга и других подкорковых ядер. Наследуется как аутосомно-доминантное заболевание. Заболевание обычно проявляется на третьем-четвертом десятилетии жизни. Характерен *хореиформный гиперкинез* (особенно лица, рук, плеч, походки), изменения личности (возбудимый, истерический и шизоидный типы личностных аномалий), психотические расстройства (особая депрессия с угрюмостью, мрачностью, дисфорией).

**Деменция при болезни Паркинсона** развивается, как правило, у 15-25% больных с тяжелым течением болезни Паркинсона (дегенеративно-атрофическое заболевание экстрапиримидной системы головного мозга - тремор, мышечная ригидность, гипокинезия). Клиническая деменция малоспецифична и характеризуется нарушениями в эмоциональном состоянии больного - в мотивационной сфере в виде снижения мотивации, активности, эмоционального оскудения, замкнутости, склонности к депрессивному поведению, а также - ипохондрические формы реагирования.

## Сосудистая деменция

Сосудистая деменция относится к экзогенно-органическим психическим расстройствам.

**Сосудистая деменция (при сосудистых заболеваниях головного мозга)** –это группа патологических состояний, развивающихся вследствие нарушений мозгового кровообращения различной этиологии и патогенеза (гипертоническая болезнь, атеросклероз, аневризмы, артерииты, васкулиты).

- В Восточной Европе их диагностируют чаще, чем атрофические заболевания мозга.

- Прямых связей между характером и объемом поражения головного мозга и психическими расстройствами нет

По течению и морфологическому субстрату выделяют:

- деменция с острым началом (после обширного кровоизлияния или обширного инсульта).

- мульти-инфарктные деменции (множество инфарктов в коре головного мозга, постепенное нарастание симптомов, волнообразное течение).

- подкорковая деменция (энцефалопатия Бинсвангера) – диффузная двусторонняя ишемическая деструкция белого подкоркового вещества и множественные лакунарные (мелкие) инфаркты в этих зонах. Вызывается поражением мелких сосудов, артериол. Развивается медленно, постепенно при артериальной гипертензии. Это сопровождается поражением подкорковых ядер с паркинсонизмом в клинической картине, наряду с шаркающей походкой, тазовыми нарушениями, и эмоциональной лабильностью.

#### Дифференциальный диагноз: сосудистая или атрофическая деменция

Данные, свидетельствующие в пользу диагноза атрофической деменции:

- постепенное начало
- постепенное прогрессирование когнитивных расстройств без заметных колебаний тяжести состояния
- формирование тотального слабоумия с утратой ядра личности.

#### Данные, способствующие диагностике сосудистой деменции:

- волнообразное течение, т. е. изменение выраженности симптомов (флюктуации)
- эпизоды спутанности сознания в ответ на внешние вредности
- эмоциональная лабильность, тревожно-депрессивные состояния
- формируется лакунарная (парциальная) деменция.

### ***Лечение деменции. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы. Мемантин.***

#### **Лечение сосудистой деменции**

1. лечение основного заболевания (контроль АД, антиагреганты, коррекция гипер-дислипидемии, вазоактивные препараты и др.)
2. Нейропротекторная терапия - ноотропы.
3. Компенсаторная терапия.
4. Тщательное наблюдение за соматическим состоянием, адекватное питание и уход приобретают особое значение по мере развития заболевания и определяют качество и продолжительность жизни больных.

## 5. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы, Мемантин.

### Лечение атрофической деменции:

Ингибиторы ацетилхолинэстеразы.

Мемантин.

Когнитивная тренировка.

**Когнитивная реабилитация** - это систематически применяемый комплекс лечебных мероприятий, направленных на коррекцию дефицита высших функций головного мозга и восстановление навыков, ограниченных вследствие нарушения в одной или нескольких когнитивных областях.

Восстановление когнитивных функций в определенной степени происходит спонтанно, за счет резервов нейропластичности.

Нейротрансмиттеры являются непосредственными передатчиками нервного импульса.

Нейромодуляторы - модифицируют действие нейротрансмиттеров.

Дофамин – удовольствие, либидо.

Норадреналин – концентрация, активность, внимание, обучение.

Серотонин – настроение, сон/бодрствование, аппетит, терморегуляция, активность скелетных мышц.

Ацетилхолин - возбуждение, обучение, реакция пробуждения

ГАМК — тормозной нейротрансмиттер, регулятор возбуждения.

Гистамин – контроль пробуждения.

**Ацетилхолинэстераза**—это гидролитический фермент из семейства эстераз, который содержится в синапсе. Он гидролизует ацетилхолин с образованием продуктов распада – уксусной кислоты.

**Блокаторы ацетилхолинэстеразы** – это препараты для лечения деменции легкой и средней степени (сосудистая и альцгеймеровского типа): галантамин, ривастигмин, донепезил.

**Мемантин** (применяется для лечения деменции средней и тяжелой степени, сосудистых и атрофических заболеваний альцгеймеровского типа): блокатор рецепторов глутамата (Акатинол Мемантин) – имеет нейропротекторную функция.

Мемантин - является неконкурентным антагонистом NMDA-рецепторов, вследствие чего снижает чрезмерное стимулирующее влияние глутаматных нейронов коры на неостриатум, развивающееся на фоне недостаточного выброса дофамина. Улучшает процесс передачи нервных импульсов. Мемантин улучшает когнитивные процессы и повышает вашу повседневную активность.

**Ноотропы** - это препараты, способствующие специфическому положительному влиянию на высшие интегративные функции мозга.

Существующие ноотропные препараты можно классифицировать следующим образом:

Производные пирролидина (пирацетам): пирацетам, оксирацетам, этирацетам, анирацетам, прамирацетам, оксирацетам, дуплрацетам.

Производные диметиламиноэтанола: меклофеноксат, деанола ацеглумат.

Производные пиридоксина: биотредин, пиритинол.

Производные и аналоги ГАМК: гамма-аминомасляная кислота (аминалон), никотиноил-ГАМК (пикамилон), гидрохлорид гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты (фенибут), гопантенная кислота, пантогам, гамма-гидроксibuтират кальция (нейробутал).

Цереброваскулярные агенты: гинкго билоба.

Нейропептиды и их аналоги: включает препарат под названием «Семакс».

Аминокислоты и вещества, влияющие на возбуждающую аминокислотную систему. В частности, глицин (аминокислота глицин), биотредин.

Производные 2-меркаптобензимидазола. К ним относятся: этилтиобензимидазола гидробромид (бемитил).

Витаминоподобные продукты: идебенон.

Полипептиды и органические соединения: церебролизин, кортексин, церебрамин.

Вещества других фармакологических групп с ноотропным компонентом:

- корректоры нарушений мозгового кровообращения: ницерголин, винпоцетин, ксантинола никотинат, винкамин, нафтидрофурил, циннаризин;

- общеукрепляющие средства и адаптогены: ацетиламиноантаровая кислота, экстракт женьшеня, мелатонин, лецитин.

- психостимуляторы: сульбутиамин;

- антигипоксантии антиоксиданты: оксиметил-этил-пиридинсукцинат (Мексидол).

В спектре фармакологической активности ноотропов (нейрометаболических стимуляторов) выделяют следующие основные эффекты:

Ноотропный эффект (влияние на нарушенные высшие корковые функции, уровень суждений и критических способностей, улучшение



коркового контроля подкорковой деятельности, мышления, внимания, речи).

Мнемотропный эффект (влияние на память, способность к обучению).

Повышение уровня бодрствования, ясности сознания (влияние на состояние угнетенного и затемненного сознания).

Адаптогенный эффект (повышение общей устойчивости организма к экстремальным факторам).

Антиастенический эффект (уменьшение выраженности слабости, вялости, истощаемости, психической и физической астении).

Психостимулирующий эффект (влияние на апатию, гипобулию, спонтанность, плохую мотивацию, психическую инертность, психомоторную заторможенность).

Эффект антидепрессанта.

Седативное/транквилизирующее действие, снижение раздражительности и эмоциональной возбудимости.

## Эпилепсия

**Эпилепсия** - это хроническое полиэтиологическое нервно-психическое заболевание, возникающее преимущественно в детском и подростковом возрасте. Заболевание, характеризующееся полиморфной клинической картиной, основными элементами которой являются:

- повторные проявления эпилептических припадков;
- транзиторные (преходящие) психические расстройства;
- хронические изменения личности и интеллекта, достигающие иногда степени деменции.
- изменения на электроэнцефалограмме.

**Мы говорим об эпилепсии, когда есть ТРИАДА:**

1. повторные эпилептические припадки,
2. изменения личности, связанные с эпилепсией,
3. изменения на ЭЭГ (электроэнцефалограмме).

Абсанс-припадки - встречается только при эпилепсии. Наличие этих припадков достаточно для установления диагноза эпилепсии.

*История эпилепсии*

**Эпилéψία** (лат. *epilepsia* от др.-греч. *ἐπιληψία* ← ἐπίληπτος «схваченный, пойманный, застигнутый»).

В Древней Греции эпилепсия ассоциировалась с магией и называлась "священной болезнью". Бог послал это человеку в наказание за несправедную жизнь.

Гиппократ в трактате написал "О священной болезни". Гиппократ был первым, кто указал на роль мозга в возникновении эпилепсии, вопреки распространенным после Аристотеля представлениям о локализации психических процессов в сердце.

Эпилепсия также упоминается в Евангелиях от святого Марка и святого Иоанна Крестителя. Евангелие от Луки, в котором описывается исцеление Христом мальчика от дьявола, завладевшего его телом.

В Древнем Риме эпилепсию называли "парламентской" болезнью из-за того, что заседания Сената прерывались, если у одного из присутствующих случался эпилептический припадок. В то время считалось, что боги таким образом выражают недовольство происходящим.

Основываясь на том факте, что многие известные люди страдали эпилепсией (Сократ, Платон, Юлий Цезарь, Калигула, Петрарка...), долгое время господствовало мнение, что больные эпилепсией - люди большого интеллекта.

В 18 веке эпилепсию часто отождествляли с психическим заболеванием, и пациентов с эпилепсией госпитализировали в психиатрические учреждения.

Только в 1849 году (Англия), а затем в 1867 году (Германия) были открыты первые в мире специализированные клиники для лечения больных эпилепсией.

### *Эпидемиология эпилепсии*

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных нервно-психических заболеваний. Заболеваемость эпилепсией составляет 50-70 на 100 000 человек, распространенность 5-10 на 1000 человек (0,5-1% населения земного шара).

Приблизительно 5% населения испытают хотя бы один припадок в течение жизни. У 2/3 больных эпилепсия дебютирует в детском и подростковом возрасте.

### *Этиология эпилепсии*

3 типа эпилепсии: идиопатическая, симптоматическая, криптогенная.

**1. Идиопатический (классифицируется как эндогенно-органическая),** при которой отсутствуют заболевания, способные вызвать эпилепсию, а эпилепсия является как бы самостоятельным заболеванием. Для него характерны следующие особенности:

- Генетическая предрасположенность (высокая частота эпилепсии в семьях пробандов);
- начало заболевания преимущественно в детском и подростковом возрасте
- Отсутствие изменений в неврологическом статусе при плановом осмотре;
- Нормальный интеллект;

- Отсутствие структурных изменений головного мозга на компьютерной и магнитно-резонансной томографии;
- Сохранение основного ритма на ЭЭГ (но на ЭЭГ имеются типичные изменения);
- Относительно благоприятный прогноз с достижением терапевтической ремиссии в большинстве случаев.

Уровень конкордантности эпилепсии при использовании близнецового метода составляет от 60 до 90% для однояйцевых близнецов и от 15 до 35% для разнойяцевых близнецов. Если у одного из родителей эпилепсия, то вероятность заболеть эпилепсией у ребенка составляет от 2 до 8%.

Возникновение идиопатической формы объясняется только возможной наследственной предрасположенностью. Основными генами, связанными с идиопатической эпилепсией, являются гены BF и HLA на шестой хромосоме.

**2. Симптоматическая (мы относим к экзогенно-органическим нарушениям).** Эта этиологическая форма является следствием приобретенных, врожденных, наследственных поражений головного мозга. Это происходит после черепно-мозговых травм, перинатальной патологии, нейроинфекций, энцефалопатий, острых нарушений мозгового кровообращения.

Симптоматическая эпилепсия неоднородна и делится на две подгруппы:

Эпилепсия — заболевание, развивающееся на почве перенесенных (завершенных к моменту начала заболевания) органических поражений головного мозга (черепно-мозговых травм, инфекций, интоксикаций).

При наличии активно прогрессирующего церебрального процесса (сосудистого, алкогольного, опухолевого, воспалительного, паразитарного и др.) эпилептические припадки следует расценивать как эпилептические синдромы с известной этиологией, верифицируемые по морфологическим нарушениям (опухоль, рубцы, глиозы, кисты, так далее.).

**3. Криптогенная эпилепсия** (при которой причина заболевания остается скрытой, неясной). Очевидно, что с развитием новых диагностических возможностей эпилепсии (например, нейровизуализации) большинство видов криптогенной эпилепсии будут переведены в разряд симптоматических.

Описанное деление эпилепсии на 3 формы не означает, что каждый случай заболевания относится к одной из этих групп – можно лишь предположить вероятную причину заболевания.

#### *Диагностика эпилепсии*

Основание: повторные припадки, изменения на ЭЭГ, изменения личности.

Наличие абсанса достаточно для диагностики эпилепсии.

Изменения на ЭЭГ при эпилепсии: Острая-волна; пик-волна; Комбинация пики-волны + медленная волна.

Если на ЭЭГ наряду с генерализованными изменениями на ЭЭГ выявляются изменения структур ствола головного мозга, то это свидетельствует о генерализованной эпилепсии.

Если первичный очаг выявляется вне стволовых структур головного мозга (в височной области мозга, в теменной доле...), то речь идет о парциальной эпилепсии.

*Функциональные нагрузки:* гипервентиляция; фотостимуляция; депривация сна; использование лекарств; совмещение записи ЭЭГ с визуализацией приступов (видеомониторинг ЭЭГ).

Дополнительное обследование:

Магнитно-резонансная томография (МРТ) показана всем больным эпилепсией, за исключением явных случаев с идиопатической эпилепсией;

Компьютерная томография – в настоящее время признана адекватной только для выявления опухолей головного мозга;

Позитронно-эмиссионная томография.

### ***Классификация эпилептических припадков.***

Основные признаки эпилептических пароксизмальных состояний: внезапное начало, кратковременность (от долей секунды до 5-10 минут), самопроизвольное прекращение, стереотипность, своеобразие на данном этапе заболевания.

Классификация эпилептических припадков (Международная лига эпилепсии, 1981 г.):

I. Парциальные (очаговые, местные приступы)	II. Генерализованные припадки
<p><b>A. Простые парциальные припадки</b> – сознание сохранено.</p> <p>1. Двигательные судороги</p> <p>а. локальные моторные пароксизмы без марша</p> <p>б. очаговые двигательные движения с маршем (Джексона)</p> <p>В. реверсивные</p> <p>Г. постуральный</p> <p>Д. фонаторные</p> <p>2. Сенсорные припадки</p> <p>а. соматосенсорные</p> <p>б. визуальные</p> <p>Б. слуховые</p> <p>Г. осязательные</p>	<p><b>A. Абсансы</b></p> <p>1. Типичные абсансы</p> <p>а. только с нарушением сознания</p> <p>б. с легким клоническим компонентом</p> <p>Б. с атоническим компонентом</p> <p>д. с тоническим компонентом</p> <p>Д. с автоматизмами</p> <p>е. с вегетативным компонентом</p> <p>2. Атипичные абсансы</p> <p>а. изменения более</p>

<p>D. обонятельные е. с головокружением</p> <p>3. Вегето-висцеральные судороги</p> <p>4. Судороги с нарушением психических функций</p> <p>а. С афазией б. дисмнестические</p> <p>В. с нарушением мышления (идеальные) д. эмоциональные и аффективные расстройства Д. иллюзорные е. галлюцинаторные симптомы</p> <p><b>В. Сложные парциальные припадки</b> 1. начинаются с простых парциальных припадков с последующим нарушением сознания. а. начинается с простого парциального припадка с последующей потерей сознания б. Начинается с простого парциального припадка с последующим нарушением сознания и двигательного автоматизма.</p> <p>2. Начинаются сразу с нарушения сознания а. только с нарушением сознания б. с моторными автоматизмами</p> <p><b>Б. Парциальные припадки с вторичной генерализацией</b> 1. Простые парциальные припадки (А), ведущие к генерализованным припадкам. 2. Сложные парциальные припадки (В), ведущие к генерализованным припадкам. 3. Простые парциальные припадки, переходящие в сложные парциальные припадки с последующим возникновением генерализованных судорожных припадков.</p>	<p>длительные, чем при типичных абсансах</p> <p>б. Начало и/или прекращение приступов происходит не внезапно, а постепенно.</p> <p><b>В. Миоклонические судороги</b></p> <p><b>V. Клонические судороги</b></p> <p><b>D. Тонические судороги</b></p> <p><b>D. Тонико-клонические системы</b></p> <p><b>Е. Атонические (астатические припадки)</b></p> <hr/> <p><b>III.</b> Неклассифицированные припадки</p>
--	---

### Парциальные припадки

Парциальные припадки наблюдаются у 60% больных эпилепсией. Парциальные припадки (фокальные очаги, являются локальными) — это эпилептические припадки, возникающие из-за фокальных нервных разрядов из локализованной области одного полушария. Это могут быть расстройства без сознания (простые) или с нарушением сознания (сложные).

### **Простые парциальные припадки**

В предыдущих классификациях понятие «аура» использовалось для обозначения предвестников вторично-генерализованного судорожного припадка. Характер ауры - позволяет определить первичный эпилептический очаг.

При моторной ауре (когда больной начинает бегать), или ротаторной ауре (вращается вокруг своей оси) - эпилептический очаг располагается в передней центральной извилине.

При зрительной ауре — («искры, вспышки, звездочки в глазах») — эпилептический очаг локализуется в первичном корковом центре зрения затылочной доли.

При слуховой ауре (шум, звон в ушах) - очаг располагается в первичном центре слуха (извилине Гешла) в задних отделах височной извилины.

При обонятельной ауре (ощущении неприятного запаха) - очаг эпилептической активности располагается в передне-верхнем отделе гиппокампа.

«Аура» может быть простым парциальным припадком без потери сознания («изолированная аура») или стадией вторично-генерализованного судорожного припадка.

При этом обычно амнезии «ауры» не бывает. Продолжительность ауры составляет несколько секунд, поэтому больной не успевает принять меры предосторожности, чтобы защитить себя от ушибов при падении.

Простые парциальные моторные припадки (джексоновские) были описаны Джексонем в 1869 году.

Он установил их связь с очаговым поражением передней центральной извилины (обычно начинается с подергивания угла рта, затем других мышц лица, языка, а затем «марш» переходит на руки, туловище, ноги ту же сторону). Это марш Джексона.

Простые парциальные вегетативно-висцеральные пароксизмы. Эти припадки возникают как изолированные пароксизмы, но могут перерасти в сложные парциальные припадки (могут быть аурой вторично-генерализованных припадков). Есть 3 варианта:

А) висцеральные спазмы - неприятные ощущения в эпигастральной области (эпигастральная аура), пароксизмальные сексуальные явления в виде непреодолимого полового влечения, эрекции, оргазма ("оргазмические пароксизмы").

Б) Вегетативные судороги. Для них характерны выраженные вазомоторные явления. Отмечается, например, гиперемия лица, субфебрильная температура тела с ознобом, жажда, полиурия, тахикардия, потливость.

В) «Психические припадки» включают разнообразные психопатологические явления, возникающие у больных эпилепсией как в виде изолированных припадков, так и в виде вторично-генерализованных судорожных припадков. В эту группу входят:

### *Дисмнестические припадки.*

К ним относятся пароксизмы «уже увиденного», «уже услышанного», «уже пережитого».

### *Идеаторные припадки.*

Больной как бы «застревает» на одной мысли, от которой он не в состоянии избавиться, например, о смерти, вечности или о том, о чем он читал. Больные описывают его как: «чужая мысль», «остановка мысли», «задержка речи», «отрыв мышления от речи», «ощущение пустоты в голове», «ускорение мыслей». Иногда это напоминает «шперрунг» при шизофрении, что требует дифференциальной диагностики, т. е. все эти расстройства близки к шизофреническим («шперрунг», «ментизм») и требуют дифференциальной диагностики с шизофренией.

*Локализация эпилептического очага у больных с идеаторными припадками соответствует глубоким отделам лобных или височных долей.*

### *Эмоционально-аффективные припадки.*

А). При этом у больных развивается немотивированный пароксизмальный страх с идеями самообвинения, предчувствиями смерти, «конца света», напоминающий психовегетативные кризы с преобладанием тревожных расстройств («панические атаки»), что вызывает у больных убежать или спрятаться.

Б). Значительно реже можно наблюдать приступы с положительными эмоциями («счастье», «восторг»), с яркостью, объемом, рельефностью восприятия окружающего), а также с переживаниями, близкими к оргазму.

### *Иллюзорные припадки.*

Феноменологически эта группа припадков относится не к иллюзиям, а к психосенсорным расстройствам. Среди них выделяют следующие виды нарушений психосенсорного синтеза:

1. Приступы метаморфозии: для них характерны внезапные переживания того, что окружающие предметы начинают менять свою форму, вытягиваться, скручиваться, менять свое местоположение, находятся в постоянном движении, кажется, что все вокруг них крутится, шкаф, потолок падает, помещение сужается, возникает ощущение, что окружающее пространство уплывает, предметы поднимаются вверх, перемещаются, приближаются к больному или удаляются. Эпилептический очаг у больных с метаморфозом чаще локализуется в области перехода височно-теменно-затылочных долей.

2. Приступы нарушений схемы тела (сомато-психическая деперсонализация), при которых у больных возникают ощущения увеличения частей тела, ощущения вращения тела вокруг своей оси, при этом возникают удлинение, укорочение, искривление конечностей.

3. Пароксизмы аутопсихической деперсонализации характеризуются переживаниями нереальности собственного Я, ощущением препятствия, оболочки между собой и окружающим миром. Их собственные лица кажутся

чужими, мертвыми, далекими. В ряде случаев отчуждение восприятия собственной личности может достигать выраженности синдрома аутометаморфоза с опытом перевоплощения в другого человека.

Эпилептический очаг в этой группе больных чаще локализуется в правой теменно-височной доле.

4. Пароксизмы дереализации. Они характеризуются:

ощущение нереальности, неестественности, изменчивости, необычности окружающего мира;

объекты кажутся плоскими;

цвета тусклые, характерна бледность окружающего мира;

изменение восприятия цвета окружающей среды;

серость, тусклость окружающего, пустота внешнего мира;

переживания «нематериальности» окружающего, невозможность прикоснуться к окружающему миру как к реальности.

Эпилептический очаг у этих больных обычно располагается в задних отделах верхней височной извилины.

Таким образом, для всей группы простых парциальных припадков с нарушением психических функций характерно состояние измененного сознания, известное как «особые состояния сознания».

### **Сложные парциальные припадки**

Чаще всего возникают сложные парциальные припадки с автоматизмом, которые ранее назывались «психомоторными припадками», являющиеся вариантами сумеречной спутанности.

Их основным клиническим проявлением является непроизвольная двигательная активность больного с выполнением действий различной сложности на фоне сумеречного помрачения сознания. Продолжительность приступов составляет несколько минут. Обычно от 3 до 5 минут. Приступы заканчиваются полной амнезией.

По характеру доминантного автоматизма различают следующие разновидности (D. Daly, 1982):

1. приступы орального автоматизма (ороалиментарные припадки) - проявляются в виде глотательных, жевательных, сосательных, лизательных, высывания языка и других оперкулярных симптомов.

2. автоматизм жестов – характеризуется потиранием рук, расстегиванием и застегиванием одежды, сортировкой вещей в сумочке, перестановкой предметов мебели.

2. речевой автоматизм – произношение бессмысленных слов, словосочетаний (связанных или бессвязных).

3. половой автоматизм - проявляется онанизмом, развратом, эксгибиционизмом (встречается чаще у мужчин).



4. амбулаторный автоматизм – характеризуется движением больных в состоянии сумеречной растерянности (им свойственно куда-то бежать, отталкивать других, сбивать предметы на пути).

5. сомнамбулизм - (другое название лунатизм) - во время дневного или ночного сна больные совершают автоматизированные, иногда опасные для жизни действия.

## **II. Генерализованные припадки**

### **Абсансы**

Относится к первично-генерализованным бессудорожным припадкам. При типичных абсансах на ЭЭГ регистрируется билатерально-синхронная симметричная эпилептическая активность, характерная для этого типа припадков в виде пиковой волны с частотой 3 колебания в секунду в стволовых отделах головного мозга.

Старое название — «малый эпилептический припадок» («petit mal» Эскироля, 1815).

Типичные (или простые) абсансы — это кратковременные отключения сознания. При этом больной «замирает», прерывая предшествующие действия (речь, чтение, письмо, движение, прием пищи). Взгляд направлен в одну точку, контакт прекращается, взгляд отсутствует, лицо бледнеет. Отсутствия резко прекращаются. Приступы амнестические.

