

Рустанович А.В. Шамрей В.К.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

В СХЕМАХ, ТАБЛИЦАХ И РИСУНКАХ

третье издание



УДК 616.89 (083/084)

Р 897

Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное. — СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006. — 216 с.

ISBN 5-93979-012-7

Настоящее справочное пособие представляет собой краткое изложение (в виде схем, таблиц и рисунков) клинической психиатрии. В нем рассмотрены вопросы общей и частной психиатрии, дифференциальной диагностики психических расстройств, а также избранные вопросы экстремальной психиатрии. Проведен сопоставительный анализ отечественного и международного (МКБ-10) классификационных подходов. Представлены краткий словарь психиатрических и психоаналитических терминов, перечень основных психотропных средств, а также изданных на русском языке учебников, справочников и руководств по психиатрии.

Пособие написано сотрудниками кафедры психиатрии Военно-медицинской академии доктором медицинских наук доцентом А.В. Рустановичем и доктором медицинских наук профессором В.К. Шамреем. Оно предназначено для психиатров, психотерапевтов, наркологов, врачей смежных специальностей, но будет полезно также студентам медицинских институтов.

Рецензенты:

*доктор медицинских наук профессор Одинак М.М.,
доктор медицинских наук профессор Сосюкин А.Е.*

© Рустанович А.В., 2006

© Шамрей В.К., 2006

© «ЭЛБИ-СПб», 2006

ПРЕДИСЛОВИЕ

Изложение научных сведений в наглядной и удобной для усвоения форме почти всегда связано с необходимостью их схематизации и может привести к упрощенному или поверхностному представлению информации. Особенно, если речь идет о такой научной дисциплине как психиатрия, в значительной степени остающейся наукой описательной, базирующейся на феноменологических подходах. Авторам данной работы удалось, на наш взгляд, преодолеть это противоречие, вследствие чего краткость и доступность изложения информации сочетаются с точностью и конкретностью формулировок.

Безусловно, следует отметить, что данное справочное пособие не заменяет существующих руководств и учебников по психиатрии. Более того, избранная авторами форма представления материала (схемы, таблицы и рисунки) не позволяет привести тщательные клинические описания психопатологических расстройств, ограничивает возможность изложения сведений по этиологии, патогенезу, дифференциальной диагностике, лечению и профилактике психических заболеваний и т.д. Впрочем, цель систематического изложения психиатрии и не ставилась: задуманное как справочный инструмент для психиатров и смежных специалистов, пособие в этом качестве, безусловно, является не только очень удобным для практического использования, но и в достаточно полной мере отражает основные разделы современной клинической психиатрии.

Сказанное в полной мере подтверждается тем обстоятельством, что два предыдущих издания данной монографии (2001 и 2003 годы) были раскуплены в исключительно короткие для специальной медицинской литературы сроки. Причем, книгой в равной мере заинтересовались и студенты (для подготовки к занятиям и экзаменам), и практические врачи (для повседневного использования), и даже преподаватели (в качестве учебно-методического пособия).

*Заслуженный деятель науки РФ
доктор медицинских наук профессор
Ю.В.Попов*



**Данный файл представлен исключительно
в ознакомительных целях.**

**Все авторские права на данный файл
сохраняются за правообладателем.**

**Любое коммерческое и иное использование
кроме предварительного ознакомления запрещено.**

**Публикация данного документа не преследует
никакой коммерческой выгоды. Но такие документы
способствуют быстрейшему профессиональному и
духовному росту читателей и являются рекламой
бумажных изданий таких документов.**

Все авторские права сохраняются за правообладателем.

ВВЕДЕНИЕ

Очевидно, что простота и последовательность изложения основных (базовых) сведений по клинической психиатрии относятся к числу необходимых предпосылок качества и прочности ее усвоения. Вместе с тем, во многих современных учебных пособиях описание вопросов общей и частной психиатрии отличается сложностью изложения, а иногда — и противоречивостью трактовок отдельных из них. В связи с этим, в настоящем пособии предпринята попытка представления материалов по основным разделам клинической психиатрии в максимально схематизированной, простой, доступной для понимания форме. Разумеется, такая форма освещения клинических вопросов не позволяет дать их детальную описательную характеристику и отразить дискуссионные аспекты. Поэтому в пособии отражены лишь наиболее устоявшиеся и общепринятые в настоящее время подходы, а также использован многолетний опыт преподавания на кафедре психиатрии Военно-медицинской академии. Авторы выражают искреннюю признательность сотрудникам кафедры, материалы, опыт и знания которых использованы в пособии.