Осложненные абсансы могут сопровождаться легким клоническим компонентом — подергиванием век, глазных яблок, мимических мышц.

При абсансах с атоническим компонентом предметы обычно выпадают из рук, и человек может упасть.

Абсансы с тоническим компонентом могут быть:

- пропульсивные («кивки», напоминающие приветственные движения на Востоке);
- импульсивные (внезапное вздрагивание);
- ретропульсивные (с запрокинутой назад головой и туловищем).

Абсансы с автоматизмами. Они сопровождаются автоматизированными действиями (причмокивание, глотание, кряхтение, изменение интонации голоса, ощупывание одежды, «вращение» предметов в руках). Отличие от сложных парциальных припадков с автоматизмами: небольшая продолжительность абсансов (до 15 секунд) и характерные изменения на ЭЭГ.

### **Тонико-клонические судороги**

Одно из мест в современной классификации эпилептических припадков занимает генерализованный тонико-клонический припадок — наиболее частый, известный, распространенный тип эпилептических припадков (старое название — большой судорожный припадок, grand mal, генерализованный судорожный припадок). захват).

*Стадии тонико-клонического приступа:*

а). Эпилептические продромальные явления. За несколько часов или дней до начала тонико-клонического приступа у некоторых больных появляются предвестники. Больные становятся угрюмыми, замкнутыми, раздражительными.

б). Первым проявлением тонико-клонического приступа является «аура». Тонико-клонический припадок, развивающийся после ауры, называется «сложный парциальный припадок», старое название — «вторично-генерализованный припадок».

При первично-генерализованных судорожных припадках аура отсутствует, приступ начинается внезапно.

в). Затем наступает тоническая фаза (длительность 20-30 секунд) с прикусом языка, мочеиспусканием, одышкой (так как тонические спазмы распространяются на диафрагму).

г). клоническая фаза – наблюдаются короткие сокращения мышц-сгибателей с резким цианозом, пенистые выделения изо рта. Продолжительность клонической фазы 1,5-2 минуты.

д). Затем следует сон, который длится от нескольких минут до 2-3 часов.

е). У некоторых больных сон может быть кратковременным или отсутствовать вовсе, но в этом случае у больных развивается постприступное сумеречное расстройство сознания. В этот период они совершают простые стереотипные движения (больные одеваются, собирают вещи, стремятся куда-то пойти) или неадекватные действия с гневом, раздражительностью, агрессией по отношению к окружающим.

В отличие от эпилептических тонико-клонических припадков, которые обычно возникают спонтанно, для **истерических припадков** необходимы два основных условия – конфликтная ситуация и доступность зрителей. Продолжительность истерических припадков значительно превышает продолжительность эпилептических припадков. Продолжительность истерических приступов — от 30 минут до нескольких часов и даже дней. При истерических припадках отсутствуют телесные повреждения, гематомы, ожоги. Судорожные проявления вычурны и разнообразны, отсутствует стереотипность (идентичность), как при эпилепсии. Отсутствует непроизвольный энурез, послеприпадочный сон, отсутствуют характерные для эпилепсии изменения ЭЭГ, а главное, полностью или частично сохраняется сознание в момент истерического припадка. Откуда мы знаем, что сознание сохраняется? Это подтверждается нормальной реакцией зрачков на свет, реакцией на боль, наличием корнеального рефлекса и отсутствием патологических рефлексов.

### ***Ситуационные пароксизмы***

Существует множество различных опасностей, приводящих к эпилептическим припадкам, появление которых НЕ влечет за собой постановки диагноза «эпилепсия». Это включает:

алкогольное и наркотическое опьянение; отравление барбитуратами, психотропными препаратами; острый период черепно-мозговых травм; острые токсические энцефалопатии, особенно вызванные действием так называемые «судорожные» яды-стрихнин, коразол, а также возбудители столбняка,

бешенства, пенициллин, фуросемид и др., почечная и печеночная недостаточность; состояния гипергликемии, гипогликемии, гипо- и гиперкальциемии, гиперкалиемии, гипонатриемии различной этиологии; тяжелые повреждения головного мозга, вызванные прекоматозными или коматозными состояниями; тяжелые степени перегревания и переохлаждения; воздействие ионизирующего излучения, электротравмы различной степени тяжести.

Особое место среди ситуационных припадков занимают «фебрильные припадки». Это генерализованные тонико-клонические или тонические судороги, возникающие у детей от 3 месяцев жизни до 5 лет на фоне лихорадки.

Их характеристика: отдельные эпизоды, кратковременность (не более 15 минут), генерализованные тонико-клонические пароксизмы (потеря сознания, растяжение и напряжение конечностей, их симметричные подергивания).

### ***Эпилептический статус***

Эпилептический статус (ЭС) является неотложным состоянием. Это наиболее опасное осложнение эпилепсии и представляет прямую угрозу жизни больного.

При ЭС каждый последующий припадок начинается до того, как пациент полностью оправился от предыдущего.

Клинические проявления СЭ зависят от типа припадков.

1. ЭС тонико-клонических пароксизмов, 2. бессудорожных (абсансный статус) и 3. парциальных припадков.

У 80% больных ЭС проявляется в виде рецидивирующих тонико-клонических судорог.

Основные причины ЭС:

нарушение режима (депривация сна, алкоголизм); слишком быстрая отмена противосудорожных препаратов; соматические и инфекционные заболевания; лечение эпилепсии у магов, экстрасенсов и колдунов.

Наиболее частыми причинами начального ЭС являются текущие заболевания головного мозга (острые нарушения кровообращения, менингиты, энцефалиты, черепно-мозговая травма), нарушения обмена веществ.

Ятрогенный фактор – вследствие передозировки лекарственных средств, чаще всего антидепрессантов и нейролептиков, либо вследствие внезапной отмены транквилизаторов у больных, длительно их принимающих.

ЭС является неотложным состоянием, требующим неотложных адекватных действий. Основным средством купирования ЭС является диазепам (седуксен, реланиум), который следует вводить медленно внутривенно струйно, до 100 мг в 500 мл 5% раствора глюкозы. При неэффективности проводят анестезию, при отсутствии эффекта используют сверхдлительную комбинированную анестезию с применением миорелаксантов и искусственной вентиляции легких.

Необходимо обеспечить проходимость верхних дыхательных путей (желательно обеспечить ингаляцию смесью с повышенным содержанием кислорода).

Гепарин и дексаметазон вводят, если мы связываем эпилептический статус с опухолью головного мозга.

Для снятия отека мозга применяют внутривенно фуросемид по 2-4 мл, маннитол (30 г) с мочевиной (30 г). Целесообразно проводить

противосудорожную терапию парентеральными препаратами (фенобарбитал 20 мг на 1 кг массы тела). При отсутствии эффекта от вышеперечисленных мероприятий проводят спинномозговую пункцию с удалением ликвора (20-30 мл) с целью снижения внутричерепного давления и борьбы с отеком мозга.

## ***Психические расстройства при эпилепсии***

2 принципа классификации:

А. Относительно эпилептического припадка:

1. психические расстройства в продромальном периоде (психическое расстройство перед припадком)/ (у 10% больных по Janz, 1969); Например, предприступная дисфория.

2. психические расстройства как компонент припадка; Например, психические ауры (как эквивалент эпилептического приступа).

3. постприступное психическое расстройство; Например, состояние оглушения.

4. психические расстройства в межприступном периоде.

В. Относительно стойкости психических расстройств:

I = пароксизмальные симптомы (а. простые парциальные нарушения чувствительности с нарушением психических функций, б. транзиторные явления, транзиторные = основная группа психических расстройств).

II = и постоянные (хронические): а. Изменения личности при эпилепсии; б. эпилептическая деменция.

I. Пароксизмальные симптомы психических расстройств включают (в структуре приступа):

а). Простая парциальная сенсорная и психическая аура. Продолжительность психических припадков составляет от 1-2 секунд до 10 минут. Они могут проявляться в виде зрительной ауры – («искры, вспышки, звездочки в глазах»), в виде слуховой ауры (шум, треск, звон в ушах), обонятельной ауры (ощущение неприятного запаха),

Парциальные припадки с нарушением психических функций («психический эквивалент припадков»): Дисмнестические припадки («уже виденное», «уже услышанное», «уже испытанное», идеаторные припадки («чужая мысль», «двоение мысли», «остановка мысли», «остановка речи», «речевой паралич», переживание переживания «отщепления мышления от речи», «ощущение опустошенности» в голове), эмоционально-аффективные припадки = «панические атаки»), приступы с положительными эмоциями («счастье», «восторг», «блаженство»), иллюзорные припадки: приступы метаморфозии (окружающий мир меняется), приступы нарушения схемы тела; пароксизмы аутопсихической деперсонализации, которые характеризуются переживаниями нереальности самого себя, пароксизмами дереализации.

б). Преходящие (транзиторные) психические расстройства являются более длительными расстройствами, чем судороги (от **нескольких часов до суток**). К ним относятся следующие психопатологические расстройства:

1. Эпилептические расстройства настроения (вариант преходящих психических расстройств)

Дисфория с аффектом меланхолии, гнева, необоснованного страха.

2. Сумеречное помрачение сознания (вариант преходящих психических расстройств)

Его характеризуют следующие критерии: , сформулированные К.Ясперсом в 1911 г.:

- отстраненность от внешнего мира;
- дезориентация во времени, месте и среде;
- непоследовательность, фрагментарность мышления;
- амнезия после завершения состояния помрачения сознания.

Обычно при помрачении сознания возникает аффект страха, тоски, гнева, ярости («напряженность аффекта»); дезориентация, занятость внутри собственной личности, яркие галлюцинаторные образы и острый чувственный бред; критическая концовка; терминальный сон; полная или частичная амнезия произошедшего.

3. Эпилептические психозы (вариант преходящих психических расстройств)

А). Острые эпилептические психозы со спутанностью сознания включают:

- пролонгированные сумеречные состояния сознания;
- эпилептический онейроид (дезориентация в пространстве, времени, себе).

Б) Острые эпилептические психозы без помрачения сознания:

- острый паранид.
- острый аффективный психоз (дисфорические психозы)

С). Хронический эпилептический психоз

- параноидный психоз; сопровождаются бредом бытового содержания с разнообразными сюжетами (бред отношений, отравления, повреждения, ипохондрический бред, бред религиозного содержания и др.). При эпилепсия, присутствует тревожно-сердитый или восторженно-восторженный оттенок аффекта, что сопровождает параноидальное состояние;

- галлюцинаторно-параноидные – для них характерны различные черты – синдрома Кандинского-Клерамбо, психического автоматизма. Для них характерны фрагментарные, рудиментарные синдромы,

- парафренические нарушения - это галлюцинаторные парафреники.

- кататонические психозы - клинической картине преобладает ступор с негативизмом, мутизмом, импульсивным возбуждением, дурашливое поведение с гримасничаньем, стереотипиями и эхоталией.

## **II. Постоянные (перманентные) психические расстройства при эпилепсии**

Эпилептические изменения личности

Эпилептическая деменция

### ***1. Эпилептические изменения личности***

А). расстройство мышления: проявляется как застреваемость (вязкость, инертность, патологическая обстоятельность).

Б). Эмоциональная сфера, как и мышление, характеризуется повышенной вязкостью ("аффектная вязкость"). Отмечается повышенная раздражительность, мстительность, придирчивость, «взрывчивость», склонность к ссорам, вспышкам гнева, ярости (взрывчатости), вплоть до агрессии.

С другой стороны, типичные эмоциональные черты больных эпилепсией включают преувеличенную вежливость, лесть и подобострастие.

С). Главными характерными чертами больных эпилепсией являются: подчеркнутая, часто с карикатурной педантичностью, скрупулезная любовь к порядку в доме, а также в выполнении врачебных назначений,

гиперсоциальность – в форме чрезвычайного усердия, тщательности, добросовестности;

инфантилизм, выражающийся в незрелости суждений;

крайняя тяга к правде и справедливости;

склонность к банальным и назидательным учениям;

особое сверхценное отношение к родным и близким, о которых говорят пациенты с акцентом на их положительные качества;

чрезмерная привязанность, "липкость" к людям, ситуациям, предметам, животным

"эпилептический оптимизм»

крайний эгоцентризм

Эпилепсия характеризуется замедлением всех психических процессов. Есть склонность к застреванию и эгоцентризму. Все это затрудняет усвоение нового опыта, ухудшается способность к запоминанию, происходит прогрессирующее ослабление познавательных способностей. Мы также говорим о специфической эпилептической деменции. Характеризуется ригидностью психических процессов, вялостью, пассивностью, равнодушием к окружающему. При этом снижается память, обедняется словарный запас.

### ***Лечение эпилепсии***

Стратегия лечения эпилепсии

1. Диагностика эпилепсии (с обязательным использованием, кроме клинического исследования, результатов электроэнцефалограммы и магнитно-резонансной томографии).

2. Выбор препарата в зависимости от формы эпилепсии и типа припадков.

3. Начинать лечение препаратом, имеющим самый широкий терапевтический диапазон и наименьшую вероятность осложнений.

4. Дозировка препарата не должна быть ниже рекомендованного терапевтического значения из расчета мг/кг массы тела в сутки или мг/сутки для данного возраста.

5. Начать с монотерапии, постепенно увеличивая дозу до эффективной. Доводить дозировку можно до максимально допустимой дозы, а при отсутствии положительного эффекта — переход на противоэпилептический препарат второго выбора, желательно последнего поколения (альтернативная монотерапия).

6. При отсутствии эффекта от альтернативной монотерапии — использовать рациональную политерапию (сочетание двух, в крайнем случае трех АЭП) с обязательным включением АЭП последнего поколения.

7. Регулярное использование противоэпилептических препаратов.

8. Продолжительность приема АЭП зависит от формы эпилепсии и эффективности лечения.

9. Хирургическое лечение эпилепсии.

Выбор противоэпилептического препарата (АЭП) зависит от типа эпилептического припадка (в порядке убывания).

Лечение парциальных припадков (простых, сенсорных, с нарушением психических функций, сложных, с вторичной генерализацией): Карбамазепин, окскарбазепин, топирамат, леветирацетам, вальпроаты, ламотриджин.

Генерализованные абсансы (типичные, атипичные) лечат: вальпроатами, ламотриджином, топираматом, этосуксимидом.

Тонико-клонические, тонические, клонические приступы: вальпроаты, карбамазепин, топирамат, ламотриджин, окскарбазепин, леветирацетам.

Миоклонические приступы: вальпроаты. Леветирацетам. Топирамат. клоназепам

Если присутствуют тонические признаки: вальпроаты. Топирамат, ламотриджин. Клоназепам.

Применение при вегето-висцеральных приступах: Клоназепам. Карбамазепин, вальпроаты, топирамат.

## Психогенные психические расстройства

В их основе лежат психические травмы (психогенные расстройства).

### *Понятие стресса и дистресса*

Основоположником теории стресса является Ганс Селье, который определил его как «...неспецифическую реакцию организма на любое требование, предъявляемое к нему. ...Все воздействующие на нас агенты вызывают... неспецифическую потребность выполнять приспособительные функции и тем самым восстанавливать нормальное состояние. Эти функции не зависят от специфичности воздействий».

В настоящее время стресс рассматривается как неспецифическая реакция организма, формирующаяся под влиянием различных «опасных» (избыточно интенсивных, биологически значимых) факторов и проявляющаяся в фазовых изменениях функционирования защитно-приспособительных систем организма. .

Стресс – это неспецифическая реакция организма на нестандартные биологически значимые факторы внешней или внутренней среды, которые, воздействуя на организм, выводят его из состояния относительного покоя, но системы адаптации способны возвращать тело к состоянию равновесия, однако, на новом уровне адаптации.

Автор концепции стресса Г. Селье (1982) также называл совокупность адаптационных изменений, возникающих в экстремальных условиях, общим адаптационным синдромом. Очевидно, что стрессы различного генеза могут вызывать не только адаптационные, но и выраженные патологические изменения в организме (как в физической, так и в психической сфере). В этом случае речь уже идет о дистрессе.

Дистресс – это неспецифическая реакция организма на «опасные», чрезвычайно интенсивные факторы внешней среды, выводящие системы организма за пределы возможностей адаптации. Дистрессогенные факторы уже могут вызывать проблемы со здоровьем при однократном или многократном воздействии с определенной долей вероятности.

Будет ли тот или иной фактор стрессовым или тревожным для данного человека, зависит в первую очередь от личных психических и физических особенностей человека. Конечно, для неуверенного в себе, тревожного, ипохондрического, астенического человека в этом мире гораздо больше дистрессогенных факторов, чем для человека напористого. Тем не менее, основным барьером на пути стресса (дистресса) являются особенности психики человека, особенности его личности.

### *Эволюционное и биологическое значение стресса*

Роль и значение стресса не однозначны. Оно может иметь как положительное, так и отрицательное значение, как для отдельного человека, так и для вида в целом. Стресс формируется в процессе эволюции как своеобразная, универсальная общебиологическая приспособительная реакция живых существ на воздействие опасных, нестандартных, угрожающих факторов. Эта реакция в конечном итоге способствовала выживанию вида, его трансформации и приспособлению к постоянно меняющимся факторам внешней среды. Стресс является первым этапом длительной адаптации организма, если стрессовый фактор действует длительное время в тренировочном режиме (Меерсон Ф.З., 1988). Длительное, особенно периодическое, прерывистое действие различных факторов (гипоксия, гипогликемия, физическое перенапряжение, переохлаждение и др., в том числе социально-психологические) может оказывать тренирующее действие. В результате возможности систем, участвующих в адаптации, возрастают, а устойчивость к этим стрессовым агентам развивается на принципиально новом уровне адаптации. Таким образом, экстренная адаптация сменяется долговременной адаптацией (Хитров Н.К., 1997).

Помимо отмеченной, принципиально положительной роли, стрессовые факторы, как в эволюционном, так и в индивидуальном аспектах, при определенных условиях (предельная интенсивность, продолжительность воздействия, особенности личности и вида в целом) могут вызывать развитие ряд нарушений в организме, как функциональных, так и органических, приводят либо к вымиранию целого вида, либо даже более крупной таксономической единицы.



### ***Причины стресса (дистресса)***

Стресс обычно подразделяют на:

- \* непсихогенный,
- \* психогенный (психоэмоциональный),
- \* смешанный.

Непсихогенный стресс (дистресс) формируется под влиянием различных физических, химических, биологических факторов и их сочетаний, а также при недостатке факторов, необходимых для адекватного жизнеобеспечения: кислорода, воды, пищи, витаминов и др.

Психогенный стресс возникает прежде всего под влиянием негативных социальных факторов, значение которых в современных условиях постоянно возрастает.

Причинами стресса могут быть как внешние (физические и психические), так и внутренние (психические и органические) факторы. Практически в каждом случае стрессового воздействия имеет место сочетание многих факторов: органических (физических), психических (психологических) и связанных с ними функциональных. Однако, как правило, в каждом конкретном случае имеет место доминирование какого-либо одного фактора.

Стресс возникает не только по психологическим и физическим причинам, но также может вызывать психические и органические последствия.

### ***Фазы развития дистресса***

#### **(основные положения)**

Реакция на тревогу. Это этап мобилизации защитных сил организма, активации системы адаптации. На этом этапе организм функционирует с большим напряжением и стремится поддерживать свой гомеостаз. Учащает сердцебиение, углубляет и учащает дыхание, улучшает кровоснабжение миокарда, головного мозга и скелетных мышц.

Фаза резистентности, стадия резистентности. Организм выходит на новый уровень функционирования всех систем. Параметры, которые не сбалансированы во время фазы тревоги, фиксируются на новом уровне. Когда воздействие стрессовых факторов прекращается, организм возвращается к исходному состоянию относительного покоя и гомеостаза. Однако при хроническом воздействии стрессовых факторов достаточной силы резервные возможности истощаются, нарушается адаптация, возникает расстройство.

Стадия истощения развитие нарушений: физических (органических, функциональных), психических.

### ***Биохимические и физиологические основы стресса***

#### **Реакция на тревогу**

Стресс – это защитная реакция организма, в основе которой лежит активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Отмечается усиление синтеза и выброса адренокортикотропного гормона (АКТГ) из передней доли гипофиза, стимуляция стероидной функции надпочечников и накопление в крови глюкокортикоидного гормона кортизола. Под влиянием тропных гормонов происходит усиление синтеза и выброса катехоламинов из мозгового вещества надпочечников; норадреналин высвобождается из окончаний симпатических нервов, что приводит к увеличению катехоламинов в крови.

При стрессе под влиянием вышеперечисленных медиаторов (гормонов) происходит перестройка обмена веществ и деятельности функциональных систем организма. Происходит стимуляция гликогенолиза (увеличивается распад гликогена в печени и мышцах и повышается концентрация глюкозы в крови), глюконеогенеза (увеличивается концентрация аминокислот и липидов в крови). Изменяется работа дыхательной системы (увеличивается частота и глубина дыхания), что начинает соответствовать повышенной потребности организма в кислороде. Происходит коренное изменение в функционировании системы кровообращения: перераспределение крови в пользу головного мозга, сердца и скелетных мышц. С другой стороны,

Условно все системы организма в зависимости от их принципиального активного участия в «реакции тревоги» можно разделить на:

- доминирующие системы,
- второстепенные системы и органы.

Доминирующими органами и системами организма являются те, которые принимают активное участие в обеспечении выживания организма в новых, «опасных» условиях. Для простоты доминирующими органами являются те, которые увеличивают кровоток при стрессе. Они, в свою очередь, также делятся на 2 группы:

- облигатно-доминантные системы,
- факультативные доминирующие системы.

Первые всегда будут доминирующими, активно заинтересованными в поддержании жизнедеятельности организма вне зависимости от особенностей стрессологии. К ним относятся: головной мозг (особенно дыхательный и сосудодвигательный центры), сердце (особенно миокард), мышцы, участвующие в акте дыхания, и сами легкие.

Последняя становится доминирующей только при особом стрессовом факторе. Например, репродуктивная система при сексуальном возбуждении (что безусловно является стрессом) будет включена в группу доминирующих систем органов.

Выделение этой группы (факультативно доминирующей) в определенном смысле ставит под сомнение принцип «неспецифичности» реакции организма на стрессогенные факторы.

#### **Стадия резистентности**

При благоприятных условиях (относительно небольшой длительности и интенсивности стрессового воздействия для данной особи) речь идет об успешной стрессовой адаптации. При этом, даже несмотря на продолжающееся воздействие стрессорного агента, исчезают нейроэндокринные нарушения, нормализуется обмен веществ и деятельность физиологических систем. Эта стадия характеризуется повышенной устойчивостью к экстремальным факторам.

**Динамика стресса** (дистресс) и его исходы во многом зависят от особенностей организма, его нервной, эндокринной систем, состояния иммунной, сердечно-сосудистой и других систем. Особое внимание следует обратить на психические особенности человека. Известно, что спортсмены обладают повышенной устойчивостью к физическим нагрузкам, альпинисты - к гипоксическим. Отдельную роль в формировании резистентности играет наличие резистентности к стрессовым факторам, относящимся к возрасту,

полу, конституциональным особенностям. Новорожденные легко переносят гипоксию, пожилые очень чувствительны к инфекционно-токсическим факторам. Женщины более устойчивы к кровопотере.

Согласно теории Розермана, в зависимости от особенностей реакции на стресс можно выделить следующие типы личности:

- Тип А (тип личности «А») характеризуется высоким уровнем значимости социального успеха, карьеры, материального благополучия, доминирования и конкурентоспособности в социальной иерархии. Для него характерен высокий уровень подверженности сердечно-сосудистым заболеваниям в результате воздействия социальных стрессовых факторов. Характеризуется низкой устойчивостью к стрессорам, особенно социальным.

- Тип «Б» характеризуется направленностью интересов личности на решение личных или семейных проблем. Акцент на деятельности таких лиц связан с гедонистическими установками. Устойчивость к стрессовым факторам (особенно социальным) у этого типа значительно выше.

#### ***Возможные последствия дистресса (психосоматические заболевания):***

- Функциональные расстройства пищеварительной системы: изжога, нарушения дефекации, тошнота, рвота.

- Расстройства пищевого поведения: нервная анорексия, нервная булимия, компульсивное переедание и др.

- Органические поражения органов пищеварения: язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, колиты, гастриты, холециститы и др.

- Поражение сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца.

- Неспецифический астенический синдром: бессонница, дневная сонливость, повышенная утомляемость, истощаемость, ослабление или потеря способности к длительной умственной и/или физической нагрузке. Эмоциональная лабильность, раздражительная слабость, гиперестезия. Головные боли, слабость, вялость, равнодушие.

- Аллергические явления: бронхиальная астма, сенная лихорадка, ревматоидный артрит (в патогенезе имеется аллергический компонент), сахарный диабет, аутоиммунный тиреоидит и др.

- Нарушения половой функции: эректильная дисфункция, раннее семяизвержение, фригидность, вагинизм. Некоторые нарушения менструальной функции.

- Онкологические заболевания.

- Экзогенные психозы, способствуют обострению эндогенных психозов.

- Психологические проблемы: ожидание неудачи, тревожность, нерешительность, заниженная самооценка, страх перед будущим, непоследовательность и др. Проблемы в семейной жизни и профессиональной деятельности.

- Наркомания, курение, алкоголизм.

### *Условия антистрессовой жизни по Дж. Р. Р. Толкину То Грэму*

- Работа не более 8 часов в день.
- Минимум 1,5 выходных в неделю.
- Выделите время для ежегодного отпуска, во время которого желательно сменить не только обстановку, но и круг общения. Выбросьте из головы все мысли о домашних и профессиональных обязанностях.
- Выделите хотя бы час на обед.
- Ешьте медленно.
- Будьте умеренны, в том числе в еде, сексе, работе и отдыхе.
- Выработайте привычку слушать медитативную, расслабляющую музыку.
- Полезны будут занятия йогой, медитацией, регулярный массаж, контрастный душ.
- Выработайте привычку ходить медленно.
- Если вы недовольны своей работой, подумайте о возможных альтернативах.
- Работайте системно. Начните новую задачу, выполнив предыдущую. Приступайте к новому делу с интересом, с уверенностью, что вы сможете его выполнить.
- Заполните свой досуг приятным, возможно, творческим занятием.
- Открыто показывайте свои чувства.
- Ставьте перед собой только решаемые задачи.
- Добившись успеха, радуйтесь и благодарите себя за эффективную работу.
- Исключите из своей жизни алкоголь, наркотики и курение.
- В сложных ситуациях ищите поддержки у настоящих друзей и близких.

Обратитесь к психотерапевту.

Американские ученые Холмс и Рэй разработали шкалу факторов дистресса по силе.

#### *Шкала дистрессогенных факторов*

*Фактор / Очки*

*Смерть брачного партнера (мужа, жены) / 100*

*Развод / 73*

*Семейный разлад, разлука / 65*

*Тюремный срок / 63*

*Смерть близкого человека / 63*

*Серьезная травма или болезнь / 53*

*Выйти замуж / 50*

*Потеря работы / 47*

*Примирение, перемены в семейной жизни / 45*

*Выход на пенсию / 45*

*Изменение состояния здоровья члена семьи / 44*

*Беременность / 40*

*Сексуальные проблемы / 39*

*Появление нового члена семьи / 39*

*Смена места работы / 39*

*Изменения в финансовом положении / 37.*

По сумме баллов, набранных человеком за 1 год, авторы говорят о риске развития дистрессовых расстройств. Так, если сумма баллов за год составляет 150 баллов, то вероятность развития дистрессогенного заболевания составляет примерно 50%, а при 300 баллах – до 90%.

### **конфликтология**

Предмет конфликтологии - это общие закономерности возникновения, развития и разрешения конфликтов.

Конфликтологию в основном интересуют два типа конфликтов: внутриличностные и социальные.

Основными видами конфликтов являются: межличностные, между малыми, средними и крупными социальными группами, межнациональные.

Копинг-поведение (совладающее поведение) – это поведение человека, направленное на приспособление к обстоятельствам, готовность личности решать жизненные проблемы. По А. Маслоу - это поведение, направленное на приспособление к обстоятельствам. Подразумевает хорошо сформированную способность использовать определенные средства для преодоления эмоционального напряжения.

#### **Стратегии копинг- поведения:**

1. стратегии когнитивной адаптации,
2. поведенческие стратегии адаптации
3. эмоционально-ориентированные стратегии.

*Поведенческая (когнитивно-поведенческая) стратегия совладания* связана с использованием мышления и направлена на изменение отношения к ситуации, например, ее отрицание, мысленное дистанцирование, изменение целей и ценностей, переход к юмору.

*Проблемно-ориентированное копинг –поведение* - более эффективен в контролируемых ситуациях, а эмоционально ориентированный копинг более эффективен в неконтролируемых ситуациях.

Варианты преодоления:

1. Адаптивный – решение проблем.
2. Относительно адаптивный – снятие ответственности.
3. Неадаптивный – смирение.

Для выявления индивидуальных стратегий совладающего поведения используется «Индикатор стратегий совладания со стрессом», разработанный Д. Амирханом.

Виды:

- разрешение проблемы.
- поиск социальной поддержки.
- избегание.

**Основная цель поведенческой психокоррекции** заключается в создании новых условий для обучения, т. е. в развитии нового адаптивного поведения или преодолении поведения, ставшего неадаптивным.

Методы поведенческой психокоррекции:

1) метод «негативного воздействия». Он основан на парадоксальном предположении, что от навязчивой негативной привычки можно избавиться, если осознанно повторять ее много раз;

2) методика «терапия навыков» направлена на развитие навыков саморегуляции и самоконтроля.

### **Основные цели когнитивной психокоррекции:**

исправление ошибочной обработки информации; помогая клиентам изменить убеждения, которые поддерживают неадекватное поведение и неадекватные эмоции.

Соматизация – один из механизмов психологической защиты человека. Концепция соматизации была предложена психоаналитиком Вильгельмом Стекелиным в 1943 году для конверсионных расстройств, т.е. истероформных соматических расстройств. Позже этот термин стал применяться для обозначения соматических заболеваний, в происхождении которых большая роль отводится психологическим факторам, такие расстройства называются психосоматическими болезнями.

Соматизация – это склонность к переживанию психологического стресса на физиологическом уровне.

Другое название этой формы защиты от регрессии — формирование телесных симптомов или «бегство в болезнь». Эта защита проявляется в повышенном внимании к собственному здоровью и самочувствию. Такие люди могут увлеченно рассказывать о своих болезнях, здоровый образ жизни, диеты т. д. В своих взглядах на эти вещи они непреклонны, могут спорить, настаивать на своем мнении, слишком чутко реагируют на чужие замечания и советы в этих областях.

Соматизация – это своеобразная трансформация отрицательных эмоций в телесные симптомы.

## ***Психосоматические расстройства***

Психосоматические расстройства – проявляются как соматические, но имеющие психогенное происхождение болезни и от функциональных нарушений. В эту группу входят гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, ревматоидный артрит, нейродермит, тиреотоксикоз, инфаркт миокарда, мигрень, нервная булимия, анорексия и другие патологии. Наиболее распространенными симптомами являются боль, нарушение цикла дыхания и сердцебиения, кожная сыпь. Специфическая диагностика включает беседу с психиатром, психологическое тестирование. Лечение включает психотерапию, медикаментозную коррекцию.

Психосоматические заболевания развиваются на основе физиологической предрасположенности – готовности органа или системы к функциональному расстройству. Внешней психогенной причиной являются деструктивные черты личности, отношения с другими людьми, психологические травмы – различные факторы, порождающие и поддерживающие негативные эмоции:

- Внутриличностный конфликт. Именно столкновение желаний и возможностей, обязанностей и потребностей способствует накоплению эмоционального напряжения. Часто конфликт остается неосознанным.

- Отрицательный опыт. Психосоматические проявления возникают в результате травмирующих детских переживаний. Необработанные ситуации из прошлого являются источником беспокойства.
- Вторичная выгода. Физиологические расстройства формируются, когда человек подсознательно нуждается в нахождении в «больном» положении. Заболевание обеспечивает повышенное внимание и заботу окружающих, позволяя не ходить в школу или на работу.
- Внушение. Психосоматическое расстройство может развиваться после внушения или самовнушения. Процесс разворачивается на подсознательном уровне, и информация о болезни воспринимается без критической оценки.
- Черты характера. Люди с инфантилизмом, замкнутостью, неуверенностью в себе, неустойчивой самооценкой, зависимостью от внешней оценки часто оказываются в ситуации, способствующей возникновению ПСР. В основе расстройств лежит преобладание негативных переживаний, аффективная напряженность, отсутствие навыка продуктивных межличностных отношений.
- Идентификация. Тесный эмоциональный контакт с больным человеком может вызвать ПСР. В основе развития симптомов лежит бессознательное копирование.
- Самонаказание. Психосоматические отклонения могут формироваться с чувством вины, стыда, ненависти к себе. Бессознательная аутоагрессия на уровне тела способствует снижению напряжения в эмоциональной сфере.

**Патогенез.** Общая схема развития психосоматических расстройств такова: при наличии физиологической предрасположенности к нарушению функции определенного органа (органа-мишени) внешний стрессорный фактор приводит к накоплению аффективного напряжения, активирующего вегетативную нервную систему и нейроэндокринную систему. сдвиги. Сначала искажается скорость и целенаправленность нейрогуморальной передачи, возникают расстройства кровоснабжения, затем нарушается работа органа. На ранних стадиях изменения происходят на функциональном уровне и носят обратимый характер. При длительном систематическом воздействии негативного причинного фактора они становятся органическими, происходит поражение тканей.

**Классификация.** Психосоматические расстройства можно разделить на несколько групп. В клинической практике наиболее распространена классификация, основанная на различии этиологического фактора, смыслового содержания ведущего симптома и функциональной структуры психосоматической связи. Согласно ему, существует три большие группы ПСР:

Конверсионные расстройства. Функциональные и структурные расстройства формируются на основе невротического конфликта, получающего вторичную соматическую переработку. Физическая болезнь служит инструментом решения социальных проблем. Характерно развитие нарушений по типу выпадения функций – параличей, слепоты, глухоты, рвоты.

□ Функциональные синдромы. Нарушения возникают на уровне функций, патофизиологических структурных изменений в органах нет. Клинические проявления мозаичны, в том числе сердечно-сосудистые, респираторные симптомы, нарушения со стороны пищеварительного тракта, опорно-двигательного аппарата, эндокринной системы.

Психосоматика. К этой группе относятся истинные психосоматические расстройства – заболевания, вызванные психогенными факторами. Традиционно к ним относят случаи бронхиальной астмы, язвенного колита, гипертонической болезни, нейродермита, ревматоидного артрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ишемической болезни сердца, тиреотоксикоза, ожирения и сахарного диабета 2 типа.

Симптомы психосоматических расстройств. Клиническая картина ПСР разнообразна. Больные жалуются на нарушения функций отдельных органов и систем или говорят о полисистемной симптоматике. Характерны боли различной локализации – грудная, головная, абдоминальная, суставная, мышечная. При инструментальных и лабораторных исследованиях причины болевого синдрома не выявляют. Некоторые пациенты после психотерапевтического анализа замечают, что симптомы возникают при эмоциональном напряжении, стрессе, после конфликтных ситуаций. Другими частыми жалобами являются сердцебиение, одышка, чувство тяжести в спине и конечностях, головокружение, приливы жара и холода, озноб, диарея, запор, изжога, снижение либидо, эректильная дисфункция, повышенная утомляемость, слабость, заложенность носа, кашель.

Конверсионные симптомы характеризуются потерей функции. Женщины более подвержены этому типу расстройства. Основные проявления — спазмы дыхания, параличи, потеря тактильной чувствительности, психогенная тупость, глухота, слепота. У детей и подростков формируются преневротические, вегетодистонические и соматические расстройства. Преневротические симптомы включают тики, ночной энурез, бессонницу, беспричинные крики и плач. Психосоматические вегетодистонические расстройства сопровождаются головокружением, обмороками, одышкой и сердцебиением. Дети с психосоматическими расстройствами часто испытывают жажду, тошноту и рвоту после еды, мучаются зудом, высыпаниями. Психосоматическое снижение иммунитета проявляется частыми респираторными инфекциями.

**Осложнения.** При отсутствии адекватной терапии психосоматические расстройства развиваются по своим соматическим аналогам. Функциональные отклонения трансформируются в стойкие структурные изменения (на тканевом, органном уровне). Нарушается нормальная жизнедеятельность больного, возникает постоянная потребность в применении симптоматических препаратов – обезболивающих, гипотензивных, бронхолитиков и других. Тяжелые заболевания ограничивают физическую и социальную активность больного, делая его зависимым от окружающих, нуждающимся в уходе, помощи в быту.

**Диагностика.** Диагностика ПСР является длительным и трудоемким процессом. В первую очередь больные обращаются к врачам-соматикам, проходят все возможные физикальные, инструментальные и лабораторные исследования, медикаментозное и другие методы лечения. На то, чтобы найти причину симптомов, уходит от нескольких месяцев до нескольких лет. Согласно последним исследованиям, около 30-50% случаев остаются недиагностированными, больные сохраняют удовлетворительное самочувствие, купируя симптомы медикаментозно. Остальные пациенты направляются соматическими врачами (терапевтами, кардиологами, неврологами) к психиатру. Специфическое обследование включает следующие методы:



□Беседа. Психиатр собирает анамнез, уточняет симптомы. Выясняет наличие травмоопасных ситуаций, стрессовых воздействий, внутриличностных и межличностных конфликтов. Характерные признаки невротического расстройства, высокая эмоциональная напряженность больного.

□ Анкетирование. Тесты на исследование эмоционально-личностной сферы подтверждают высокий уровень тревожности, невротизма. Часто выделяют ипохондрические, истероидные и психастенические черты личности. Используются адаптированная версия ММРІ, личностные опросники Айзенка и 16-факторный личностный опросник Кеттелла.

□Проективные методы. Рисуночные, цветовые тесты и тесты интерпретации ситуации выявляют сознательные и подсознательные переживания больного, которые составляют основу ПДО, и широко используются при обследовании детей. В комплекс приемов могут входить метод выбора цвета (модифицированный тест Люшера), метод незаконченных предложений, Тематический апперцептивный тест, рисунок человека, семьи.

**Лечение психосоматических расстройств.** Этиотропное лечение направлено на устранение причины ПСР – конфликта, стресса, пережитой травмы. В его основе лежат психотерапевтические методы, подбор которых осуществляется индивидуально и зависит от особенностей больного, навыков психолога. Симптоматическое лечение осуществляется медикаментозно. Программа общей терапии состоит из следующих компонентов:

□Психотерапевтическое купирование симптомов (до появления эффекта психотерапии). Может быть показано применение антидепрессантов, анксиолитиков, психостимуляторов, корректоров нарушений поведения, стресс-протекторов.

□Реабилитация. Его ближайшее окружение связано с процессом восстановления здоровья больного. Родители, супруги и дети получают психологическую консультацию, где обсуждаются механизмы заболевания и условия, способствующие выздоровлению. Усилия родственников должны быть направлены на поддержание продуктивных, эмоционально открытых отношений, разрешение конфликтов, помощь и психологическую поддержку больного.

#### Варианты психогенных расстройств (по профессору Реверчуку И.В.):

1. Реакции на сильный стресс (первые двое суток после психической травмы) и расстройства адаптации (возникают через месяц после психической травмы и сохраняются до 6 мес).

2. Посттравматическое стрессовое расстройство (кристаллизация, формирование этого расстройства происходит в течение 6 месяцев).

3. Неврозы (неврастения, обсессивно-компульсивное расстройство, истерические неврозы).

4. Реактивные психозы.

Психогенные расстройства характеризуются триадой К. Ясперса(1911):

1. Заболевание обусловлено психической травмой.
2. Переживания больного отражают психическую травму (фабула - тема переживания - связана с пережитой травмой).
3. Восстановление происходит после того, как психическая травма потеряла свою актуальность.

Реакция на сильный стресс:

- Симптомы появляются в течение 1 часа.
- Яркие эмоциональные проявления (гнев, страх, отчаяние).
- Острое состояние длится не более 2 дней.

Расстройство адаптации:

- Реакция на психосоциальный стрессор (увольнение, развод, смена места жительства...)
- Для формирования требуется около 1 месяца
- Возникает при тревоге, депрессии и дисфории.
- Длится не более 6 месяцев

Пост-травматическое стрессовое расстройство

- В анамнезе - катастрофические события
- Расстройство кристаллизовалось в течение 6 месяцев.
- Характерны воспоминания, кошмарные сны. Характерным признаком является «флешбэки» — воспоминание о пережитой катастрофе с фотографической точностью.
- Подозрительный, недоверчивый, ранимый

### ***Реактивные психозы***

Реактивные психозы делятся на 3 варианта:

- 1) Аффективно-шоковые реакции
- 2) Подострый реактивный психоз
- 3) Истерические психозы

Аффективно-шоковые реакции:

Развивается как реакция на стихийное бедствие (пожар, землетрясение, наводнение, война).

Теря 2 варианта, оба варианта развиваются со спутанностью сознания (поэтому и называется психозом):

1. **ГИПОКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА** (психогенный ступор) – после психотравмы в течение нескольких часов или дней отмечается онемение, мутизм, отказ от еды. Воспоминания о переживаниях во время психоза, как о периоде сна (сонном состоянии).
2. **ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА** - хаотическое ненаправленное возбуждение (убегание с невнятным криком). Воспоминаний нет.

**Подострый реактивный психоз:**

- 1) *Реактивная депрессия* - патологическая реакция горя, например.

- 2) *Реактивный паранойид* – бред преследования в ситуации неопределенной угрозы (лишение свободы, травля со стороны криминала и преступных групп, длительные проезды по железной дороге).

## ***Истерические психозы***

(по профессору Реверчуку И.В.)

### Бредовые фантазии

1. Они развиваются остро на фоне истерически суженного сознания.
2. Основное фоновое настроение – тревога.
3. У них есть непостоянные фантазии, которые не вписываются в определенную систему.

Псевдодеменция характеризуется:

- 1) Снижение настроения.
- 2) Непонимание простых вещей.
- 3) Ответы не в теме заданного вопроса (действия не соответствуют инструкции).
- 4) Демонстрация беспомощности и растерянности.

### Пуэрилизм

1. Это напоминает регрессию психики в младенчество.
2. Существует преувеличенное детское поведение, например:
  - сюсюканье.
  - Уменьшительно-ласкательные интонации.
  - Больной говорит о себе в третьем лице.
  - Взрослые едят сладости, пытаются играть в детские игры.
  - Они демонстрируют невежество и непонимание мира взрослых.

### Истерические сумерки

Расстройство возникает после психической травмы и продолжается несколько дней или недель, иногда несколько месяцев. Больному кажется, что он находится в галлюцинаторной, воображаемой, измененной обстановке и ситуации, не соответствующей (часто противоположной) по содержанию реальной ситуации. Таким образом, у пациента сохраняется субъективное ощущение, что в его жизни не произошло ничего плохого.

Имеются истерические изменения сознания = синдром Ганзера = проявляется спутанностью сознания, психомоторным возбуждением, утратой гигиенических навыков, отказом от еды, мочеиспусканием в палате.

Синдром регрессии психики, «одичания», характеризуется:

- 1) Истерическое сужение сознания.
- 2) Истерическая трансформация.
- 3) Подражание поведению «дикого» человека или животного.

Истерический ступор имеет следующие характеристики:

1. Выявляется типичная динамика (см. триаду Ясперса).
2. Мимические реакции сохранены.
3. Физическое состояние остается удовлетворительным.

Эндоформные реактивные психозы (похожие на шизофренический, эндогенный психоз). В острой травматической ситуации возникают стойкие бредовые идеи или галлюцинации.

- Железнодорожный параноид Жислина. Психическое расстройство с бредом преследования, возбуждением, развивается у акцентуированных личностей в путешествии, в дороге, когда человек мог находиться в течение нескольких дней или недель в незнакомой местности без сна, без поддержки родных или друзей.

- Реактивная депрессия. Депрессия, связанная со стрессом, может достичь невротического (астенического, ипохондрического, тревожного, дифорического) или психотического уровня (меланхолическая, тоскливая депрессия с фрагментарными представлениями об отношении). Основное их отличие от эндогенных депрессий — ТРИАДА ЯСПЕРСА (см. выше).

- Бредовые фантазии: это промежуточное состояние между истерическим и эндоформным реактивным состояниями. Истерические - похожи на театральность, а бредовые расстройства - на убежденность (высказывают фантастические бредовые идеи, строят космический корабль, путешествуют...).

#### **Терапия:**

Аффективно-шоковые реакции – инъекции нейролептиков с седативными свойствами (хлорпромазин) или транквилизаторов (диазепам).

Реактивная депрессия – антидепрессанты, затем психотерапия.

Реактивный параноид = низкие и средние дозы нейролептиков.

Истерические психозы - нейролептики, антидепрессанты (при депрессивной псевдодеменции).

#### **Экспертиза:**

Военно-медицинская экспертиза. Больные не годны к службе в армии на время болезни.

Судебно-медицинская экспертиза. Если правонарушение совершено в психозе, больные невменяемы. Если после правонарушения развился психоз, то проводится лечение, затем проводится суд (признаются вменяемыми).

## ***Неврозы***

Неврозы – это психогенные расстройства, причиной которых является внутриличностный конфликт.

Последствия психической травмы:

1. Эффект сенсбилизации психики к повторным психическим травмам.
2. Психические травмы взаимодействуют друг с другом, происходит суммирование эмоционального компонента. На уровне сознания это отражается как «полоса невезения».
3. При накоплении психических травм постепенно истощаются адаптационные резервы организма, истощаются защитные механизмы психики.
4. При быстром темпе развития ситуации защитные механизмы не успевают сработать, включиться.

В основе невроза лежит состояние хронической тревоги. Невроз — это реакция на хроническую неуверенность. Больной испытывает внутреннее возбуждение, напряжение, тревогу.

Модель «единого невроза» Ю. А. Александровский:

- 1) субдепрессивный тон настроения;
- 2) астенические симптомы;
- 3) соматовегетативные расстройства выражены и насыщены;
- 4) ярко выраженное ролевое и манипулятивное поведение (истерический компонент);
- 5) создание представления о болезни (сознание ориентируется на факт плохого самочувствия).

Нозологические варианты неврозов:

1. Неврастения
2. Истерический невроз (конверсионное расстройство).
3. Обсессивно-компульсивное расстройство.

Этапы развития невроза:

- 1) Невротическая реакция (длится до 2 месяцев).
- 2) Невротическое состояние (до 2 лет)
- 3) Формирование изменений личности (невротическое развитие личности).

**Неврастения.** На этот диагноз приходится до 60% всех диагностируемых неврозов.

Диагноз был описан Георгом Бирдом в 1865 году.

Другое название - астенический невроз.

Внутриличностный конфликт носит невротический характер.

Характеризуется длительной, длящейся месяцами, бессознательной борьбой между «хочу» (денег, власти, положения в обществе) и «могу» (добиться успеха только в том деле, которое мне нравится).

Динамика неврастении (это пример синдрома кинезиса-развития синдрома):

1. Гиперстеническая астения (беспокойство; суетливая деятельность; беспокойная астения).
2. Стадия раздражительной слабости.
3. Гипостеническая астения (импотенция, вялость, малоподвижность)

**Истерическое (диссоциативно-конверсионное) расстройство** (по профессору Реверчуку И.В.):

Описан Дж. М. Шарко в 1885 г.

Фрейд считал, что здесь тревога превращается в моторную, сенсорную и сомато-вегетативную модели физического дистресса.

Внутриличностный конфликт: длительная, длящаяся месяцами, неосознанная борьба между «Взять» (теплота, забота, внимание) и «отдать» (не считает себя обязанным отвечать тем же).

Двигательные нарушения при истерическом расстройстве:

- 1) припадок
- 2) Паралич
- 3) Парез
- 4) Нарушения походки
- 5) Астасия-Абасия
- 6) Письменный спазм
- 7) мутизм

Сенсорные нарушения

1. Анестезия
2. Истерическая слепота
3. Истерическая глухота

Соматовегетативные расстройства

- 1) Псевдо стенокардия
- 2) Псевдоастма
- 3) Ложная беременность
- 4) Истерическая кома
- 5) Рвота

**Учение об истерии:**

В Древнем Египте, многие женские болезни считались болезнями матки.

Диагноз истерия впервые появился в Древней Греции, их описал Гиппократ.

Платон описывает «безумие», в которое впадает матка женщины, когда она не может зачать ребенка. Разнообразие клинических проявлений истерии в те времена объяснялось блужданием матки по телу и в зависимости от того, к какому органу или месту в теле она присоединяется, то и проявляются патологические проявления со стороны этих органов.

Поэтому возможность истерии у мужчин долгое время не допускалась.

С 17 века - мужские истерики.

Диагноз «истерия» был чрезвычайно популярен в медицине конца XIX, начала XX века. На основе истерии HYPERLINK JM Charcot и З. Фрейдс делали ряд важных открытий в лечении психических расстройств.

В МКБ-9 истерия в том числе: истерический Астасия-абазия, диссоциативная реакция или состояние, компенсаторный невроз, "истерический синдром Ганзера, конверсионная истерия, конверсионная реакция, множественная личность.

В США насильственному «лечению» истерии подверглась треть женщин — к ним относились гистерэктомии (удаление матки до наступления менопаузы), тысячи женщин также подвергались превентивным операциям по удалению груди (мастэктомия).

В настоящее время истерия относится к диссоциативно-конверсионному расстройству.

**Паническое расстройство** (паническая атака + избегающее поведение) характеризуется:

1. состояния страха, паники (до ужаса)
2. Кардиалгия, сердцебиение, пульсация
3. Удушье, недостаточность дыхания
4. Головные боли, шум в голове
5. Лихорадка и/или озноб
6. Размытость, расплывчатость окружающего пространства
7. Дрожь, "тремор"
8. Обильное мочеиспускание после приступа

В структуре панической атаки необходимо различать психические и неврологические проявления. К психическим проявлениям относятся: приступ тревоги, страх (страх смерти, боязнь сойти с ума), стремление уйти в безопасное место. К неврологическим (сомато-неврологическим) проявлениям панической атаки относятся: кардиалгия, тахикардия, сердцебиение, удушье, головная боль, озноб, лихорадка и др.

- 3 вида кризов: 1. Симптоматико-адреналовый (повышается давление, тахикардия) 2. Ваго-инсулярный (могут возникнуть бледность, обмороки) 3. смешанный

Паническое расстройство может быть как агорафобическим, так и неагорафобическим.

**фобия**- это навязчивый страх. Она дифференцируется как:

**Агорафобия** – это боязнь выходить из дома, заходить в магазины, боязнь скопления людей и общественных мест, боязнь путешествовать самостоятельно на поезде, автобусе, самолете. Типично избегающее поведение.

**Агорафобия (МКБ-11)** характеризуется сильным и чрезмерным страхом, тревогой, которые возникают в ответ на многочисленные ситуации, в которых трудно быстро добраться до безопасного места или помощь может быть недоступна.

Это касается ситуаций нахождения в общественном транспорте, в толпе, нахождения вдали от дома. Человек постоянно беспокоится об этих ситуациях

из-за страха перед определенными негативными последствиями, такими как боязнь развития панической атаки. Формируется активно-избегающее поведение (этих «опасных» ситуаций избегают). Характеризуется социальной, семейной, трудовой дезадаптацией.

**Социофобия** - это боязнь пристального внимания со стороны других людей, боязнь оценочных ситуаций, что приводит к избеганию социальных ситуаций. Социальные фобии связаны с низкой самооценкой и боязнью критики. Характеризуется покраснением лица, дрожанием рук, тошнотой, позывами на мочеиспускание.

**Специфические (изолированные) фобии.** Это включает в себя фобии, которые ограничены очень конкретными ситуациями. Вне ситуации эти фобии абстрактны; если вы попадете в ситуацию, у вас может развиться паническая атака. Например, акрофобия (боязнь высоты), страх животных, клаустрофобия.

**Генерализованное тревожное расстройство.** Это состояние тревоги, которая является генерализованной и постоянной, но не ограничена какими-либо особыми обстоятельствами (т. е. флюктуирующая тревога или «свободно плавающая тревога»). Отмечается стойкое беспокойство, чувство страха, напряжение мышц, потливость, чувство утомляемости, дрожь, головокружение, чувство дискомфорта в эпигастральной области. Часто отмечается страх перед несчастным случаем или болезнью, что, по мнению пациента ожидает его или его близких в ближайшее время.

**Тревожное расстройство, связанное с разлукой (МКБ-11)** характеризуется выраженным и чрезмерным страхом или беспокойством по поводу разлуки с определенными фигурами привязанности. Симптомы разлуки могут включать мысли о том, что с объектом привязанности случится что-то плохое. Он характеризуется нежеланием идти в школу или на работу, повторяющимся дистрессом разлуки, нежеланием или отказом спать вдали от объекта привязанности и кошмарами разлуки.

## **Соматоформные расстройства**

**Соматизация** является одним из механизмов психологической защиты человека. Концепция соматизации была предложена психоаналитиком Вильгельм Штекель в 1943 году при конверсионных расстройствах, т.е. истероформасоматические расстройства.

Позднее этот термин использовался для обозначения к соматических заболеваний, в происхождении которых большая роль отводится психологическим факторам, такие расстройства называется - психосоматическими.

Соматизация – это склонность к переживанию психологического стресса на физиологическом уровне.

Другое название этой формы защиты от регрессии — формирование телесных симптомов или «бегство в болезнь». Эта защита проявляется в повышенном внимании к собственному здоровью и самочувствию. Такие люди



могут увлеченно рассказывать о своих болезнях, вести здоровый образ жизни, соблюдать диеты и т. д. В своих взглядах на эти вещи они непреклонны, могут спорить, настаивать на своем мнении, слишком чутко реагируют на чужие замечания и советы в этих областях.

Соматизация – это своеобразная трансформация отрицательных эмоций в телесные симптомы.

Основной особенностью является повторное проявление соматических симптомов одновременно с настойчивыми требованиями обследования, несмотря на неоднократные отрицательные результаты и заверения врачей, что симптомы не носят соматического характера.

Варианты:

**Соматизированное расстройство** – пациенты ищут соматические проявления своих физических симптомов.

**Ипохондрическое расстройство** – больные убеждены в наличии конкретного заболевания.

*Телесное дистресс-расстройство (МКБ-11)* характеризуется наличием телесных симптомов, причиняющих беспокойство человеку, и чрезмерным вниманием, направленным на симптомы, которые могут проявляться при повторном контакте с поставщиками медицинских услуг.

*Дисморфическое расстройство тела (МКБ-11)* характеризуется постоянной озабоченностью одним или несколькими предполагаемыми дефектами или изъянами во внешности, которые либо незаметны, либо лишь слегка заметны окружающим. Люди испытывают чрезмерную застенчивость, часто с идеями отношения (т. е. убежденность в том, что люди замечают, судят или говорят о предполагаемом дефекте или недостатке).

*Расстройство обоняния (МКБ-11)* характеризуется постоянной озабоченностью убеждением, что кто-то испускает воспринимаемый неприятный или неприятный запах тела или дыхания, который либо незаметен, либо лишь слегка заметен для других. Люди испытывают чрезмерную застенчивость по поводу воспринимаемого запаха.

*Повторяющиеся расстройства поведения, ориентированные на тело (МКБ-11)* характеризуются повторяющимися и привычными действиями, направленными на кожные покровы (например, выдергивание волос, щипание кожи, прикусывание губ).

*Ипохондрия (МКБ-11)* характеризуется постоянным беспокойством или страхом по поводу возможности наличия одного или нескольких серьезных, прогрессирующих или опасных для жизни заболеваний. Характерно мы видим: 1) нарушения поведения, связанные со здоровьем. Имеется в виду неоднократная проверка организма на наличие признаков болезни, поиск информации о болезни, постоянный поиск подтверждения болезни; или 2) несоответствующее поведение избегания, связанное со здоровьем. Пропуск и уклонение от визитов к врачу. Характеризуется дистрессом и дезадаптацией.

**Телесно сфокусированное повторяющееся расстройство поведения (МКБ-11):**

Нарушения характеризуются повторяющимися и привычными действиями, направленными на кожные покровы (например, выдергивание волос, щипание кожи, прикусывание губ), которые обычно сопровождаются безуспешными

попытками уменьшить или прекратить соответствующее поведение и приводят к дерматологическим последствиям. (например, выпадение волос, поражения кожи, ссадины на губах). Например, трихотилломания, эксфолиационное расстройство.

### **Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы**

Симптомы, возникающие у больного, аналогичны тем, которые возникают при поражении органа или системы органов, преимущественно или полностью иннервируемых и контролируемых вегетативной нервной системой, т. е. сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной и мочеполовой системами.

К первому типу симптомов относятся жалобы, основанные на объективных признаках вегетативного раздражения, таких как сердцебиение, потливость, покраснение, тремор, выражение страха и беспокойства по поводу возможных проблем со здоровьем.

Второй тип симптомов — это субъективные жалобы неспецифического или переменного характера, такие как преходящая боль во всем теле, ощущение жара, тяжести, усталости или вздутия живота, которые больной связывает с каким-либо органом или системой органов.

Поражение различных систем: дыхательной, сердечно-сосудистой, желудочно-кишечного тракта.

### **Стойкое соматоформное болевое расстройство**

- Основная жалоба - постоянная, острая, мучительная боль, которую нельзя полностью объяснить физиологическим расстройством или соматическим заболеванием и которая возникает в связи с эмоциональным конфликтом.

### **Синдром деперсонализации-дереализации**

Больной невольно жалуется, что его психическая деятельность, тело и окружающая среда качественно изменены настолько, что кажутся нереальными, отдаленными или автоматизированными.

**Расстройство деперсонализации-дереализации (МКБ-11)** характеризуется постоянным или повторяющимся переживанием деперсонализации, дереализации или того и другого. Деперсонализация характеризуется переживаниями себя как странного или нереального, или ощущение себя оторванным от своих мыслей, чувств, ощущений, тела или действий, или как если бы они были сторонним наблюдателем. Дереализация характеризуется измененным восприятием других людей, предметов или мира как странных или нереальных (например, сказочные, далекие, туманные, безжизненные, бесцветный, или визуально искажены) или возникает чувство оторванности от своего окружения.

### ***Обсессивно-компульсивное расстройство***

Обсессивно-компульсивное расстройство (ранее - невроз навязчивых состояний):

Описан в 1904 г. Пьером Жане (психастения).

Характеризуется появлением фобий, навязчивых идей и компульсий.

Внутриличностный конфликт - длительная неосознанная борьба между долгом (принципами, этикой) и желанием (личными привязанностями, инстинктами).

#### **Обсессивно-компульсивное расстройство.**

Патогенез: отмечается снижение активности серотонинергических структур головного мозга, повышение активности дофаминергических структур головного мозга.

**Навязчивые идеи:** мысли, идеи, воспоминания, действия (компульсии), которые повторяются неоднократно (снова и снова). Присутствует характер чуждости, сделанности. Воспринимается больным как болезненное. У человека появляется желание избавиться от них. Есть критика, есть компонент борьбы.

Навязчивые мысли — это идеи, образы или мотивы, которые снова и снова приходят в голову пациенту в стереотипной форме. Он считает эти мысли своими, даже если они непроизвольны и отвратительны.

Существенным признаком состояния является наличие повторяющихся навязчивых мыслей (обсессий) или вынужденных действий (компульсий).

Ритуалы имеют и более защитный механизм (обойдите вокруг фонтана 20 раз по дороге домой, тогда все будет хорошо; отойдите на 50 метров от дома – развернитесь – помашите рукой – тогда все будет хорошо).

Эти действия являются способом предотвратить возможность неприятного события. Есть компонент борьбы.

**Обсессивно-компульсивное расстройство (МКБ-11)** характеризуется наличием стойких навязчивых идей (обсессий) или действий (компульсий), а чаще всего и того, и другого. Характерны также ритуалы, играющие защитную роль. Навязчивые идеи – это повторяющиеся и постоянные мысли, образы или побуждения человека, влечения, побуждения, идеи, являющиеся собственными мыслями человека, возникающие вне его желания, нежелательны и обычно связаны с тревогой.

Человек пытается игнорировать или подавить (бороться, т. е. присутствует компонент борьбы) навязчивые идеи или нейтрализовать их, совершая навязчивые действия. Компульсии - это повторяющиеся действия, которые человек чувствует себя обязанным выполнять в ответ на навязчивую идею, чтобы достичь чувства «завершенности». Для диагностики обсессивно-компульсивного расстройства обсессии и компульсии должны занимать много времени (например, занимать более часа в день) или приводить к значительному дистрессу или дезадаптации в семье, работе, социальной жизни.

Навязчивые мысли, идеи - могут быть 1. аффективно нейтральными (например, навязчивый счет) или 2. аффективно заряженными (контрастные навязчивости, например, навязчивое желание взять нож и причинить вред близким, больной испытывает критику, ищет помощи, прячет ножи, даже убегает из дома, чтобы не совершить невозможное для него действие).

#### **Терапия невротических расстройств:**

Психотерапия (психодинамическая психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, межличностная терапия, аутогенный тренинг, суггестивная терапия).

Фармакотерапия: транквилизаторы, антидепрессанты (преимущественно селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), «малые» нейролептики, атипичные нейролептики.

### **Экспертиза**

Военно-медицинская – на момент болезни больной не годен к службе.

Судебно-медицинская экспертиза – больные признаны вменяемыми.

Труд – считается временной нетрудоспособностью.

## ***Транквилизаторы***

Ранее к транквилизаторам относились: 1. нейролептики (большие транквилизаторы) и 2. анксиолитики (малые транквилизаторы). В настоящее время термин «транквилизаторы» отождествляют с понятием «анксиолитики».

*Анксиолитики* – это препараты для снижения уровня тревожности и страха.

По химической структуре анксиолитики делят на: 1. Бензодиазепиновые анксиолитики (диазепам, феназепам, тофизолам, медазепам, оксазепам, алпразолам, клоназепам, нитразепам), 2. препараты других химических структур (гидроксизин, буспирон, прегабалин и др.).

Первым транквилизатором был фенобарбитал (химическая группа - барбитураты). Фенобарбитал (люминал) применяют с 1912 г., в частности, для лечения эпилепсии.

Анксиолитики с седативными свойствами: диазепам, феназепам, лоразепам, оксазепам, алпразолам, нитразепам, гидроксизин...). «Дневные» анксиолитики (без седативных свойств): тофизолам, медазепам.

Анксиолитики короткого действия ( $T_{1/2}$  от 2 до 10 ч): лоразепам, оксазепам, алпразолам.

Анксиолитики длительного действия ( $T_{1/2}$  более 12 ч): феназепам, диазепам, нитразепам.

Основные компоненты фармакологической активности анксиолитиков: собственно анксиолитическое, седативное, снотворное, вегетостабилизирующее, миорелаксантное и противосудорожное. Прием анксиолитиков может вызвать когнитивные нарушения.

Не рекомендуется применять бензодиазепиновые анксиолитики с седативными свойствами более 2-3 нед. Есть риск формирования зависимости.

## **Расстройства приема пищи или расстройства пищевого поведения**

В МКБ-11 выделяют следующие варианты расстройств приема пищи или расстройств пищевого поведения:

Нервная анорексия  
Булимия  
Компульсивное переедание  
Избегающе-ограничительное расстройство приема пищи  
Пика  
Расстройство руминации-регургитации  
Другие уточненные расстройства кормления или приема пищи

**Нервная анорексия** характеризуется значительно низкой для роста, возраста и стадии развития массой тела, не связанной с другим состоянием здоровья или недостатком питания.

Количественные критерии оценки: индекс массы тела (ИМТ) менее 18,5 кг/м<sup>2</sup> у взрослых и возрастной индекс массы тела ниже 5-го перцентиля у детей и подростков.

Низкая масса тела завышена для самооценки человека или ошибочно воспринимается как нормальная или даже избыточная (сверхценные представления).

Низкая масса тела сопровождается поведением, препятствующим восстановлению нормального веса. К ним относятся ограничение в еде, очистительное поведение (например, самоиндуцированная рвота, злоупотребление слабительными и мочегонными средствами) и поведение, снижающее аппетит. Также наблюдается увеличение расхода энергии (чрезмерная физическая нагрузка). Все это из-за страха набрать вес.

**Булимия** характеризуется частыми повторяющимися эпизодами переедания.

Переедание сопровождается компенсаторным поведением, направленным на предотвращение увеличения массы тела. Сюда относятся вызывание рвоты, злоупотребление слабительными средствами или клизмами, интенсивные физические нагрузки.

Человек озабочен фигурой или весом, что сильно влияет на самооценку. Характерны сильный дистресс, дезадаптация, чувство вины и самообвинения после очередного эпизода переедания.

**Компульсивное переедание** характеризуется частыми повторяющимися эпизодами переедания (например, один раз в неделю или чаще в течение нескольких месяцев). Вы должны понимать, что такое «компульсивное переедание». Это период времени, в течение которого происходит потеря контроля над едой (субъективная потеря контроля), человек ест значительно больше, чувствует себя не в состоянии прекратить прием пищи или ограничить калории. Переедание воспринимается как неприятное, неправильное поведение. Это часто сопровождается негативными эмоциями, чувством вины или ненавистью к себе.

Дифференциальная диагностика.

В отличие от нервной булимии, эпизоды переедания не всегда сопровождаются неадекватным компенсаторным поведением, направленным на предотвращение

увеличения веса. Не всегда человек вызывает рвоту, принимает слабительные, использует клизмы или физическую нагрузку.

**Избегающе-ограничительное расстройство приема пищи** характеризуется избеганием или ограничением приема пищи, что приводит к: 1) приему недостаточного количества или разнообразия пищи для удовлетворения адекватных потребностей в энергии или питательных веществах, что привело к значительной потере веса, клинически значимому дефициту питательных веществ, зависимости от пероральных пищевых добавок или зондового кормления, или иным образом негативно повлияло на физическое здоровье человека; или 2) значительные нарушения в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных областях функционирования (например, из-за избегания или дистресса, связанных с участием в социальном опыте, связанном с приемом пищи).

**Пика** – характеризуется регулярным потреблением непищевых веществ, таких как непищевые предметы и материалы (например, глина, почва, мел, гипс, пластик, металл и бумага) или сырые пищевые ингредиенты

**Расстройство руминации-регургитации** характеризуется преднамеренным и повторяющимся подтягиванием ранее проглоченной пищи обратно в рот (т. е. срыгивание), которая может быть повторно пережевана и повторно проглочена (т. е. пережевывание пищи) или может быть преднамеренно выплюнута (но не как при рвоте). Расстройство руминации-регургитации следует диагностировать только у лиц, достигших возраста развития не менее 2 лет.

Терапия нервной анорексии и булимии. Патогенетически обоснованное лечение включает психотерапию, милнаципран и флуоксетин (при булимии), сульпирид (при нервной анорексии).

## **Экзогенно-органические и симптоматические психические расстройства**

При этих расстройствах есть внешний патогенный фактор и органический субстрат болезни (его можно обнаружить параклиническими методами).

**Экзогенно-органические и симптоматические психические расстройства** - это психические расстройства, возникающие в результате и на фоне соматических, инфекционных и интоксикационных заболеваний. В частности, в результате органического поражения головного мозга (опухоли, инфаркты, протозойные заболевания головного мозга, аневризмы, последствия черепно-мозговых травм, энцефалиты), поражения головного мозга при

системных заболеваниях (артериальная гипертензия, атеросклероз, сахарный диабет и др.).

Должна быть хронологическая связь внешней вредности (травмы, инфекции, интоксикации) с психическим расстройством.

С именем Э. Крепелина связано представление о специфических симптомах психозов при каждом соматическом заболевании. К началу XX века сложилось мнение о строгой зависимости клинической картины психоза от вызвавшей его экзогенной вредности.

Со времен К. Бонхёффера (1908) представление о симптоматических психозах претерпело значительные изменения: представления о специфичности психического расстройства при каждом соматическом заболевании были заменены представлениями об общности психических реакций на различные экзогенные опасности.

**Бонхёффер** сформулировал понятие об экзогенном типе реакций, выделив 5 видов таких неспецифических реакций:

оглушение,

делирий,

аменицию,

сумеречную спутанность (эпилептиформное возбуждение) и

острый галлюциноз.

**К. Бонхёффер** неспецифический характер психических реакций на различные экзогенные вредности объяснял ограниченностью мозговых реакций и их опосредованностью внутренней средой организма (патогенные воздействия через так называемые промежуточные звенья — токсические продукты метаболизма, происходящие в организме) в организме в ответ на внешние повреждения.

Позже К. Бонхёффер (1917) расширил клиническую феноменологию экзогенных психических реакций, введя маниакальный, депрессивный, кататонический и параноидный синдромы, а также состояния эмоционально-гиперестетической слабости (астенический синдром) и амнестический (Корсаковский) синдром.

Особенно важно положение К. Бонхёффера о том, что особенности клинической картины экзогенных психозов определяются стадией основного заболевания:

в продромальном периоде преобладают явления астении;

на высоте гипертермии - развивается делирий или психомоторное возбуждение (чаще по эпилептиформному типу);

при снижении температуры тела — аменция;

в период реконвалесценции-астенический синдром.

Таким образом, психозы можно разделить на острые (подострые) и затяжные.

**Подострый симптоматический психоз.** Проявления: оглушение, делирий, аменция, сумерки, онейроид. Имеет типичный кратковременный продромальный период, а в дальнейшем проявляется астеническим синдромом, оглушением, сопором или комой. Отмечается умеренное изменение сознания с эпилептиформным возбуждением, больные мечутся, убегают, кричат. Делирий (чаще всего ночью). Аменция. Психоз может проявляться без спутанности сознания (острый словесный галлюциноз). На выходе из психоза - астения, эмоциональная лабильность.

**Затяжные симптоматические психозы** (до 2-3 месяцев): могут проявляться депрессивными состояниями, депрессивно-бредовыми (часто с нигилистическим бредом), галлюцинаторно-параноидными состояниями, маниакальными (маниформными) психозами, преходящим корсаковским синдромом, психоорганическим синдромом с его четырьмя состояниями в стадиях.

### ***Психические расстройства на фоне черепно-мозговой травмы***

Черепно-мозговая травма может быть легкой (сотрясение мозга), средней тяжести (ушиб), тяжелой (сильный ушиб, травма со сдавлением головного мозга).

По объему поражения головного мозга: при черепно-мозговой травме повреждение может быть локальное и диффузное.

**Сотрясение мозга** – это повреждение головного мозга в результате падения на какую-либо часть тела (сиденье, колени и т.п.) или в результате черепно-мозговой травмы. При этом в движение приходят кровеносные сосуды, ликвор и лимфа, повреждаются высшие вегетативные центры, повышается внутричерепное давление. На первый план выступают общемозговые неврологические симптомы (поражение ствола головного мозга): тошнота, рвота, головная боль, головокружение и др.

**Ушиб** – это локальное органическое поражение головного мозга и его оболочек в месте удара. При ушибе головного мозга также наблюдается сотрясение, но в клинической картине заболевания определяют местные (очаговые) симптомы поражения коры головного мозга. Симптомы: психопатологические расстройства + неврологические/офтальмологические признаки.



Нарушение сознания является основным признаком. Существует шкала Глазго для оценки степени нарушения сознания (открывание глаз, вербальный контакт, двигательные функции).

**Постконтузионный синдром:** отмечается астения, головные боли, головокружение, снижение памяти, трудности с концентрацией внимания, нарушения сна, повышенная утомляемость, изменения личности.

Общие закономерности, характерные для всех видов черепно-мозговой травмы:

- внезапность поражения.
- максимум патологических изменений сразу после травм.
- регрессия дальнейшего развития болезненных явлений (от выраженных до легких).

но в отдаленных стадиях может быть стационарное или прогрессирующее течение (появление новых симптомов вследствие гидроцефалии, арахноидита, поражения сосудов и др.).

Периоды травматической болезни (при черепно-мозговой травме):

Начальный острый период. Продолжительность - "минуты-дни". Состояние определяется отеком головного мозга. Характеризуется выключением сознания (по типу оглушения, сопора или комы). В дальнейшем (если нет летального исхода) происходит обратное развитие: коматозное состояние сменяется сопором, затем оглушением и в последнюю очередь появляется ориентация во времени.

Вторичный острый период. Продолжительность «дни - недели». Характеризуется синдромом мозговой адинамии, преобладают общемозговые симптомы (связанные с повышением внутричерепного давления): 1) диффузные головные боли, усиливающиеся под влиянием внешних раздражителей (шум, яркий свет, движения); 2) Головокружение, усиливающееся при движении, вестибулярные расстройства 4) Различные вегетативные расстройства 5) Выраженная астения, проявляющаяся сочетанием истощаемости и раздражительности.

Представлены мнестические расстройства, возможны острые психозы (см. ниже).

**Мнестические расстройства острого периода черепно-мозговой травмы:**

- ретроградная амнезия - в зависимости от тяжести травм может фиксировать только момент травмы, либо дни, недели, месяцы и даже годы до травмы;
- антероградная амнезия – обычно возникает в тяжелых случаях травмы и распространяется на короткие промежутки времени, непосредственно следующие за периодом отключения сознания;

- передне-ретроградный(комбинированная) амнезия;
- отсталая (отсроченная) амнезия;
- фиксационная амнезия.

### **Психозы острого периода черепно-мозговой травмы:**

Психозы развиваются в первые дни острого периода. Они отличаются относительной бедностью психопатологической симптоматики на фоне тяжелого соматического состояния (поэтому больные лечатся в условиях стационара), лечение в многопрофильной больнице, а не в психиатрических стационарах.

При ушибах психозы они возникают чаще, чем при сотрясениях, и клиника психозов чаще зависит от локализации поражения:

- затылочно-центральная зона головного мозга - зрительные галлюцинации,
- лобная доля – расторможенность, эйфория, тупость,
- височно-лимбические - слуховые галлюцинации, деперсонализация, "уже увиденные" явления,
- при поражении правого полушария - депрессия.

### Клинические проявления вторичного острого психоза черепно-мозговая травма:

1). Сумеречные помрачения сознания. Обычно они возникают после короткого периода прояснения сознания. Продолжительность - от нескольких часов до нескольких дней. После выхода из сумеречного состояния сознания наблюдается полная амнезия.

2) Делириозная спутанность. Развивается преимущественно у лиц, злоупотребляющих алкоголем, после исчезновения симптомов оглушения, на фоне астении. Продолжительность: от часов до 2-3 дней. Для него характерны яркие зрительные галлюцинации с аффектом страха, тревоги, на почве которых могут возникать вторичные бредовые идеи. Воспоминания о психотическом периоде обычно фрагментарны.

3). Онейроидная спутанность сознания. Это редкость. Возникает в первые дни острого периода и продолжается от часа до 5-6 дней. Характеризуется полной дезориентацией в окружающем с преобладанием эйфорического или экстатического бреда. Пациенты сообщают о содержании своих переживаний после того, как психоз прошел.

4). Амнестический (Корсаковский) синдром. Одна из самых тяжелых форм травматического психоза. Продолжительность: от суток до 1,5-2 месяцев (дольше для лиц, злоупотребляющих алкоголем). Психические расстройства при корсаковском синдроме травматической этиологии считаются обратимыми.

5). Аффективные психозы дифференцируют на: а). дисфорические состояния б). гипоманиакальные или же маниакальные состояния с эйфорическим настроением, маниакальные расстройства, конфабуляции экспансивного характера; в). субдепрессивные или депрессивные состояния, имеющие окраску тревогой, страхом, ипохондрическими переживаниями.

**Мория** (греч. moria - глупость) (Брунс Л., Ястrowsиц П., 1888). Это патологически приподнятое настроение в сочетании с двигательным возбуждением, невнимательностью, юродством, склонностью к грубым шуткам, каламбурам. Расторженность, также характерны вспыльчивость и склонность к аморальным поступкам. По П. Ястrowsицу — «слабоумие со своеобразным веселым возбуждением».

6). Галлюцинаторно-бредовые психозы (шизофреноформы). Они имеют следующие особенности: На фоне преобладающего аффекта тревоги и страха возможны острый чувственный бред, конфабуляции, словесные галлюцинации, единичные психические автоматизмы, импульсивные и агрессивные действия. Психоз обычно длится несколько дней и сменяется астенией.

**Пароксизмальные состояния острого периода черепно-мозговой травмы.** Развиваются чаще при ушибах, чем при сотрясениях (связаны с наличием патологического очага в коре головного мозга).

К ним относятся следующие виды эпилептических припадков:

а) простые парциальные двигательные функции (функции Джексона);

б). простые парциальные припадки с нарушением психических функций (приступы метаморфоза, расстройства «схемы тела», «уже увиденное», «уже услышанное», «уже пережитое», эмоционально-аффективные, идеаторные, галлюцинаторные припадки);

в). простые парциальные вторично-генерализованные тонико-клонические припадки, которые могут быть изолированными или серийными. Иногда развивается эпилептический статус.

**Поздний период травмы (реконвалесценции).** Длится неделями или месяцами (до 1 года). В этот период все явления острого периода постепенно сглаживаются, и значительное количество больных выздоравливает.

Клиническая картина этого периода характеризуется синдромом посттравматической церебрастении. Кроме того, как и в остром периоде, могут быть: аффективные психозы, бредовые (шизофренические) психозы, а также эпилептические припадки.

**Период отдаленных последствий** черепно-мозговой травмы (резидуальный, хронический период). Он может длиться долгие годы, а иногда и всю жизнь. Психические расстройства могут быть представлены: • Различные варианты психоорганического синдрома («травматическая энцефалопатия») • Травматические эндоформные психозы (сходные по

клинической картине с эндогенными) • Симптоматическая (посттравматическая) эпилепсия, ухудшение психического состояния в этот период провоцируется экзогенными вредностями (употребление алкоголя, резкие изменения погоды и атмосферного давления, переутомление, инфекционные заболевания, стрессы и др.).

### ***Органическое расстройство личности вследствие черепно-мозговой травмы***

Характеристики:

- снижение способности справляться с целенаправленной деятельностью, требующей напряжения, низкая толерантность к стрессам, экзогенным опасностям и др.

- изменения в эмоциональной сфере (в зависимости от формы психоорганического синдрома): лабильность аффекта, раздражительность, взрывчатость, эйфория, апатия

- нарушения в сфере влечений, асоциальное поведение; - подозрительность, склонность к формированию сверхценных идей, паранойя, вязкость, ригидность, замедление темпа мышления.

**Деменция из-за черепно-мозговой травмы.** Развивается у 5% выживших после черепно-мозговой травмы. Чаще при открытых черепно-мозговых травмах возникают тяжелые ушибы головного мозга с переломом основания черепа.

#### **Травматические эндоформные психозы:**

А. Аффективный психоз (монополярная депрессия или мания, реже - биполярный тип). Они могут развиваться отсроченно (через 10-20 лет после рождения). травмы). Депрессии сопутствует дисфория, плаксивость, а мании – самодовольство, злость, глупость. Продолжительность приступов от 1 до 3 месяцев.

Б. Галлюцинаторно-бредовые психозы. Они возникают чаще у мужчин. Психические автоматизмы преходящи, развиваются на высоте словесного галлюциноза. Заболевание протекает приступами от 2 месяцев до ½ года и более. Со временем психоз может стать хроническим.

Б. Параноидные психозы. Возникают у мужчин зрелого и среднего возраста в виде сверхценных или бредовых идей ревности, сутяжничества. Параноидальный психоз может осложняться параноидальными представлениями об ущербе, отравлении и домогательствах.

**Симптоматическая (посттравматическая) эпилепсия.** Возникает в результате образования эпилептогенного очага в зоне рубцевания в месте повреждения вещества головного мозга. изъятичаще простые парциальные двигательные (Джексона). Иногда возникает вторичная генерализация.

### **Терапия.**

В остром периоде черепно-мозговой травмы необходимо соблюдать постельный режим. Назначаются препараты, поддерживающие сердечно-сосудистую деятельность и дыхание. Для предотвращения и уменьшения отека головного мозга показано внутривенное введение 40% раствора глюкозы, мочевины и оксибутирата натрия. Также рекомендуется люмбальная пункция для снижения внутричерепного давления. При возбуждении назначают небольшие дозы транквилизаторов и нейролептиков.

На последующих этапах терапия психических расстройств носит симптоматический характер (назначение нейролептиков, антиконвульсантов, антидепрессантов, а также общеукрепляющих средств и ноотропов).

### ***Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга***

Это группа патологических состояний, развивающихся вследствие нарушений мозгового кровообращения различной этиологии и патогенеза (гипертоническая болезнь, атеросклероз, аневризмы, васкулиты).

Прямых связей между характером, объемом поражения головного мозга и психическими расстройствами нет.

По течению и морфологическому субстрату различаются как:

- острое начало (после обширного кровотечения или большого сердечного приступа),
- психические расстройства сосудистого генеза – мультиинфарктные очаги (множество инфарктов в коре головного мозга, постепенное нарастание симптомов, волнообразное течение).
- подкорковая (энцефалопатия Бинсвангера – диффузная двусторонняя ишемическая деструкция белого подкоркового вещества и множественные лакунарные (мелкие) инфаркты в том же месте. Вызывается поражением мелких сосудов, артериол. Возникает постепенно при артериальной гипертензии. Сопровождается поражением подкорковых ядер с клиникой паркинсонизма, характерна шаркающая походка, тазовые расстройства, эмоциональная слабость.

**Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозгабыть:**

- преходящие (возникают под влиянием дополнительных внешних опасностей),

- стойкие (стадии психоорганического синдрома),

- Эндоформные (по клинической картине сходна с эндогенными психическими расстройствами).

### **Клинические проявления психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга:**

**1. Преходящие проявления** - возникают под влиянием дополнительных внешних опасностей - синдромы нарушения сознания (в остром периоде мозгового инсульта)

- амнестический (Корсаковский) синдром;

- Сосудистая «спутанность». Это состояние оглушения с отрывочным, бессвязным мышлением, неустойчивым вниманием, дезориентацией в месте и времени, отрывочными галлюцинаторными переживаниями, тревогой, суетливостью.

Особенности: 1. Характеризуется флюктуацией состояния, ухудшением в ночное время. 2. возникает при острой недостаточности мозгового кровоснабжения, при присоединении острого соматического заболевания (пневмония, мочевиная инфекция и др.), при передозировке лекарственных препаратов (тогда галлюцинации более выражены). 3. Э указывает на тяжелое состояние и неблагоприятный прогноз. 4. В первую очередь необходимо лечение основного заболевания.

**2. Стойкие расстройства** – развитие и усугубление психоорганического синдрома до развития сосудистой деменции. Деменции при сосудистых заболеваниях головного мозга обычно бывают лакунарными.

**3. Эндоформные состояния** - клиническая картина сходна с эндогенными психиатрическими расстройствами. Варианты: 1) тревожно-депрессивные состояния. Выражена тревожность, больные беспокойны, сбиты с толку, ищут помощи, нередко к ним присоединяются бредовые идеи самоуничтожения. Риск суицида высок. 2) галлюцинаторно-бредовые состояния - с бредом повреждения («мелкомасштабные заблуждения»), идеи ревности, хронический галлюциноз (определяется многоголосым истинным словесным галлюцинозом, усиливающимся в ночные часы, преимущественно угрожающего содержания).

### ***Психические расстройства при инфекционных заболеваниях***

Инфекционные психозы обычно делят на:

- а) симптоматические – возникают при общеинфекционных заболеваниях в результате интоксикации.

б) внутримозговые - психозы при инфекциях, вызывающих непосредственное поражение головного мозга или его оболочек (энцефалиты, менингиты, арахноидиты).

**Психические расстройства при нейроинфекциях** (внутричерепные инфекционные психозы).

Нейроинфекции – сюда относятся первичные инфекционные заболевания головного мозга (эпидемический, весенне-летний, японский энцефалит); параинфекционный энцефалит, т. е. энцефалит, возникающий как осложнение общих инфекций (корь, грипп, брюшной тиф, эпидемический паротит); нейроревматизм; нейросифилис.

Клиника инфекций головного мозга зависит от: этиологического фактора, локализации воспалительного процесса (оболочки или вещество головного мозга), первичного или вторичного характера поражения головного мозга, особенностей течения патологических процессов в головном мозге (например, гнойное или серозное воспаление мозговых оболочек).

**Психические расстройства при первичных инфекционных заболеваниях головного мозга.**

**Острый период любого энцефалита** сопровождается различными формами нарушения зрения, а также сознания (различная степень выключения сознания от оглушения до комы, спутанность сознания в виде бреда, аменции, онейроида, сумеречного состояния).

В отдаленном периоде клещевого энцефалита часто развиваются миоклонус-эпилепсия, тревожно-депрессивные состояния, реже - снижение интеллекта.

Хроническая стадия эпидемического (летаргического) энцефалита характеризуется явлениями сонливости, паркинсонизма, спонтанности, брадифрениции, заторможенности, затруднения движений и психических процессов.

**Психические расстройства при ревматизме.**

Психозы при ревматизме могут возникать в различные фазы болезни, в том числе и в «холодный» период. Но существует связь между фазой ревматического процесса и картиной психоза. В период обострения ревматизма, чаще встречаются синдромы спутанности сознания; при затяжном, латентном течении, а также в межприступный период - астенические, параноидные, шизофренические картины, вербальные галлюцинозы. При затяжных ревматических психозах характерны тревожно-депрессивные синдромы с мыслями о скорой смерти, ипохондрическими, нигилистическими, бредовыми идеями. Продолжительность затяжных психозов от 2 мес до 1 года. Долгосрочный, церебро-астенический синдром наблюдаются после выхода из них.

## **Психические расстройства при нейросифилисе.**

**Сифилис головного мозга** (возбудитель – **Трепонема паллидум**. Отмечается поражение оболочек и сосудов головного мозга, реже паренхимы: менингит, менингоэнцефалит, артериит и сифилитические гуммы).

Клинические проявления разнообразны и зависят от стадии или локализации процесса.

### Психические расстройства при сифилисе головного мозга:

сифилитическая неврастения.

менингит или менингоэнцефалит. На этом фоне возникают расстройства сознания, галлюцинации, проявления галлюцинаторного бреда.

Клиническая картина вызвана нарушениями мозгового кровообращения и наличием сифилитической гуммации. Расстройства сходны с психическими расстройствами при сосудистых заболеваниях головного мозга и опухолях головного мозга.

При менингите - выраженная астения и невыносимые головные боли с многократной рвотой, параличами, состоянием оглушения.

При менингоэнцефалите к описанным выше симптомам добавляются делирий и сумрачное помрачение сознания, галлюцинации и вторичный бред, а также зрачковые расстройства.

*Сосудистая форма* - клиника зависит от поражения сосудов головного мозга в виде микроинсультов. Парезы и параличи конечностей, сопровождающиеся афазией, агнозией, апраксией. Особенности: обратимость агнозии, афазии, апраксии при своевременном лечении. Постинсультная деменция лакунарного характера - частовключаютэпилептическийсудороги, реже галлюцинаторно-параноидные психозы.

*Гуммозная форма* - клиника аналогична таковой при опухолях головного мозга и зависит от локализации десны, характеризуется изменением сознания и «очаговыми» симптомами. При множественных гуммах развивается картина психоорганического синдрома.

## ***Прогрессивный паралич***

**Прогрессивный паралич** (Общий паралич, также известный как общий паралич душевнобольных (GPI), паралитическая деменция или сифилитический паралич, болезнь Бейля) — одна из разновидностей сифилиса головного мозга, представляющая собой менингоэнцефалит сифилитического происхождения, проявляющийся прогрессирующим нарушением психической деятельности вплоть до тотальной деменции в сочетании с неврологическими нарушениями,



соматическими и психическими расстройствами. Раньше - было одно из самых частых психических заболеваний, в настоящее время — редкость.

Стадии прогрессивного паралича:

- начальная (неврастенический).
- Стадия прогрессирования - нарастающие изменения личности и поведения: утрачиваются морально-этические нормы, постоянна эйфория, беззаботность, нелепая мания величия и богатства.
- стадия тотальной деменции (паралитический синдром).

Паралитический синдром – это состояние тотального слабоумия с эйфорией, благодушием, наряду с резким снижением критики, нелепой манией величия и богатства (называют себя президентами, императорами, полководцами, рассказывают о своих несметных богатствах). Одеваются ярко, нелепо, теряют чувство такта, неряшливы, не обращают внимания на свой внешний вид, едят руками, берут чужие вещи, раздражительны также агрессивны. На поздних стадиях – возможны апатия, спонтанность.

Неврологические расстройства при общем параличе: к ним относятся: дизартрия, нарушения почерка, походки, анизокория, поздние парезы и параличи, трофические расстройства. **Синдром Аргайла Робертсона:** отсутствие или ослабление прямой и дружественной реакции зрачка на свет при сохранении реакции на стимуляцию роговицы и услуги аккомодации. (зрачки Аргайла Робертсона (зрачки AR): зрачки которые уменьшаются в размерах при фокусировке на близком объекте, но не сужаются при воздействии яркого света (т.е. они не реагируют). Это очень специфический признак нейросифилиса; однако зрачком синдром Аргайла Робертсона также может встречаться при и). Дополнительно отмечается парез глазодвигательных мышц и атрофия зрительного нерва.

Диагностика: RW, ликвор-иммунофлуоресценция.

Формы прогрессивного паралича:

Простая (дементная) форма.

Депрессивная форма, депрессивно-ипохондрическое состояние с ипохондрическим, нигилистическим бредом, бредом Котара.

Экспансивная (псевдоманиакальная) форма: настроение благодушно-эйфорическое, затем восторг, затем гнев. Нелепы бредовые идеи величия, богатства. Расторможенность пищевого и полового поведения.

Эйфорическая форма: нарастание тотального слабоумия!!! На фоне благодушно-эйфорического настроения сразговорныйили бредовые идеи величия, особой значимости.

циркулярная форма: чередование спадов с маниакальными состояниями.

Галопирующая форма: эпилептические приступы, эпилептический статус, выраженные трофические расстройства, пролежни, возбуждение, бессвязная речь, галлюцинации, аменция.

**Табес дорзалис** является поздним следствием нейросифилиса и характеризуется медленной дегенерацией (в частности, демиелинизация) нервных путей преимущественно в ганглиях задних корешков спинного мозга (нервный корешок). У этих пациентов отмечаются стреляющие боли в корешках нервов, которые усиливаются при кашле, отмечена сенсорная атаксия с поражением глаз.

Лечение: пенициллин.

Прогноз: зависит от ранней диагностики и своевременного лечения.

*Психические нарушения при инфекционных и органических заболеваниях головного мозга* бывают при:

- вирусных поражениях головного мозга.
- бактериальных поражениях головного мозга.

Этиопатогенез:

Причиной развития психических расстройств при нейроинфекциях являются вирусные и бактериальные энцефалиты, менингиты и другие воспалительные процессы нервной системы.

Патогенез бактериальных и вирусных поражений различен.

Вирусная патология характеризуется опосредованным действием инфекционного агента и комплексом «вирус-фактор иммунитета».

Клинические особенности.

### **Клещевой энцефалит.**

Это сезонное заболевание; заражение происходит через укус клеща или алиментарным путем. Это проявляется тремя вариантами: а) энцефалитным, б) энцефаломиелитным, в) полиомиелитным.

Энцефалитический вариант: проявляется общемозговыми симптомами в виде головной боли, тошноты и рвоты, повышением температуры тела ко 2-м суткам, менингеальными симптомами. Психические расстройства: астенический синдром, раздражительность, гиперестезия, делирий, ступор и кома. В отдаленном периоде могут быть - церебральная астения, тревожно-ипохондрические расстройства на фоне церебральной астении.

Неврологические расстройства: отмечается атрофический паралич мышц или так называемая «провисание шеи». Параноидный психоз или психопатические симптомы. При своевременном лечении самочувствие улучшается на 7-10 дней, отмечается снижение клиники.

При энцефаломиелите и полиомиелите более выражены неврологические расстройства, сходны психические расстройства.

Источником инфекции являются собаки, лисы, волки, кошки, барсуки. В продромальном периоде (2-10 нед после заражения) отмечают снижение настроения, раздражительность, дисфорию, кратковременные нарушения сознания с иллюзиями и галлюцинациями.

Неврологические и соматические симптомы: повышение рефлексов и мышечного тонуса, лихорадка, головные боли, тахикардия, одышка, усиление потоотделения и слюноотделения.

На стадии активного процесса - психомоторное возбуждение, агрессия, импульсивные действия, бред или оглушение.

Могут присутствовать гиперкинезы гладкой мускулатуры со спазмом гортани и глотки, затруднение дыхания и глотания. Возникают тошнота, рвота, головокружение и гиперстенизация. Специфическим симптомом является гидрофобия (боязнь питья воды).

### **Герпетический энцефалит**

Первые проявления: лихорадка, симптомы общей интоксикации, катаральные явления. Через несколько дней - новый подъем температуры, нарастание интоксикации, головная боль, судороги, оглушение. На высоте клиники - развитие комы. Если человек выживает, часто развивается синдром акинетического мутизма.

Восстановление психических функций занимает несколько месяцев или лет. При этом может выявляться синдром **Клювера-Бьюси**, который характеризуется невозможностью оптически или тактильно идентифицировать предмет, склонностью брать в рот все предметы, гиперсексуальностью, исчезновением страха и стыда, слабоумием.

Отдаленная стадия - психоорганический, судорожный и психопатический синдромы. Могут быть параноидные, аффективные психозы, а также шизофреноподобные симптомы, сходные с картиной фебрильной шизофрении. Только 1/3 больных энцефалитом выздоравливают (не имеют психических расстройств). Летальность без лечения до 100%.

### **Грипп.**

В острой стадии на 3-7 сутки появляются расстройства сознания, которые могут достигать степени сопора и комы.

В восстановительном периоде - психомоторное возбуждение, зрительные иллюзии восприятия (иллюзии, галлюцинации), астенический синдром, эмоциональная лабильность. Возможны формы с отеком головного мозга, заканчивающиеся летальным исходом.

Лечение – требует раннего назначения противогриппозных препаратов. Лечение направлено на предупреждение отека мозга, проведение дезинтоксикации, назначение психотропных препаратов (с учетом противопоказаний).

### **Паротит.**

Воспалительный процесс локализуется в слюнных околоушных железах («свинка»). Возможна генерализация: поражаются яички, щитовидная и поджелудочная железа, молочные железы и головной мозг.

Клиническая картина: синдромы нарушения сознания и эпилептические припадки. У детей возможна задержка психического развития, в более старшем возрасте - психопатическое поведение, могут наблюдаться резидуальные астенические симптомы.

### **Корь.**

Ежегодно корью заболевают около 3 миллионов человек во всем мире. Прогноз благоприятный.

Проявления: энцефалит, расстройства сознания, психомоторное возбуждение, зрительные галлюцинации.

В восстановительном периоде - возможны интеллектуальные трудности, расторможенность влечений. Остаточные явления в виде астеноневротического, гиперкнестического, судорожного синдромов.

### **Вирус краснухи.**

Поражение нервной системы характеризуется тяжелым течением. Клиника: головная боль, тошнота, рвота, нарушения дыхания, тремор, пирамидные симптомы, делирий, амнезия, нарушения речи, эпилептические припадки.

При благоприятном течении через 6-8 недель наступает выздоровление.

При осложненном уникальном состоянии после него возникают эпилептические припадки. Летальность составляет до 20-25%.

### **Вирус ветряной оспы.**

Эти случаи энцефалита легче поддаются лечению. В клинике преобладают временные статико-координационные расстройства. В отдельный период - судорожные припадки, умственная отсталость.

**СПИД.** Вирус приобретенного иммунодефицита человека обладает выраженным нейротропизмом. В начале заболевания - могут отмечаться длительная лихорадка, субфебрилляция, похудание, диарея.

Частые психогенные реакции в ответ на факт наличия СПИДа.

Основной синдром отдаленных последствий – деменция. Смерти больных предшествует коматозное состояние.

Лечение: этиотропное, симптоматическое, психотерапия.

### **Психические расстройства при туберкулезе.**

На начальном этапе: отмечается наличие астенического синдрома, для которого характерны эйфория, беспечность, легкость суждений, недооценка тяжести заболевания, но иногда и наоборот - возможны подозрительность и ипохондрическая заикленность на заболевании. Психозы редки, чаще маниакальные, параноидные. Появление эпилептиформных припадков возможно при туберкулезе головного мозга.

### **Психические расстройства при инфекционном гепатите.**

Протекает на аффективно-психопатическом уровне. Шизофреноподобные психозы встречаются редко. Возможны нарушения сознания качественные и количественные.

## ***Психические расстройства при неинфекционных заболеваниях***

### **Психические расстройства при сердечной недостаточности.**

В остром периоде сердечной недостаточности - "помутнение" сознания, астения; при хроническом - вялость, эйфория, дисмнезия.

#### нарушения при инфаркте миокарда

В острой стадии отмечаются страх, тревога, беспокойство, двигательное возбуждение.

В подострой стадии - легкое оглушение, сенестопатии, двоение, эйфория. В стадии улучшения - может быть наличие ипохондрии, мнительности, чрезмерной заботы о своем здоровье, отсутствует критика своего заболевания

### **Психические расстройства при ревматизме.**

Активная фаза ревматизма сопровождается астеническими состояниями, иногда фобиями и ипохондриями, перепадами настроения. Иногда могут быть бред и оглушение. При развитии сердечной декомпенсации мыможет видеть-

депрессивно-бредовые состояния с тревогой. При поражении сосудов головного мозга может быть - депрессивно-бредовый синдром с тревогой; апатический ступор, эпилептиформные припадки. При затяжном течении возможен психоорганический синдром.

#### нарушения при эндокринных заболеваниях.

На ранних стадиях заболевания формируется психоэндокринный синдром, который по мере прогрессирования заболевания переходит в психоорганический. На фоне этих синдромов могут развиваться острые или затяжные психозы.

*Психоэндокринный синдром* характеризуется:

- снижение психической активности от истощения до полной апатии и абулии.
- изменение влечений и инстинктов. Больные склонны кочевать.
- настроение меняется от депрессии к мании.

*Эндокринный психосиндром* – характерны повышенная умственная активность, измененные влечения, инстинкты и настроение .

Снижение психической активности может выражаться в различной степени — от повышенной истощаемости и пассивности в рамках астенических состояний до полной спонтанности со значительным сужением круга интересов и примитивизацией контактов с окружающей средой, когда состояние приближается к апатико-абулическому.

Изменения влечений и инстинктов выражаются в снижении или повышении полового влечения, аппетита, жажды; одни больные склонны уходить из дома (бродяжничество), другие, наоборот, остаются в пределах привычной среды, меняется их потребность во сне, тепле и т. д.

Эндокринопатия более склонна к количественным, чем к качественным изменениям тяги к еде, наблюдается диссоциация - с усилением одних и снижением других влечений.

Расстройства настроения разнообразны и имеют разную выраженность в сторону как повышения, так и снижения. В аффективных расстройствах при эндокринных заболеваниях преобладают смешанные состояния — депрессия с дисфорией, маниакально-депрессивные состояния с гневом и ненавистью, депрессивно-апатические состояния, астеническая депрессия и др. Встречаются состояния тревоги и страха. Аффективные расстройства при психоэндокринных заболеваниях, синдром также отличается лабильностью настроения.

Изменения мышления и движений, характерные для классических аффективных синдромов (вялость при депрессии и гиперактивность при маниакальных состояниях), не характерны для эндокринных расстройств. Наоборот, нередко наблюдаются диссоциативные расстройства, например приподнятое настроение с полной бездеятельностью и двигательной

заторможенностью. Аффективные расстройства при синдроме психопатозэндокринного типа могут быть как длительными, эпизодическими, так и пароксизмальноподобными.

При эндокринных заболеваниях могут развиваться и реактивные депрессии (как реакция на изменения внешности, например, при аденогенитальном синдроме или болезни Иценко-Кушинга).

### **Психические расстройства при онкологических заболеваниях.**

При раке могут развиваться как соматогенные, так и психогенные психические расстройства.

#### Соматогенные расстройства включают:

а) опухоли с первичной локализацией в головном мозге или метастазы в головной мозг: клиника определяется зоной поражения, представлена неврологической симптоматикой, недостаточностью или деструкцией отдельных психических функций, а также астенией, психоорганическими синдромами, общемозговыми симптомами, судорожными синдромом и реже галлюциноз;

б) расстройства, обусловленные интоксикацией из-за тканевого распада и приема наркотических анальгетиков: астения, эйфория, спутанность сознания (аменикативный, делириозный, делириозно-онейроидный), психоорганический синдром.

#### Психогенные факторы:

Они являются результатом реакции человека на заболевание и его последствия. Одним из наиболее значимых компонентов является реакция на диагноз «рак». В связи с этим следует понимать, что вопрос сообщения диагноза онкологическому больному остается неоднозначным.

После того, как больной узнает, что у него рак, он переживает кризис, характеризующийся следующими стадиями:

1. шок и отрицание болезни;
2. гнев и агрессия (переживание несправедливости судьбы);
3. депрессия;
4. принятие болезни.

Понимание того, на какой стадии кризиса находится больной, является основой психокоррекционной работы, направленной на оптимизацию лечебного процесса и улучшение качества жизни.

#### Психические расстройства при реакции на рак:

Острая реакция на стресс.

Расстройства адаптации.

Депрессивный эпизод. Повышенный риск суицида.

Реактивные психозы.

Пост-травматическое стрессовое расстройство.

### **Психические расстройства при опухолях головного мозга.**

Их дифференцируют на: первичные опухоли головного мозга (глиомы, менингиомы), вторичные поражения головного мозга (метастазы).

Клиническая картина:

- Общемозговые симптомы (тошнота, рвота, головные боли, повышенная утомляемость): астения, изменения личности, цефалгия, деменция.
- Конкретная клиническая картина – зависит от локализации поражения.
- Лобная доля: апато-абулические явления, интеллектуальный спад, расстройство личности с бестактностью, плоские шутки, эйфория, болтливость.
- Височная доля: изменения личности, сложные парциальные припадки, обонятельные, слуховые и вкусовые галлюцинации, галлюцинаторно-бредовые и галлюцинаторные симптомы, феномен «уже увиденного».
- Теменная доля: дереализация, деперсонализация, нарушения схемы тела, пространственной ориентировки.
- Затылочная доля: сужение полей зрения, нарушения свето/цветоощущения, судороги со зрительными явлениями.
- Гипоталамус: эндокринные нарушения: несахарный диабет, аменорея, изменение массы тела.

Иногда при психических расстройствах - это первые и единственные симптомы опухолей головного мозга.

Среди больных психиатрических стационаров такие пациенты составляют от 0,1 до 5%. Опухоли головного мозга чаще встречаются у мужчин, чем у женщин. При одних опухолях наблюдаются тяжелые психические расстройства, при других они отсутствуют.

Причиной психических расстройств является опухоль головного мозга. При определении их патогенеза большое значение имеют локализация, гистологическая природа, скорость роста, размеры опухоли, нарушения микроциркуляции, отек и набухание головного мозга.

Психические расстройства при опухолях делят на:

- транзиторные.
- стойкие.



- острый послеоперационный психоз.

Транзиторные психические расстройства характеризуются:

1. Эпилептические припадки,
2. галлюцинации следующих типов:
  - обонятельные - при локализации опухоли в височных долях.
  - слуховые - при опухолях правого полушария обычно наблюдаются невербальные музыкальные слуховые галлюцинации; для левшей, словесно.
  - вкусовые - чаще ощущается неприятный привкус во рту.
  - зрительные - зрительные галлюцинации от элементарных до "видения" предметов, людей. Здесь настоящие галлюцинации.
  - тактильные.
3. Аффективные расстройства – при поражении правого полушария возможны приступы меланхолии; тогда как с левым полушарием возможен аффект беспокойства.
4. Нарушение восприятия мира и деперсонализация характерны для опухолей правой височно-теменно-затылочной области. Могут возникать явления дереализации: «уже видна», «уже пережито», «никогда не видна», макро- и микропсии. Могут присутствовать ощущения увеличения или уменьшения или искажения частей собственного тела.
5. При опухолях левого полушария головного мозга - моторно-сенсорная афазия. При опухолях теменно-затылочной области - амнестическая афазия.
6. Расстройства мышления и памяти - наблюдаются при опухолях височно-теменно-затылочной области.
7. расстройства сознания: онероидные (возникают при локализации опухоли в правом полушарии), сумеречные состояния (при опухолях левой лобно-височной области).

К стойким психическим расстройствам относятся:

- расстройства сна и сновидений – изменяется ритм сна и бодрствования, появляются яркие и красочные сны.
- нарушение памяти - в виде фиксационной, конградной, ретроградной амнезии, конфабуляции.

- эмоционально-личностные расстройства - в виде перепадов настроения от маниакальных состояний до меланхолической депрессии (опухоли справа); при опухолях слева - может возникнуть тревожная депрессия.

Подострый послеоперационный психоз: этот тип психоза возникает через 2-3 дня после удаления опухоли. Причина - отек головного мозга. Обычно это длится 5-6 дней.

## **Психические расстройства, начавшиеся в детстве**

### ***Проявления неврозов у детей***

Каждый возрастной период у детей характеризуется особенностями клинической картины неврозов.

Проявления невроза зависят от возраста, в котором ребенок перенес стресс, и характера психогенного воздействия.

Общая черта: в раннем детстве симптомы эмоциональных расстройств трудно дифференцировать от соматических заболеваний.

Чем менее зрелым является детский организм, чем менее дифференцированы реакции организма, тем больше вовлекается функция внутренних органов.

В. В. Ковалев (1985) выделил четыре уровня нервно-психического реагирования у детей и подростков:

1. соматовегетативный (0-3 года),
2. психомоторный (3-7 лет),
3. аффективный (7-11 лет),
4. эмоционально-идеальный (11-17 лет).

У детей раннего возраста и дошкольников в ответ на психическое напряжение трансформируются психические расстройства в заболевания внутренних органов и двигательные расстройства. Физиологической основой этих реакций является вегетативная нервная система, осуществляющая регуляцию органов и систем органов. Дисбаланс в симпатической или парасимпатической вегетативной нервной системе приводит к дисфункции одной или нескольких систем организма. Возможность развития соматоформных проявлений невроза связана с уровнем зрелости (со стадией онтогенеза) у ребенка эмоций и самосознания.

### ***Виды соматизации у детей***

От 0 до 3 лет - соматовегетативные проявления. Первый месяц жизни ребенка: аффективно-респираторные симптомы. Например, при купании, при испуге. Ребенок кричит, мышцы-разгибатели шеи напрягаются, туловище прогибается. Носогубный треугольник синееет, а на высоте крика - задержка дыхания, цианоз. Через несколько секунд состояние возвращается в нормальное состояние.

Расстройства пищевого поведения. Между неприятными ощущениями во время кормления (боли в животе, повышенное газообразование, срыгивания) может образоваться прочная связь и с самим актом кормления. Потом дети беспокойны, кричат, отказываются от еды.

Нарушение сна. Наблюдается нарушение засыпания, наряду с частыми пробуждениями, ранним пробуждением, беспокойным сном, сонливостью в периоды, когда нужно быть начеку. Нарушения сна возникают из-за неудобного положения в кроватке, дискомфортной температуры окружающей среды, матраса, болей в животе. Также формируется условный рефлекс (связь дискомфорта с пребыванием в кроватке).

На втором году жизни можно отметить следующее: Возможны ночные страхи, неприятные и пугающие сновидения. Ребенок начинает кричать. По выражению лица видно, что снилось что-то ужасное. В таком состоянии, не проснувшись полностью, ребенок не узнает своих близких.

Ежедневные страхи (боязнь новых людей, новых игрушек) возникают под влиянием внешних факторов. Например, после медицинских осмотров, взятия крови на анализ ребенок может бояться врачей.

Желудочно-кишечные расстройства: склонность к жидкому стулу связана с повышенной возбудимостью кишечной стенки, отмечается усиление перистальтики в ответ на минимальную нагрузку. Диарея часто чередуется с запорами.

Расстройство пищевого поведения: могут быть нарушения жевания и глотания. Дети отказываются от твердой пищи, долго пережевывают пищу. Это происходит из-за боязни глотания или из-за того, что его спровоцировали нарушения во время кормления: неудобная температура пищи, насильственное кормление.

Привычная рвота. Рвотный рефлекс легко формируется после соматических заболеваний, во время которых наблюдались тошнота и рвота.

Избирательность в еде – чаще характеризуется отказом от твердой пищи, с возможностью приема жидкой пищи. Возможно появление склонности к поеданию несъедобных материалов (мел, известь, пластилин).

Дети с функциональными сосудистыми нарушениями (бледность кожи, гиперемия, потливость..) плохо адаптируются к погодным изменениям. В периоды пониженного барометрического давления все жалобы усиливаются, появляются раздражительность и капризность.

У детей невроз может проявляться в виде субфебрильной температуры и повышенной утомляемости.

С 3 до 7 лет - появляются психомоторные проявления.

Характерны нарушения в двигательной сфере. Дети гиперактивны, не могут спокойно заниматься монотонной деятельностью. Характеризуется астеническим синдромом с утомляемостью и истощением, низкой концентрацией внимания.

В возрасте от 3 до 7 лет у детей могут развиваться нервные тики, в том числе тики с вокализацией (синдром Туретта). Тики чаще встречаются у мальчиков и в общей популяции встречаются у 10-15% детей. Ребенок начинает моргать, гримасничать, делать необычные движения плечами.... Эти движения возникают непроизвольно, усиливаются при волнении, возбуждении.

Если не фиксировать внимание ребенка на тиках, то через некоторое время тики исчезают. Если окружающие делают ребенку замечание по поводу его тиков, то развивается вторичный невротизм с тревогой возможных насмешек, результатом чего может стать самооценка как делающего что-то плохое.

Заикание – двигательное расстройство речи, нарушение ритма, темпа и беглости речи. Это происходит из-за спазма мышц, участвующих в речевом акте. Преходящее заикание встречается у 4% детей, а стойкое заикание — у 1%. Заикание чаще встречается у мальчиков. Встречается в возрасте от 3 до 5 лет. Причина – неблагоприятный речевой климат в семье. Например, информационная перегрузка, чрезмерная требовательность к речи. . Формируется негативное отношение ребенка к своему дефекту. Позднее, в школьном возрасте, у подростков развивается логофобия (дети стесняются говорить).

Нарушения сна. Причина - возбуждение, гиперактивность перед сном. Например, если родители поздно приходят с работы, если ребенок не соблюдает гигиену сна (смотрит телевизор, смартфон, играет на компьютере за час до сна). Возможны нарушения сна, поверхностный и беспокойный ночной сон.

Лунатизм и снохождение: существует связь со страхами темноты, одиночества. Существуют ритуалы перед сном (например, многократные

пожелания спокойной ночи, неоднократные просьбы к родителям по тем или иным причинам).

Невротический энурез – это непроизвольное мочеиспускание во время ночного сна. Энурез рассматривается как патологическое явление только после 4-5 лет. В более раннем возрасте недержание сна является физиологическим. Распространенность энуреза у детей составляет 10%. Чаще встречается у мальчиков.

Невротический энкопрез – это непроизвольное выделение кала при отсутствии соматических заболеваний. Появление энкопреза характерно для затяжных и тяжелых неврозов. Чаще при этом варианте невроза нарушается семейная система, и ребенок выступает как триангулированный член семьи. Невроз ребенка «отражает» невроз семьи. Она является следствием нарушений взаимоотношений родителя и ребенка, наличия внутрисемейного конфликта, жестких требований к ребенку.

#### С 7 до 11 лет - появляются аффективные проявления.

Дети в возрасте от 7 до 11 лет. Частым проявлением невроза являются головная боль, головокружение, тошнота, сердцебиение, затруднение глотания и дыхания.

Жалобы на боли в груди, спине, конечностях, сердце. В этом возрасте уже можно заметить у ребенка депрессивное выражение лица, сутулость, замедленность движений, вялость, безынициативность, отсутствие общения, а иногда наоборот - агрессивность. Возможно наличие хронического болевого синдрома, психосоматических расстройств.

От 11 до 17 лет- преобладают эмоциональные и психические проявления, как симптом невроза.

В подростковом возрасте на первый план выходят такие проявления невроза, как поведенческие расстройства и навязчивые идеи. Также формируются расстройства пищевого поведения, нервная анорексия, булимия, компульсивное переедание.

Подростковый возраст характеризуется выраженными депрессивными состояниями. Это происходит на фоне несформированности адаптивно-адекватных способов контроля и совладания со своими эмоциями. Поэтому возникают членовредительства, суицидальные попытки, повышенная импульсивность, склонность к асоциальному поведению.

Таким образом, понимание онтогенеза детских эмоций, возрастных особенностей неврозов, понимание механизмов формирования неврозов у детей является ключевым моментом в профилактике соматоформных проявлений неврозов у детей.

### ***Минимальная мозговая дисфункция***

Это относительно легкие аномалии у детей. Частота встречаемости составляет от 5 до 20%.

Причины: родовая травма, сдавление швов черепа, кесарево сечение, затяжные или быстрые роды, гипоксия, недоношенность, инфекции у матери во время беременности.

Симптомы минимального поражения головного мозга:

- повышенная возбудимость в младенчестве. Малыш часто беспричинно кричит и плачет, ворочается и ворочается во сне, плохо засыпает и часто просыпается, проявляет неадекватную реакцию на окружающий мир, людей;
- медленное развитие. Ребенок позже сверстников развивается в плане садиться, стоять на ножках, ходить, говорить. Иногда отставание у детей может проявляться тем, что они продолжают длительное время ходить на цыпочках, плохо координируют свои движения при ходьбе и беге;
- нестандартная форма головы. Он может быть непропорционально большим или маленьким, иметь неровную форму. У ребенка может быть асимметрия лица или чрезмерно оттопыренные уши;
- проблемы со зрением. Обычно они начинают проявляться в раннем возрасте в виде косоглазия, миопии или астигматизма и прогрессируют с возрастом, особенно после поступления в школу;
- гипер- или гиподинамия. Нарушения проявляются в постоянной суете и нервозности или, наоборот, слишком спокойной реакции на внешние раздражители.;
- беспокойный сон. Малыш может просыпаться во сне, беспокоиться о кошмарах, часто вставать ночью, чтобы сходить в туалет. Часто ребенку трудно заснуть из-за перевозбуждения, перед зачетами и/или экзаменами, ожиданием дня рождения или Нового года или какого-либо другого события. Типичными проявлениями «совиного» характера в детстве являются позднее засыпание и невозможность рано проснуться;
- общие заболевания: это могут быть общие острые вирусные инфекции, аллергические реакции на пыльцу и пищевая аллергия, повышенная утомляемость и частые головные боли, а также беспричинная психологическая опустошенность, депрессивные состояния;
- проблемы с пищеварением. Они могут проявляться тошнотой после еды, неспособностью контролировать чувство насыщения, приводя к постоянному перееданию, диарее и запорам, усилению метеоризма. ;
- проблемы с осанкой и походкой. Обычно выражается в появлении плоскостопия, косолапости, начальных признаков сколиоза;
- зависимость от погоды. Ребенок плохо себя чувствует при резкой смене погоды, испытывает боли в суставах перед дождем, головные боли из-за солнечной активности и др.;
- проблемы с речью. У детей не только более позднее развитие речи, но и заикание, неумение произносить сложные слова, путаница с ударениями, окончаниями, проблемы с запоминанием стихов, пересказом прочитанных книг;

- проблемы с координацией движений. Они выражаются в невозможности быстро освоить спортивные игры, научиться кататься на велосипеде, владеть мячом, прыгать на скакалке и т. д.;
- нарушение мелкой моторики. Детям с минимальной мозговой дисфункцией трудно выполнять мелкие движения — застегивать пуговицы, завязывать шнурки, вдевать нить в иголку и подстригать ногти.

### ***Нарушения развития нервной системы***

Нарушения развития нервной системы — это поведенческие и когнитивные расстройства, возникающие в период развития и сопровождающиеся значительными трудностями в приобретении и выполнении определенных интеллектуальных, двигательных, языковых или социальных функций.

*Нарушения развития нервной системы включают следующие(МКБ-11):*

6A00 Нарушения интеллектуального развития

6A01 Нарушения развития речи или языка

6A01.0 Нарушение звуковой речи, связанное с развитием

6A01.1 Нарушение беглости речи, связанное с развитием

6A01.2 Нарушение речи, связанное с развитием

6A02 Расстройство аутистического спектра

6A03 Расстройство обучения, связанное с развитием

6A04 Нарушение координации движений, связанное с развитием

6A05 Синдром дефицита внимания с гиперактивностью

6A06 Стереотипное двигательное расстройство

6A0Y Другие уточненные нарушения развития нервной системы

**Нарушения психологического развития (F80-F89 по МКБ-10).**

Расстройства, входящие в этот блок (Психологические расстройства развития), имеют такие общие черты, как:

- а) инициация обязательна в младенчестве или детстве;
- б) нарушение или задержка развития функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы;
- в) стабильное течение без ремиссий и рецидивов.

Обычно он генерируется без предварительного нормального развития. С возрастом выраженность уменьшается.

#### **Специфические нарушения развития:**

**Нарушение развития речи.** При этом в раннем возрасте речевое развитие не соответствует общему уровню познавательной деятельности ребенка.

Это связано с задержкой созревания нейронных связей, речевых зон коры.

Отмечается позднее овладение разговорной речью по сравнению с возрастной нормой.

**Нарушение артикуляции речи.** Ребенок не может сформировать звуковые внушения

**Расстройство выразительной речи.** Наблюдается нарушение с улучшением способности пользоваться разговорной речью. Бедный словарный запас плохой. Адекватное использование жестов свидетельствует о наличии желания общаться.

**Расстройство Рецептивной речи:** Понимание речи ниже среднего возрастного уровня.

У больного развивается приобретенная АфАЗИЯ с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера): отмечается регресс речевых навыков после периода нормального развития на фоне эпилептических изменений головного мозга. На ЭЭГ обнаруживаются эпилептические пароксизмы.

#### **Специфические нарушения развития школьных навыков:**

Специфическое расстройство чтения (не может быть объяснено низким интеллектом).

Нарушение развития орфографии (дисграфия) – при этом расстройстве развита письменная речь (а чтение, интеллект в норме).

Нарушения счета (дискалькулия).

Расстройство смешанного содержания.



### **Специфические нарушения развития двигательных функций:**

У 6% детей в возрасте 5-11 лет. Возникает из-за нарушения связи между корковой и исполнительными двигательными системами.

Характерны двигательная неловкость и неустойчивая походка. Они часто спотыкаются или натыкаются на препятствия. Мелкая моторика не развита.

**Эмоциональные и поведенческие расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте (F90-F98), МКБ-10:**

#### **Гиперкинетическое расстройство.**

Начиная с раннего детства, активное поведение с невнимательностью во всех ситуациях возникает в первые пять лет жизни. Основной из них является синдром дефицита внимания с гиперактивностью более чем в одной ситуации (дом, класс, больница).

**Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (МКБ-11).** Синдром дефицита внимания и гиперактивности характеризуется стойким паттерном (не менее 6 месяцев) невнимательности и/или гиперактивности-импульсивности, что оказывает прямое негативное влияние на академическую, профессиональную или социальную деятельность.

**Расстройство поведения.** Это стойкий тип диссоциального или агрессивного вызывающего поведения. Наблюдается чрезмерная драчливость, жестокость, воровство, ложь, прогулы в школе.

Оно может быть ограничено только семейными обстоятельствами. Агрессивное поведение ограничивается домом и общением с родственниками.

*Несоциализированное* расстройство поведения. Характеризуется агрессивным поведением плюс нарушением взаимодействия ребенка с другими детьми.

*Социализированное* расстройство поведения. Характеризуется стойким агрессивным поведением плюс хорошей интеграцией в группу сверстников.

**Оппозиционно-вызывающее расстройство:** ребенок проявляет непослушание, провоцирующее и вызывающее поведение, без антисоциальных агрессивных действий. Нет поведения, грубо нарушающего закон.

#### **Эмоциональные расстройства, характерные для детского возраста:**

Тревожное расстройство, связанное с разлукой. Чрезмерная тревожность, связанная с разлукой с людьми, к которым ребенок привязан. Они отказываются ложиться спать, ходить в школу из страха

разлуки, страха, что что-то случится с его родителями, что он потеряет их навсегда.

*Фобическое тревожное расстройство детского возраста.* Для него характерны различные страхи.

*Социальное тревожное расстройство:* Отмечается постоянный рецидивирующий страх и избегание незнакомцев.

Расстройство соперничества между братьями и сестрами. Присутствует ревность, соперничество, конкуренция с братьями и сестрами.

Расстройство социального функционирования – возникает в детском и подростковом возрасте.

Элективный мутизм: например, ребенок говорит дома, но молчит в школе.

Реактивное расстройство привязанности: это ненормальный тип взаимодействия, например, ребенок подходит к воспитателю, переводя взгляд в сторону или смотрит в сторону, когда его держат на руках, сопротивляясь тактильному контакту.

Расторможенное расстройство привязанности. Характеризуется навязчивостью до двух лет в отношениях с неизбирательно направленной привязанностью. В 4 года – наблюдается беспорядочное дружелюбное поведение, после чего наблюдается слабомодулированное взаимодействие со сверстниками.

**Расстройство аутистического спектра** (по МКБ-11) характеризуется стойким дефицитом способности инициировать и поддерживать взаимное социальное взаимодействие и социальную коммуникацию. Этот спектр расстройств характеризуется наличием ограниченных, повторяющихся, стереотипных моделей поведения, интересов или деятельности, явно нетипичных для личности человека (с учетом возрастных и социокультурных особенностей). Начало расстройства происходит во время развития, обычно в раннем детстве. Однако симптомы расстройства аутистического спектра могут не проявляться в полной мере до тех пор, пока социальные требования не превзойдут находчивость. Деадаптация отмечается в личной, семейной, социальной и образовательной сферах.

Сопутствующее нарушение интеллектуального развития:

У людей с расстройством аутистического спектра может наблюдаться снижение интеллекта (это не обязательный признак). Наличие умственной отсталости предполагает постановку отдельного диагноза «нарушение интеллектуального развития» (т. е. легкая, средняя, тяжелая, глубокая умственная отсталость).

Соответственно есть:

1. Расстройство аутистического спектра без умственной отсталости.
2. Расстройство аутистического спектра с (как сопутствующий диагноз) умственной отсталостью.

Степень нарушения функционального языка (разговорного или письменного) следует обозначать вторым определителем.

Для указания степени нарушения функционального языка (разговорного или жестового) в зависимости от возраста человека следует применять следующий определитель:

- с легким нарушением функционального языка или без него
- с нарушением функционального языка (т. е. не в состоянии использовать более отдельных слов или простых фраз)
- с полным или почти полным отсутствием функционального языка

#### Потеря ранее приобретенных навыков

У некоторых людей с расстройствами аутистического спектра наблюдается регресс (потеря) ранее приобретенных навыков и способностей. Обычно этот регресс развивается на втором году жизни ребенка. В основном это проявляется в сфере употребления речи и в социальных реакциях. Если регресс возникает после 3-летнего возраста, то в основном это связано с утратой когнитивных и адаптационных навыков (утрата контроля над кишечником и мочевым пузырем, нарушения сна), также имеет место регресс речевых и социальных способностей, эмоциональные и поведенческие нарушения. отмечены.

Есть 2 варианта:

1. расстройство аутистического спектра без потери ранее приобретенных навыков.
2. Расстройство аутистического спектра с потерей ранее приобретенных навыков.

Причины аутизма(аутизм Каннера)тесно связаны с генами, влияющими на созревание синаптических связей в головном мозге, но генетика заболевания сложна, и на данный момент неясно, что больше влияет на возникновение расстройств аутистического спектра: взаимодействие нескольких генов или редко происходящие мутации.

Люди с аутизмом имеют много форм повторяющегося или ограниченного поведения, которое, согласно пересмотренной шкале повторяющегося поведения (RBS-R), делится на следующие категории:

- Стереотипии — бесцельные движения (махание руками, вращение головы, раскачивание туловища).
- Комппульсивное поведение – это намеренное соблюдение определенных правил, например, расположение предметов определенным образом.
- Потребность в однообразии, сопротивление переменам; например, сопротивление движениям мебели, нежелание отвлекаться на чужое вмешательство.
- Ритуальное поведение – это выполнение повседневных действий в одном и том же порядке и в одно и то же время, например, соблюдение

неизменной диеты или ритуал одевания одежды. Эта черта тесно связана с прежней потребностью в единообразии, и в ходе одного независимого исследования по валидации опросника RBS-R было предложено объединить эти два фактора.

- Ограниченное поведение является узконаправленным, при котором интерес или деятельность человека, например, направлена на какую-то одну телепередачу или игрушку.
- Аутоагрессия – это деятельность, которая приводит или может привести к травмам самого человека, например, к укусам самого себя.

**Синдром Аспергера (АС)** является расстройством аутистического спектра. Синдром Аспергера по МКБ-11 больше не диагностируется как отдельное заболевание. Используемый более широкий термин — «расстройство аутистического спектра».

Это нарушение развития психики и нервной системы, характеризующееся значительными трудностями в социальном взаимодействии, затруднениями в невербальном общении. также характеризуется ограниченными и повторяющимися, стереотипными моделями поведения и интересов. Синдром Аспергера характеризуется относительно сохранными речью и интеллектом.

Австрийский педиатр Ганс Аспергер в 1944 году впервые описал детей, которым было трудно заводить друзей, которые не понимали жесты и чувства других, вели односторонние разговоры о своих любимых интересах и были диспластическими.

**Синдром Ретта (РТТ)** — это генетическое заболевание, которое обычно проявляется у девочек в возрасте от 6 до 18 месяцев. Симптомы включают нарушения речи и координации, а также повторяющиеся движения. Пострадавшие часто имеют более медленный рост, трудности при ходьбе и меньший размер головы. Осложнения синдрома Ретта могут включать судороги, сколиоз и проблемы со сном.

Синдром Ретта возникает из-за генетической мутации в гене MECP2 на X-хромосоме. Это почти всегда происходит как новая мутация, при этом менее одного процента случаев наследуется от родителей человека. Диагноз ставится на основании симптомов и может быть подтвержден генетическим тестированием. Состояние затрагивает примерно 1 из 8500 женщин. Впервые он был описан австрийским педиатром Андреасом Реттом в 1966 году.

### **Особенности выявления расстройств аутистического спектра в зависимости от возраста (МКБ-11):**

**Младенчество.** Характерные особенности могут проявляться в младенчестве, хотя в ретроспективе они могут быть признаны признаками расстройства аутистического спектра. Диагноз расстройства аутистического спектра обычно можно поставить в дошкольном возрасте (до 4 лет), особенно у детей с генерализованной задержкой развития. Плато социальных навыков общения и языковых навыков и неспособность прогрессировать в их развитии не являются чем-то необычным. Потеря раннего слова и социальной реакции, т. е. истинная регрессия, начинающаяся между 1 и 2 годами, является необычной, но значительной и редко происходит после третьего года жизни. В этих случаях следует применять определитель «с утратой ранее приобретенных навыков».

*Дошкольный возраст.* У детей дошкольного возраста признаки расстройства аутистического спектра часто включают в себя избегание взаимного зрительного контакта, сопротивление физической привязанности, отсутствие социальной воображаемой игры, язык, который начинается с задержкой или преждевременно, но не используется для социального общения; социальная изоляция, навязчивые или повторяющиеся заботы и отсутствие социального взаимодействия со сверстниками, характеризующееся параллельной игрой или отсутствием интереса. Сенсорная чувствительность к повседневным звукам или к еде может затмить лежащий в основе дефицит социального общения.

*Среднее детство.* У детей с расстройством аутистического спектра без нарушения интеллектуального развития трудности социальной адаптации вне дома могут не проявляться до поступления в школу или в подростковом возрасте, когда проблемы с социальным общением приводят к социальной изоляции от сверстников. Типичны сопротивление вовлечению в незнакомый опыт и выраженная реакция даже на незначительное изменение в рутине. Кроме того, могут иметь значение чрезмерное внимание к деталям, а также жесткость поведения и мышления. На этой стадии развития могут проявиться симптомы тревоги.

*Подростковый возраст.* К подростковому возрасту способность справляться с возрастающей социальной сложностью в отношениях со сверстниками во время все более требовательных академических ожиданий часто оказывается подавленной. У некоторых людей с расстройством аутистического спектра лежащий в основе дефицит социального общения может быть омрачен симптомами сопутствующих психических и поведенческих расстройств. Депрессивные симптомы часто являются признаком

*Совершеннолетие.* Во взрослом возрасте способность людей с расстройством аутистического спектра справляться с социальными отношениями может становиться все более сложной, и клинические проявления могут возникать, когда социальные требования превышают способность компенсировать это. Возникновение проблем во взрослом возрасте может представлять собой реакцию на социальную изоляцию или социальные последствия неадекватного поведения. Стратегии компенсации могут быть достаточными для поддержания диадных отношений, но обычно неадекватны в социальных группах. Особые интересы и сосредоточенное внимание могут принести пользу некоторым людям в сфере образования и работы. Рабочая среда может быть адаптирована к способностям человека. Первый диагноз во взрослом возрасте может быть спровоцирован разрывом домашних или рабочих отношений.

Задержка психологического развития – это замедление темпов развития психики, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостатке общих знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, преобладании игровых интересов и неумении заниматься интеллектуальной деятельностью.

**Умственная отсталость (ID)**, также известная как **общая неспособность к обучению** и ранее известная как **умственная отсталость** - врожденная или приобретенная инвалидность со стойким недоразвитием психических функций, прежде всего интеллекта, до трех лет. Таким образом, недоразвитие при

умственной отсталости тотальное (страдают также эмоции, воля, воображение и т. д.).

*Этиологическая классификация:*

1. Экзогенные (вызванные вредным воздействием на плод или ЦНС ребенка до 3 лет).

2. Эндогенные (хромосомные аномалии, например, фенилкетонурия; генетические аномалии, например, болезнь Дауна).

*Клиническая классификация:*

1. Легкая умственная отсталость ("дебильность") отмечается - словарный запас до 3000, мышление на уровне простых понятий, заученных схем, штампов, не способны абстрагироваться, словесно-логическая память отсутствует, высшие эмоции рудиментарны, пациенты внушаемы и упрямы. IQ = 50-69.

2. Умеренная умственная отсталость («имбицильность») IQ = 35-49.

Патология ряда органов и систем с заметной диспластичностью. Имеется мышление на уровне словесных представлений (до 100), эмоции примитивны, навыки опрятности простые, выраженная неуклюжесть, косноязычие. Переходный вариант – тяжелая умственная отсталость (IQ 20-34).

3. Тяжелая умственная отсталость («идиотия») - недоразвитие многих органов и систем, выраженная диспластичность. Психика отсутствует, больной ведет вегетативное существование, иногда не ходит, не узнает родителей, все эмоции выражает монотонным рыком. IQ  $\leq$ 20.

## Расстройства личности

***Расстройства личности*** относятся к патологическим состояниям.

Патологические состояния: 1. Результат динамики врожденных или рано приобретенных психических дефектов; 2. В отличие от болезней у них нет ни начала, ни конца (нет начала, расцвета, увядания, конца).

Есть 3 основные сферы: аффективная, когнитивная, поведенческая (контроль импульсов и влечений, межличностные отношения).

*Расстройство личности — это заметное отклонение от усредненного способа восприятия, мышления, поведения, реакции и отношений с окружающими, принятого в данной культуре и проявляющееся в виде субъективного дистресса/расстройства социальной адаптации (ВОЗ, 1994).*

Основные характеристики психопатий (расстройств личности) (Ганнушкин, 1933). Психопатия – это стойкая дисгармония личности с нарушениями, которые имеют следующие особенности:

1. Они стабильны и мало обратимы (жизнь их ничему не учит).

2. Тотальны. Совокупность психопатологических особенностей, затрагивающих все сферы личности: аффективную, когнитивную, поведенческую,

3. приводят к дезадаптации. Особенности черт личности (в семье, на работе, в учебе, на работе) приводит к нарушению адаптации.

#### **Другими словами:**

1. Совокупность патологических черт личности, проявляющихся в любой среде (дома, на работе), затрагивающих аффективную, познавательную и поведенческую сферу.

2. Стабильность патологических признаков, выявляемых в детстве и сохраняющихся в период взрослой жизни;

3. Социальная дезадаптация, являющаяся следствием патологических черт характера, не обусловленная неблагоприятными условиями внешней среды.

Доктор Кебриков подчеркнул, что существуют следующие типы психопатов:

1. Ядерные психопаты. Это наследственные (генетически) детерминированные состояния.

2. Органические психопаты. Возникает в начале легкого органического поражения ЦНС (интеллектуальные способности не нарушены).

3. Краевые психопаты - черты характера заостряются из-за неправильного воспитания.

До 18 лет диагноз «расстройство личности» не устанавливают, так как личность не сформирована. До 18 лет говорят о патохарактерологическом формировании личности (патохарактерологическое развитие).

Клиническая классификация психопатий (расстройств личности) (Гааннушник, Кебриков):

1. **Группа тормозных психопатов** (склонны к пассивно-оборонительным реакциям)

- астеник
- психастеник
- шизоиды

2. **Группа возбудимых психопатов** (склонны к активно-оборонительным реакциям)

- циклоиды
- эпилептоиды
- неустойчивые
- параноидные

3. **Группа истерических психопатов**(истерики и нарциссы).

#### **Астенические психопаты.**

Термин был введен В. Гризингером (1845). В основе лежит позднее созревание стеблевых структур. До 10 лет наблюдается проявление

«нейропатии»: детская вегетативная неустойчивость. Вегетативная лабильность сохраняется на протяжении всей жизни. Тип телосложения – астенический. Характерны недостаток энергии, повышенная чувствительность, повышенная утомляемость, ранимость, впечатлительность. Но (с другой стороны) характерна ответственность.

Три пути возможного развития астенической психопатии:

- Реакции компенсации и суперкомпенсации.
- Зависимое поведение (зависимое расстройство личности F 60.7)
- Избегающее поведение (Тревожное (уклончивое) расстройство личности F 60.6).

### **Психастеники (по МКБ-10 ближе к ананкастическому расстройству личности)**

Термин ввел П. Джанет (1903). В основе лежит доминирование второй сигнальной системы (люди гипертрофированного типа мышления). Телосложение – тонкокостное, нормостеническое.

Преобладание логики (чувство приходит с мыслью), слабая чувственность, жизнь в будущем, тревожные сомнения, боязнь ответственности, консерватизм, перфекционизм.

### **Шизоидное расстройство личности (психопатия):**

Состояние было описано в 1921 году Эрнстом Кречмером. В основе лежит генетическая стриопаллидарная недостаточность.

В детстве – отмечается избирательность в контактах и аутизм. Телосложение - лептосомное (ослабленный подкожный жировой слой и меньшие скелетные мышцы). Для него характерно непонимание языка эмоций (отсутствие эмоциональной интуиции). Характерно преобладание внутреннего мира над связями с внешним миром. Они строят свой мир на языке знаков и символов. Формальное, безликое, серое, малоэмоциональное поведение. Упорядоченный, эмоциональный внутренний мир. У них аутистическое мышление.

### **Циклоидные психопаты:**

Этот тип был описан в 1921 году Эрнстом Кречмером. В основе лежит сангвинический темперамент. Основная проблема заключается в особенностях биоритмов. Телосложение – пикническое.

Для них характерны перепады настроения, экстраверсия, жизнь в мире ощущений, диатетическая пропорция (колебания от радости к печали), яркая чувствительность, реалистический склад ума, гибкость суждений, синтоничность. В МКБ-10 термин «циклотимия» (F 34.0 – циклотимия) близок к циклоидным психопатам.

Циклоидные варианты: классический (сезонные колебания), эмоционально-лабильный, гипертимный, депрессивный (гипотимический)

### **Эпилептоидные психопаты:**

Они были описаны в 1921 г. Ф. Минковской. Особенностью височных долей является замедленность психических процессов с тенденцией к накоплению внутреннего напряжения. Телосложение – атлетическое .



Они склонны к застою течению эмоциональных реакций и очень мстительны. Имеют аффективно-накопительную пропорцию (аффект накапливается, происходит «взрыв» эмоций), обладают склонностью к лидерству, но лишены гибкости. Они не идут на компромисс. Они показывают основательность мышления. Они основательны, экономичны и прямолинейны. Характерны сильные и яркие побуждения. Стабильность волевых процессов присутствует.

**МКБ-10 описывает «эмоционально неустойчивое расстройство личности».** Различают импульсивный и пограничный типы эмоционально неустойчивого расстройства личности.

Импульсивный тип характеризуется эмоциональной нестабильностью и отсутствием контроля над импульсивностью. Вспышки агрессии (аутоагрессия, гетероагрессия), насилие и угрожающее суицидальное поведение характерны для этого расстройства, особенно в ответ на критику со стороны значимых других.

Пограничное расстройство личности. Существуют общие характеристики эмоциональной нестабильности. Однако наиболее характерно то, что образ Я, намерения, мотивы поступков, предпочтения, в том числе и сексуальные, зачастую неясны и нарушены. Проявления не соответствуют ситуации как по силе, так и по направленности действий. Характерно ощущение внутренней пустоты. Склонность к нестабильным отношениям может привести к повторяющимся эмоциональным кризисам, сопровождающимся серией суицидальных угроз или членовредительства.

#### **Асоциальные психопаты:**

Описан Э. Крепелиным в 1898 г. Особенностью является функциональная задержка развития лобных долей. Тип телосложения – ювенильный (подростковый). Этот динамический стереотип характеризуется своей последовательностью. К детским чертам психики относятся: простодушие, наивность, внушаемость, легкомыслие, беззаботность, «хрустальное ребячество» эмоций. Они показывают отсутствие привязанностей. Они живут по принципу удовольствия, не проявляют тревоги и живут так, как будто завтра не наступит. Они действуют необязательно, безответственно. Имеют склонность к употреблению наркотиков, проявляют асоциальное поведение, не задумываясь о последствиях.

В МКБ-10 «Диссоциальное расстройство личности» (F 60.2)

#### **Параноидные психопаты:**

Описан Жаном Фальре в 1890 году. Телосложение – атлетическое У них есть склонность формировать сверхценные идеи и заикливаться на эмоционально окрашенных идеях.

Они переоценивают и себя, и свою роль, и свои возможности. Проявляют холодно-функциональное отношение к людям. Характерны подозрительность и недоверие. У них болезненно уязвимое чувство собственного достоинства с неспособностью прощать.

#### **Истерические психопаты:**

Термин «истерия» был введен Платоном. Особенностью является преобладание первой сигнальной системы.

Тип телосложения – ювенильный (подростковый). Демонстративность (театральность).

Для него характерны: преобладание образного мышления (вместо абстрактно-логического), неустойчивая самооценка, яркая эмоциональность. Им свойственно фантазировать. Присутствует эгоизм и эгоцентризм. Они могут легко изменить стереотип.

**Психопатические состояния** - психопатические психические дефекты, приобретенные после психического заболевания. Например, при шизофрении (шизоидизация личности), на фоне энцефалопатий (нарастание астенических и взрывных черт).

В динамике расстройств личности различают **состояния компенсации и состояния декомпенсации**.

Варианты декомпенсации: у циклоидов - колебания биотонуса, у шизоидов - повышенная замкнутость, у эпилептоидов - дисфория, у психастеников - повышенная тревожность.

**В МКБ-10 выделяют следующие специфические расстройства личности:**

1. Параноидное расстройство личности
2. шизоидное
3. Диссоциальное (асоциальное).
4. Эмоционально неустойчивое: А-импульсивный тип, В-пограничный тип (пограничное расстройство личности).
5. Истерическое (демонстративное) поведение. Эта группа связана с нарциссическим расстройством личности (МКБ-10 не выделяет его как особую форму).
6. Ананкастное (обсессивно-компульсивный).
7. Тревожное (уклончивый).

Смешанное расстройство личности (МКБ-10) имеет черты нескольких специфических расстройств личности.

По МКБ-10 различают:

Параноидное расстройство личности: отмечены:

- чрезмерная чувствительность к неудачам и провалам.
- высокомерие, обидчивость, повышенная самооценка;
- подозрительность, склонность оценивать нейтральное поведение окружающих как недружественное, враждебное;
- морально-этический эгоцентризм;
- склонность к ревности.
- склонность видеть в других скрытые мотивы враждебности там, где на самом деле их нет.

К этому типу ненормальной личности относятся фанатики, экспансивные и чувствительные параноики.

Шизоидное расстройство личности характеризуется:

- эмоциональная холодность, неумение испытывать удовольствие, любовь, проявлять теплые чувства;
- нечувствительность к оценкам окружающих и социальной регуляции поведения;

- повышенная склонность к самоанализу, фантазиям, умозрительным построениям;
- отчуждение от людей, общества, склонность к уединенной деятельности;
- отсутствие близких людей, дружеских и доверительных связей (или наличие только одной такой связи), а также нежелание иметь такие связи.

Диссоциальное расстройство личности характеризуется по:

- черствость, жестокость, безответственное и пренебрежительное отношение к существующим нормам приемлемого поведения в данной культурной среде;
- неумение устанавливать и поддерживать межличностные контакты;
- толерантность к ситуациям фрустрации, брутальным проявлениям агрессии;
- отсутствие чувства вины, неумение извлекать уроки из негативного опыта, в частности наказания;
- наличие «непреодолимых» барьеров психологической защиты в виде склонности обвинять других и оправдывать себя.

К этому типу личности относятся «социопаты», аморальные, асоциальные и антисоциальные личности, а также психопатические расстройства личности.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности характеризуется:

- нестабильное настроение.
- склонность действовать импульсивно, без учета контекста ситуации и возможных последствий действий;
- неумение планировать и прогнозировать развитие событий;
- значительное снижение эмоционального контроля;
- склонность к неконтролируемым агрессивным действиям.

В рамках данного типа аномальной личности рассматриваются собственно импульсивный тип (взрывное и агрессивное расстройство личности) и пограничный тип личности.

Истерическое расстройство личности характеризуется:

- жеманство, преувеличение и притворное выражение чувств;
- повышенная внушаемость и самовнушение, негативизм, упрямство;
- стремление соблазнять окружающих повышенным вниманием к своему внешнему виду;
- повышенная активность, направленная на то, чтобы быть в центре внимания окружающих — поверхностность и неустойчивость эмоциональности;
- манипулятивное поведение в различных ролях («больные», «несчастные», «беспомощные», «соблазнитель» и др.).

Ананкастное расстройство личности характеризуется:

- чрезмерная осторожность, мнительность;
- стремление к неукоснительному соблюдению установленных правил, инструкций, норм, порядка, неукоснительное следование общественным условиям;
- перфекционизм, стремление к совершенству, чрезмерная мотивация поведения;
- приоритет добросовестного выполнения обязанностей в ущерб удовольствию и межличностным отношениям;

- авторитарность, стремление все контролировать, ограничивая свободу действий окружающих, которые, по мнению больного, должны все делать точно так же, как он сам;
- склонность к навязчивым мыслям и влечениям.

Тревожное расстройство личности характеризуется:

- постоянное общее чувство напряжения и мрачные предчувствия;
- сниженная самооценка, связанная с социальными, внутренними и внешними качествами собственной личности;
- болезненно острая реакция в ответ на критику или неприятие в социальных ситуациях;
- избегать межличностных контактов, если нет гарантии понравиться;
- пугливость, неприятие риска, сужение жизненного цикла из-за потребности в физической безопасности;
- проблемы самореализации, связанные с механизмом самосбывающегося пророчества, то есть с ожиданием неудачи, критики, неприятия.

Зависимое расстройство личности характеризуется:

- неспособность самостоятельно принимать решения, высказывать требования и защищать свои интересы;
  - страх оказаться неспособным жить самостоятельно, быть предоставленным самому себе — повышенная потребность в совете, поддержке, помощи;
- отсутствие четких представлений о самоидентификации, жизнь «по чужим рецептам». К этому типу относятся астенические, неадекватные, а также пассивные и «пораженческие» личности.

В особую группу «других специфических расстройств личности» входят эксцентричные «несдержанные», инфантильные, пассивно-агрессивные личности, а также «психоневротическое расстройство личности».

Из специфических расстройств личности можно выделить тип — **«хроническое изменение личности после пережитой катастрофы»**. Например, после пребывания в концлагерях, в плену или в качестве заложника с постоянным ожиданием быть убитым, инсценировкой смертной казни, казнью близких, стихийные бедствия, пытки и др. Собственно изменения личности носят хронический характер, длятся не менее двух лет, выражаются стойкими нарушениями адаптации и разрывом межличностных связей.

Характер изменений личности после стихийных бедствий включает:

- враждебное или недоверчивое отношение к миру;
- социальная изоляция;
- переживание пустоты и безысходности;
- ощущение нахождения «на грани» с постоянным ожиданием угрозы и повторения катастрофы;
- отчужденность.

В дополнение к ранее описанным реакциям личности на болезнь упомянем о недифференцированном до сих пор «хроническом изменении личности после душевной болезни», наблюдающемся после окончания душевной болезни, в частности, шизофрении. Для него характерны следующие клинические признаки:

— чрезмерная зависимость и требовательное отношение к окружающим;

— убежденность в том, что существует такая степень внутренних изменений, которая делает невозможным формирование и поддержание близких и доверительных отношений в личном и социальном плане;

— спонтанность, снижение интереса к проведению досуга;

— ипохондрический, постоянные жалобы на болезнь;

— неустойчивое и дисфорическое настроение; — значительное снижение социально-трудового функционирования по сравнению с преморбидным периодом.

Хроническое изменение личности после психического заболевания может быть установлено через два года и более после окончания болезни, если оно не связано с обширным поражением или заболеванием головного мозга.

*МКБ-11.* Расстройство личности характеризуется проблемами в функционировании различных аспектов личности. В первую очередь речь идет о проблемах самоидентификации, самооценки, самовосприятия, а также о нарушениях в коммуникативной сфере. Последнее касается способности устанавливать, развивать и поддерживать близкие и взаимно удовлетворяющие отношения. Проблемы возникают на уровне умения принимать и понимать точки зрения других людей, склонность к конфликтам. Расстройство можно диагностировать, если симптомы проявляются в течение двух и более лет (проявления стойкие и труднообратимые, характерна тотальность психики с особенностями поведения, эмоций и поведения, расстройство приводит к дезадаптации).

Нарушение проявляется в паттернах познания, эмоционального опыта, эмоционального выражения и поведения, которые являются неадаптивными (например, негибкими или плохо регулируемы) и проявляются в целом ряде личных и социальных ситуаций (т. е. не ограничиваются конкретными отношениями или социальными отношениями).

### **Диагностические требования**

Общие диагностические требования для расстройства личности

Основные (обязательные) функции:

- Длительное и стойкое расстройство, характеризующееся проблемами в функционировании аспектов личности (это касается вопросов идентичности, самооценки, самовосприятия) и/или коммуникативной (межличностной) дисфункцией, характеризующейся неспособностью контролировать себя в конфликтных ситуациях.
- Нарушения сохраняются в течение длительного периода времени (например, в течение 2 лет и более).
- Нарушение проявляется в паттернах познания, эмоционального опыта, эмоционального выражения и поведения, которые являются неадаптивными (например, негибкими или плохо регулируемы).
- Нарушение проявляется в целом ряде личных и социальных ситуаций (т. е. не ограничивается конкретными отношениями или социальными ролями), хотя оно может последовательно вызываться определенными типами обстоятельств, а не другими.

- Дезадаптация отмечается в социальной, семейной и трудовой сферах. Расстройство не может быть связано с употреблением психоактивных веществ.

#### **Эмоциональные проявления:**

- Диапазон и уместность эмоциональных переживаний и выражений.
- Склонность к чрезмерной или недостаточной эмоциональной реактивности.
- Способность распознавать и признавать эмоции, которые сложны или нежелательны для человека (например, гнев, печаль).

#### **Когнитивные проявления:**

- Точность ситуационных и межличностных оценок, особенно в условиях стресса.
- Умение принимать правильные решения в условиях неопределенности.
- Надлежащая стабильность и гибкость систем убеждений.

#### **Поведенческие проявления:**

- Гибкость в контроле импульсов и модулировании поведения в зависимости от ситуации и учета последствий.
- Уместность поведенческих реакций на сильные эмоции и стрессовые обстоятельства (например, склонность к членовредительству или насилию).

В МКБ-11 расстройства личности классифицируются по степени тяжести (легкая, средняя, тяжелая), а также учитывается наличие следующих закономерностей:

1. Негативная аффективность при расстройстве личности
2. Отстраненность при расстройстве личности
3. Диссоциальность при расстройстве личности
4. Расторможенность при расстройстве личности
5. Ананкастность при расстройстве личности или личностных

трудностях

6. Пограничная картина.

Полное описание конкретного случая расстройства личности включает в себя оценку уровня серьезности и назначение применимых спецификаторов области признаков (например, легкое расстройство личности с негативной аффективностью и ананкастией; тяжелое расстройство личности с диссоциальностью и расторможенностью). Пограничный паттерн считается необязательным, но, если он используется, в идеале его следует использовать в сочетании со спецификаторами домена признаков (например, умеренное расстройство личности с негативной аффективностью, диссоциальностью и расторможенностью, пограничным паттерном).

*Пограничное расстройство личности (МКБ-10).* Это расстройство личности, характеризующееся длительной нестабильностью межличностных отношений, искаженным самоощущением и эмоциональной дисрегуляцией. Пострадавшие часто чувствуют себя опустошенными и могут причинять себе вред, а также могут вести себя другим опасным образом, часто из-за того, что

им трудно вернуть свой эмоциональный уровень к здоровому или нормальному исходному уровню. Они также могут бороться с чувством пустоты, боязнью покинутости и отрывом от реальности. Симптомы пограничного расстройства личности, часто начинающиеся с дистресса, могут быть вызваны событиями, которые нейротипичные люди считают нормальными. Пограничное расстройство личности обычно начинается в раннем взрослом возрасте и проявляется в самых разных ситуациях. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, депрессия и расстройства пищевого поведения обычно связаны с пограничным расстройством личности.

#### Дифференциальный диагноз

Диагноз психопатии (расстройства личности) ставится на основании наличия относительно стойкого непсихотического расстройства, вызывающего выраженные нарушения межличностных отношений и адаптации. В типичных случаях это не представляет значительных затруднений. Однако на практике психопатии определяют высокую частоту декомпенсаций, сочетанных расстройств (алкоголизм, наркомания, влечения, семейная дисгармония, низкая успеваемость), которые становятся поводом для обращения к врачу. Оказывая помощь больному, врач часто не уделяет должного внимания патологическим чертам характера, ставшим основной причиной таких нарушений.

Дифференциальную диагностику психопатий следует проводить с:

- 1.эндогенные психические заболевания (шизофрения, биполярное аффективное расстройство);
2. психопатические проявления органических заболеваний (эпилепсия, дегенеративные заболевания, инфекции и интоксикации);
3. умственная отсталость.

Антисоциальное поведение, склонность к неоправданному самообвинению, низкая способность устанавливать связи с окружающими, эпизоды депрессии могут быть проявлениями дебюта шизофрении или шизотипического расстройства. Следует иметь в виду, что шизофрения является прогрессирующим заболеванием, поэтому, в отличие от психопатии, поведенческие расстройства при ней имеют тенденцию к нарастанию. На определенном этапе течения шизофрении выраженность эмоционально-волевого дефекта достигает такой степени, что больные становятся пассивными, теряют интерес, разрывают связи с асоциальной компанией, прекращают прием наркотиков из-за отсутствия воли и интереса.

При биполярном аффективном расстройстве периоды дезадаптации цикличны, между ними имеются явные светлые промежутки (интермиссии), во время которых поведение больных носит исключительно приспособительный характер. В психопатиях нет ярких пробелов.

Повышенная конфликтность, нетерпимость, расстройства влечений могут быть проявлением органического заболевания. Так, нарушения поведения нередко обнаруживаются в начальном периоде хронических инфекций (сифилис, СПИД), внутричерепных опухолей, интоксикаций, дегенеративных процессов, заболеваний сосудов. Все эти заболевания начинаются во взрослом возрасте, наблюдается значительный контраст между прежними и вновь приобретенными чертами характера. Все органические заболевания проявляются значительным ухудшением памяти и понимания.

В детстве проблемы взаимоотношений между детьми могут маскировать умственную отсталость. Так, некоторым олигофреникам свойственны застенчивость, капризность, упрямство. Снижение способности к формированию отвлеченных понятий у таких детей обнаруживается только при подготовке к школе.

Лечение проводят при декомпенсации:

- Заторможенные психопатии, гипотимические циклоиды, психастенические эпилептоиды, импрессивные истероиды – лечить психотерапией, транквилизаторами, антидепрессантами.
- Возбудимые психопатии лечат нейролептиками (корректорами поведения).
- Вне декомпенсации, вне психопатической реакции – адекватные занятия, психотерапия.

### *Девиантное поведение*

**Девиантное поведение** (также социальная девиация, девиантное поведение) – устойчивое поведение личности, отклоняющееся от общепринятых, наиболее распространенных и устоявшихся социальных норм. Негативное девиантное поведение приводит к применению обществом определенных формальных и неформальных санкций (изоляция, лечение, исправление или наказание нарушителя).

Девиантное поведение делится на две группы: психопатологическое и антисоциальное.

Под девиантным поведением понимаются действия индивида (или группы людей), не соответствующие реально сложившимся или официально установленным в данном обществе ожиданиям и нормам.

Хотя девиантное поведение теоретически делится на позитивное (служит прогрессу общества) и негативное (нарушает устои общества и тормозит его развитие), термин обычно употребляется в негативном смысле.

1) Психопатологическая девиантность – поведение отклоняется от нормы психического здоровья и связано с наличием явной или скрытой психической патологии. Как правило, мотивы поведения психически больного человека остаются неясными до тех пор, пока не будут обнаружены основные признаки болезни (галлюцинации, иллюзии, расстройства мышления или эмоционально-волевые расстройства).

2) Антиобщественное поведение определяется при нарушении некоторых социальных и культурных норм, особенно правовых. В последнем случае, когда такие деяния относительно незначительны, они называются правонарушениями, а когда они тяжки и уголовно наказуемы, — преступлениями. В соответствии с этим говорят о делинквентном (противоправном) и преступном поведении.

Проявления асоциальности делятся на несоциализированные и социализированные формы. Все они проявляются внешне одинаково — в виде негативизма, непослушания, конфликтности, агрессивности, вспышек ярости, нарушений норм сексуальных отношений. Однако в



несоциализированной форме проявления асоциальности не избирательны и направлены против многих людей.

В социализированных формах подросток сохраняет лояльность и не проявляет асоциального поведения к определенной группе людей или к отдельным лицам.

## **Неотложные состояния в психиатрии**

### ***Психомоторное возбуждение и агрессивное поведение***

Двигательное возбуждение — одно из частых проявлений острого психоза, которое сопровождается беспокойством (состояниями возбуждения), спутанностью сознания с яркими, быстро развивающимися галлюцинаторными, бредовыми или кататоническими симптомами, а также спутанностью сознания (бред, онейроид, сумеречное состояние и др. ). Больные действуют импульсивно, хаотично, их действия невозможно предугадать, их поступки внешне немотивированы. Больные могут убежать от воображаемых преследователей, могут пытаться выпрыгнуть из окна, выбежать обнаженными на улицу, на проезжую часть, могут нападать на окружающих.

Агрессия — это любое поведение, содержащее угрозу, или поведение, непосредственно наносящее вред другим людям (которые не хотят такого обращения).

Агрессия — это психоэмоциональное состояние, характеризующееся высокой готовностью к конфликту.

К агрессивному поведению относятся:

1. враждебное отношение. Это восприятие человеком реальной или мнимой угрозы со стороны других людей (недоверие, подозрительность);
2. Наиболее характерно появление агрессивных эмоций. К ним относятся гнев, обида, ненависть;
3. агрессивные действия и прямое насилие.

Агрессия может быть словесной или физической.

Агрессивное поведение может проявляться прямо (прямое физическое выражение агрессии) или косвенно. В последнем случае отмечают враждебность, сарказм, иронию (это проявления скрытой агрессии).

Отмечается раздражительность, негативизм (оппозиционное поведение в форме сопротивления. Это сопротивление может быть пассивным и активным), обидчивость и вербальная агрессия.

Терапия: Для купирования психомоторного возбуждения (а это бывает при кататоническом синдроме, при тревожном возбуждении, при галлюцинаторно-бредовых состояниях, при эпилепсии и др.) применяют внутримышечное или внутривенное введение нейролептиков. Применяются препараты с выраженным седативным действием (хлорпромазин, левомепромазин). Атипичный антипсихотик зипразидон при парентеральном введении показан для купирования возбуждения (в хорошо медикаментозных клиниках). При наличии противопоказаний к назначению нейролептиков (выраженная артериальная гипотензия, тяжелая сердечная недостаточность, тяжелые декомпенсированные соматические заболевания) предпочтение следует отдавать истинным транквилизаторам (седуксен или реланиум 20-40 мг). Возможно применение методов физического сдерживания в течение 1-2 часов, до развития эффекта медикаментозной терапии.

### ***Суицидальное поведение***

Суицидология – это наука, изучающая теоретические и практические аспекты суицидального поведения.

Суицидальное поведение – это любая форма психической деятельности, движимая идеей самоубийства. Суицидальное поведение проявляется в двух основных формах: внешней и внутренней.

Внутренняя форма суицидального поведения – суицидальные мысли (идеи, переживания, представления). Это преимущественно пассивные мысли о бесценности жизни, об отрицательном смысле жизни («нет в жизни счастья», «ты не живешь, а существуешь»). К этой группе относятся пассивные фантазии о своей смерти («хорошо бы умереть»).

Суицидальные мысли в норме возникают практически у всех людей, особенно в подростковом возрасте, но они не переходят в суицидальные наклонности.

Суицидальные наклонности уже являются суицидальными планами намерений. Это активное размышление, с разработкой плана ухода из жизни, анализом способов совершения самоубийства, места и времени. Практически все самоубийцы в этот период рассказывают о своих суицидальных намерениях кому-либо из родственников, друзей или знакомых, врачу. Но рассказывают в шутливой форме, часто с улыбкой на лице.

Обычно такие заявления не воспринимаются окружающими всерьез, расцениваются как демонстративно шантажирующие заявления. Во всех случаях подобных заявлений требуется консультация психиатра.

Три стадии суицидального поведения:

1. Пассивные суицидальные мысли. Здесь есть представления и фантазии о собственной смерти, но не о лишении себя жизни («хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться»).

2. Суицидальные мысли – активная форма суицидального поведения. Разрабатывается план самоубийства. Человек анализирует способы, время и место самоубийства.

3. Суицидальные намерения – это план плюс волевое решение.

К внешним формам суицидального поведения относятся: суицидальные попытки и завершённые суициды.

К суицидальным попыткам относятся все суицидальные действия, не приведшие к смерти по причине, не зависящей от суицида (например, своевременное оказание помощи).

Демонстративные суицидальные попытки - это такие, при которых суицидальный человек осознает безопасность средств, которые он использует для совершения самоубийства.

Типы суицидального поведения:

- Демонстративное шантажирующее суицидальное поведение.
- Аффективное суицидальное поведение.
- Истинное (запланированное) суицидальное поведение.

Суицидальные наклонности являются практически обязательным компонентом тяжелых депрессивных состояний. Особенно легко совершают суицид больные без выраженной идеомоторной заторможенности (когда в структуре депрессии преобладает тревога или ажитированная депрессия). Наличие в анамнезе суицидальных попыток повышает риск суицида в будущем. Мужчины в 3 раза чаще заканчивают суицид, хотя женщины предпринимают попытки самоубийства в 4 раза чаще, чем мужчины.

Факторы, коррелирующие с суицидальным риском (по данным Г.И. Каплан и Б.Дж. Садок, 1994): Возраст 45 лет и старше, Алкоголизм, Возбудимость, агрессивность, склонность к насилию, Суицидальное поведение в прошлом, Мужской пол, Нежелание принимать помощь, Длительный депрессивный эпизод в анамнез, Госпитализация и лечение в психиатрическом стационаре, Депрессия, Соматические заболевания, предстоящая операция. Потеря работы или выход на пенсию, Одиночество, потеря счетчиков. Самоубийство близких родственников.

При возникновении подозрений врач должен прямо спросить больного о наличии суицидальных мыслей: большинство больных их не скрывают.

Условия лечения - проводится в психиатрическом стационаре. Больным назначают антидепрессанты. Но эти препараты не сразу начинают действовать на депрессивные симптомы. При этом вначале удается купировать двигательный компонент депрессии, больные становятся более активными, а идеальный компонент депрессии все же сохраняется. По этой причине в первые недели лечения (особенно при ажитированной депрессии) дополнительно назначают нейролептики или транквилизаторы.

При шизофрении суицидальное поведение может сопровождаться императивными галлюцинациями («голоса» приказывают убить себя), депрессивным сюжетом перцептивных обманов («голоса» обвиняют больного в определенных преступлениях), ипохондрическим бредом (о наличии неизлечимого заболевания).

При истерической психопатии отмечают демонстративные суицидальные попытки. На фоне конфликтной ситуации больные заявляют, что покончат жизнь самоубийством, не имея желаний умереть на самом деле.

Всегда следует крайне осторожно относиться к любым заявлениям больных относительно нежелания жить или желаний умереть. Врача не должна успокаивать улыбка больного, говорящего о суицидальных намерениях.

Рассказывая врачу о своих мыслях, больной стремится к тому, чтобы врач предотвратил суицид. Игнорирование этих заявлений врачом может стать еще одним толчком к суициду.

### ***Отказ от еды***

Причиной отказа от еды у психически больных могут быть самые разные психопатологические явления. К ним относятся кататонический ступор, нервная анорексия, императивные галлюцинации, запрещающие прием пищи, наряду с тяжелой депрессией с бредовыми идеями самообвинения.

На длительное голодание указывает запах ацетона изо рта, а также признаки обезвоживания. Это снижение тургора кожи, артериальная гипотензия. Также отмечают гипогликемию, отсутствие стула и нарастающее истощение. Рекомендуется проводить регулярное взвешивание больных.

Исхудавшим больным, отказывающимся от еды, рекомендуется постельный режим, ежедневные очистительные клизмы. Применение малых доз инсулина может повысить аппетит.

Показано внутривенное введение 5% глюкозы и внутримышечное введение витаминов С, В1, В6. Назначают анаболические гормоны.

При кататоническом синдроме и истерических симптомах эффективна процедура расторможения. Для этого применяют диазепам (седуксен, реланиум). Зондовое питание (через назогастральный зонд) позволяет вводить жидкую пищу в желудок, стимулирует больных к последующему самостоятельному приему пищи.

Помимо общего ухода, показано зондовое питание, витамины, этиотропное лечение, направленное на основное заболевание (антидепрессанты, нейролептики, транквилизаторы).

### ***Тяжелый делирий***

Наиболее частым является алкогольный делирий. Часто протекает относительно благоприятно, заканчиваясь полным выздоровлением. Однако примерно в 20% случаев наблюдаются более тяжелые формы делирия, которые относят к неотложным состояниям, угрожающим жизни больного. Делирий может быть вызван не только алкоголизмом, но и тяжелыми соматическими заболеваниями.

Признаками тяжелого делирия при выраженном истощении являются: артериальная гипотензия, появление мелких хаотических движений больного в пределах постели. Маркером тяжести делирия является невозможность установления контакта с больным.

К тяжелым формам делирия относятся климание и профессиональный делирий.

Легкий делирий может быстро перейти в ступор и кому. Характеризуется хаотичным двигательным возбуждением, ограниченными пределами постели.

Отмечают хореоформные гиперкинезы: больные что-то нащупывают, обдирают себя, проходятся по складкам одеяла, срывают пеленку.

При профессиональном бреде больные дезориентированы, возбуждены, совершают автоматизированные двигательные акты, характерные для их профессиональной деятельности. Например, «шить», «планировать».

Острая алкогольная энцефалопатия Гей-Вернике — опасный алкогольный психоз, проявляющийся глубокой спутанностью сознания.

При гиперкинетическом делирии терапию начинают с устранения психомоторного возбуждения. Применяются транквилизаторы, например диазепам (20-40 мг) и галоперидол 10-15 мг парентерально. Возможно введение 20-40 мл 20% раствора натрия оксибутирата (парентерально). Применение дифенгидрамина даст седативный эффект. Проводится массивная дезинтоксикационная терапия.

При энцефалопатии Гайе-Вернике, профессиональном бреде седативные препараты применяют с осторожностью. Обычно достаточно 20-40 мг диазепама внутримышечно. Допускается пероральное применение смеси Попова. Это фенобарбитал, смешанный с 50-100 мл водки.

Для дезинтоксикации и коррекции метаболических нарушений внутривенно применяют гемодез или реополиглюкин (при пониженном артериальном давлении), полиионные растворы, содержащие натрий, калий, магний, карбонаты. Также вводят 5% раствор глюкозы, витамины С, В1, В6 в высоких дозах (витамин В1 и витамин В6 нельзя смешивать в одном шприце или флаконе), пирацетам. Применение тиосульфата натрия будет иметь дополнительный дезинтоксикационный эффект. Применение диуретиков (лазикс, манинил) и сульфата магния парентерально снизит риск развития отека мозга, а также снизит артериальное давление.

К неотложным состояниям относят не только делирий, но и другие качественные и количественные расстройства сознания. Лечение также должно быть направлено на основное заболевание (соматическое или психическое).

### *Эпилептический статус*

Это состояние описано в главе «Эпилепсия». Здесь мы остановимся на некоторых моментах.

Это состояние характеризуется серией повторяющихся эпилептических припадков (чаще grand mal), между которыми сознание не восстанавливается. То есть речь идет о развитии комы.

Хотя в период между приступами может восстанавливаться спонтанное дыхание. Наблюдается расстройство ликвородинамики, вторичная гипертермия (за счет мышечной деятельности), нарастание отека головного мозга с нарушением дыхания и сердечной деятельности. При неэффективности лечения смерть наступает в течение нескольких часов.

Причиной эпилептического статуса могут быть: алкоголизм, прекращение противосудорожной терапии, беременность у больных эпилепсией, внутричерепные опухоли и метастазы в головной мозг, тяжелая черепно-мозговая травма и так далее.

Лечение: внутривенно медленно вводят 20-60 мг диазепама в сочетании с 10 мл 40% раствора глюкозы. Также возможно введение лекарственных препаратов (вальпроевая кислота парентерально; барбитураты, бензодиазепиновые транквилизаторы - через назогастральный зонд).

Вызывается бригада реанимации. Проводят противошоковую и дегидратационную терапию. Применяют магния сульфат (10-15 мл 25% раствора внутримышечно или внутривенно), наряду с фуросемидом (внутривенно струйно 20-40 мг), маннитолом (200 мл свежего 15-20% раствора), преднизолоном или дексаметазоном, гепарином ( 5000 МЕ 4 раза в день). Для поддержания сердечной деятельности вводят кофеин, кордиамин, эуфиллин. Противопоказаны препараты, провоцирующие судороги.

### ***Фебрильная шизофрения***

Фебрильная кататония [Stauder, K., 1934]. В настоящее время смертность при фебрильной шизофрении колеблется от 8 до 19%.

Фебрильные судороги чаще встречаются у молодых людей с эпизодической шизофренией. Часто это манифестные (первые) психотические эпизоды. Характерна гипертермия, температура тела достигает 40°C и коррелирует с тяжестью состояния. Развивается обезвоживание (заострение черт лица, сухость слизистых оболочек, обильное потоотделение). Кровотечения и синяки возникают легко. В крови отмечают лейкоцитоз, увеличивается скорость оседания эритроцитов (эти показатели коррелируют с тяжестью состояния). Также повышается концентрация мочевины и креатинина, в моче обнаруживается белок и эритроциты. Наблюдается глубокая спутанность сознания (вплоть до аменции). Смерть наступает вследствие острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Электросудорожная терапия дает хороший эффект при фебрильной шизофрении, но она показана в первые 3 дня приступа. В последующем периоде в связи с усугублением соматического состояния больного электросудорожная терапия будет противопоказана.

Вводят растворы (гемодез, реополиглюкин, глюкоза с инсулином, полиионные смеси). Назначить ноотропы. Гипотензию лечат преднизолоном и дексаметазоном. С целью дезинтоксикации применяют плазмаферез и гемосорбцию.

Для снижения температуры тела вводят анальгин, аминопирин, проводят охлаждение пузырьками льда. При психомоторном возбуждении назначают большие дозы диазепамовых транквилизаторов.

Польза хлорпромазина при фебрильной шизофрении не очевидна, сомнительна. Существует риск развития злокачественного нейролептического синдрома и буллезного дерматита.

Условия терапии - больной находится на лечении в реанимационном отделении психиатрического или многопрофильного стационара.

### ***Злокачественный нейролептический синдром***

Злокачественный нейролептический синдром. Основными проявлениями являются генерализованная мышечная ригидность, гипертермия центрального генеза, спутанность сознания и обезвоживание. Состояние было описано J. Deleyem, P. Picot, I. Lamperrier в 1960 г. при испытании препарата галоперидол.

Подобные состояния возникают и после применения других психоактивных препаратов (трициклических антидепрессантов, серотонинергических антидепрессантов, атипичных нейролептиков). Летальность при этой патологии достигает 15%.

Патогенез – возникает вследствие блокады дофаминовых рецепторов в базальных ганглиях и гипоталамусе.

Необходима дифференциальная диагностика с фебрильной шизофренией. При злокачественной нейролепсии гипертермия возникает позже, после нескольких недель нейролептической терапии. Также с начала терапии нейролептиками отмечают экстрапирамидные побочные эффекты. Наиболее часто злокачественная нейролепсия возникает у пожилых пациентов.

Клинические проявления: гипертермия центрального генеза (отсутствие эффекта от пирacetama); кататонические симптомы; повышение мышечного тонуса, нарушение сознания, тахикардия, нестабильное артериальное давление, гипергидроз (повышенная потливость в сочетании с бледностью кожных покровов); дисфагия; Лейкоцитоз.

Лечение: Бромокриптин. Стимуляция дофаминовых рецепторов бромокриптином может восстановить нейрохимический баланс мозга.

Клинически бромокриптин уменьшает выраженность тремора, ригидности, брадикардии и других симптомов злокачественного нейролептического синдрома.

**Серотониновый синдром** - ургентное состояние, связанное с применением антидепрессантов (СИОЗС, комбинация СИОЗС с ингибиторами MAO или с L-триптофаном).

Этиология и патогенез. Развитие серотонинового синдрома обусловлено гиперстимуляцией как центральных, так и периферических серотониновых рецепторов.

Клинические проявления: желудочно-кишечные расстройства, дисфункция сердечно-сосудистой системы, сухость кожи, качественные и количественные расстройства сознания.

Лечение: прекратить прием антидепрессантов. Инфузионная и дезинтоксикационная терапия.

Дайте ципрогептадин в дозе 8-30 мг в сутки, хлорпромазин 50-100 мг в сутки. При болях с мышечной ригидностью - диазепам 10-20 мг в сутки, лоразепам.

При гипертермии - ввести метамизол (анальгин) 1-2 мл в/м в сочетании с хлорпромазином 2 мл. Эти препараты входят в состав литической смеси.

Домперидон, являясь блокатором периферических дофаминовых и серотониновых рецепторов, способен оказывать терапевтическое действие на патогенетическом уровне.

Прогноз: относительно благоприятный. После отмены антидепрессантов в течение дня удается добиться улучшения состояния больных.

*Профилактика «серотонинового синдрома»:*

- 1) соблюдение рекомендуемых дозировок антидепрессантов;
- 2) избегание совместного применения антидепрессантов, в частности, СИОЗС с ингибиторами MAO, L-триптофаном;
- 3) при переходе с СИОЗС на ингибитор MAO (и наоборот) - соблюдать срок 2 недели (для флуоксетина 5 недель) после отмены старого и до назначения нового антидепрессанта.

### ***Отравление психотропными средствами***

Случайные отравления психотропными средствами чаще встречаются у детей. Психотропные препараты характеризуются высоким диапазоном допустимых суточных доз. При приеме чрезвычайно больших доз (упаковка таблеток) часто возникают симптомы тяжелой интоксикации. У взрослых причиной приема таких доз является суицидальная попытка.

Отравление нейролептиками из группы фенотиазинов (хлорпромазин) проявляется коматозным состоянием. Также характерны артериальная

гипотензия, расширение зрачков, замедление дыхания, гипотермия, тахикардия, анурия.

Лечение: промывание желудка, очистительные клизмы. Симптоматическая терапия, направленная на поддержание АД, функционирование сердечно-сосудистой системы. По показаниям применяют экстракорпоральные методы дезинтоксикации (гемодиализ, плазмаферез).

Отравление галоперидолом почти никогда не заканчивается смертельным исходом. Клиническая картина отравления аналогична.

В качестве патогенетической терапии необходимо назначать противопаркинсонические препараты (бипериден, мандатин).

Отравление трициклическими антидепрессантами (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин). Коме часто предшествует период возбуждения. Часто отмечаются судороги. Кома сочетается с тахикардией, мерцательной аритмией, нарушениями проводящей системы миокарда). Возможны настоящие галлюцинации. Атония кишечника и мочевого пузыря.

Терапевтическая тактика аналогична описанной выше.

Клинические проявления отравления транквилизаторами: В легких случаях отмечаются сонливость, шаткость походки, дезориентация, тахикардия, сужение зрачков, гипотермия, поверхностное дыхание. В более тяжелых случаях развивается кома с нарушением сердечной деятельности.

При отравлении бензодиазепиновыми транквилизаторами редко развиваются опасные для жизни состояния. Барбитураты же имеют небольшой терапевтический диапазон, здесь выше вероятность тяжелого отравления.

После промывания желудка назначают стимуляторы (кофеин, кордиамин, эфедрин). Специфическим средством при отравлении барбитуратами является бемегрид (0,5% раствор внутривенно медленно повторять), но он противопоказан при коматозном состоянии. Для компенсации дыхательной деятельности назначают кислород. Антибиотики используются для предотвращения пневмонии.

Отравление тригексифенидилом (антихолинергическим препаратом) проявляется в развитии психозов. Такие психозы кратковременны и протекают по типу бреда. Характерны возбуждение и яркие истинные галлюцинации. Некоторые нейролептики (хлорпромазин, клозапин, тиоридазин) обладают выраженным антихолинергическим действием, поэтому их не следует назначать для купирования описанного здесь делирия. Применение транквилизаторов и блокаторов холинэстеразы (прозерин, физостигмин) показало эффект.



Рекомендуемая литература:

1. Оксфордский справочник по психиатрии. Четвертое издание. Оксфорд, 1267 стр.
2. Оксфордский справочник по клинической психологии. Оксфордская библиотека психологии. Под редакцией Дэвида Х. Барлоу. Оксфорд, 977 стр.
3. МКБ-11 по статистике смертности и заболеваемости. <https://icd.who.int>
4. Российское общество психиатров. Электронный учебник «Психиатрия и медицинская психология». <https://psychiatr.ru>
5. Клинический справочник шизофрении. Под редакцией Ким Т. Музер Дилип В. Джесте. Гилфорд Пресс. Нью-Йорк Лондон. 2008. 672п.
6. Каплан и Садок. Карманный справочник по клинической психиатрии. Шестое издание. 2019. 780.