Пособие состоит из четырех частей («Общая психиатрия», «Классификация психических расстройств», «Частная психиатрия» и «Основы экстремальной психиатрии»), особенности изложения сведений в каждой из которых освещаются в краткой преамбуле. В приложениях представлены краткий словарь психиатрических (приложение 1) и психоаналитических (приложение 2) терминов, перечень основных психотропных средств (приложение 3), а также перечень основных учебников, справочников и руководств по психиатрии изданных на русском языке (приложение 4). С учетом все более широкого использования в нашей стране новой Международной классификации болезней большинство вопросов излагается с использованием сопоставительного анализа отечественного и международного (МКБ-10) подходов. Приоритет, при этом, однако отдается традиционно принятым в России классификационным и диагностическим схемам.

В настоящее издание, по сравнению с предыдущими (2001, 2003), внесены некоторые изменения: приведены обновленные данные о распространенности психических расстройств и новое положение о медицинском освидетельствовании призывников и военнослужащих, дополнительно включены ряд таблиц и рисунков.

Пособие предназначено для врачей-психиатров и смежных специалистов, но, вероятно, будет полезным также студентам медицинских ВУЗов как при изучении основ клинической психиатрии, так и при повторном обращении к этим вопросам (подготовке к зачетам, экзаменам и т.п.). При его написании авторы стремились обобщить сведения, изложенные в основных руководствах, учебниках и монографиях по психиатрии. Схематизированное представление информации, содержащейся в этих трудах, нередко осложнялось противоречивостью позиций разных авторов, неизбежным следствием чего, вероятно, явились определенные неточности в формулировках и диагностических схемах. Понимая это, авторы с благодарностью примут любые критические замечания и пожелания.

Часть I. ОБЩАЯ ПСИХИАТРИЯ

Общая психиатрия изучает основные, свойственные многим психическим заболеваниям, закономерности их проявлений и развития и включает в себя общую психопатологию, учение об этиологии и патогенезе психических расстройств, принципы их классификации, диагностики, лечения и профилактики, а также некоторые другие разделы.

Рассмотрение вопросов общей психиатрии начинается с изложения основных используемых в данной дисциплине понятий и рассмотрения этапов ее развития.

Предметом общей психопатологии является семиология психических расстройств, т.е. описание симптомов и синдромов психических заболеваний. Каждый в отдельности симптом не позволяет судить о конкретном психическом заболевании (диагнозе). Вместе с тем, их характерное сочетание, как правило, несет важную информацию о генезе психических расстройств. Поэтому диагностика психических болезней начинается с анализа симптомов.

Симптомы, как клинические критерии патологического состояния организма, разделяют на общие и местные, функциональные и органические, благоприятные и неблагоприятные, «стержневые» и транзиторные и т.д. В пособии же представлено традиционно принятое выделение симптомов расстройств отдельных психических процессов (восприятия, мышления, памяти, внимания, эмоций, воли и др.), что позволяет не только облегчить их изучение, но и максимально эффективно использовать полученные знания на начальных этапах диагностического процесса (по преобладанию расстройств со стороны той или иной психической сферы).

Синдром, как типичная совокупность патогенетически родственных симптомов, отражает патогенез психического заболевания. Из синдромов и их последовательной смены (синдромотаксиса) складывается клиническая картина болезни (стереотип развития болезни). В пособии синдромы излагаются по степени тяжести (Снежневский А.В., 1983) с выделением шести основных групп, что облегчает их усвоение, более патогенетически обосновано и позволяет сохранить преемственность последующего изложения материала (в частности, во второй части пособия дано соотношение тяжести психопатологических синдромов и отдельных нозологических форм).

Описание каждой группы синдромов начинается с перечня основных синдромов, входящих в нее, с последующей краткой характеристикой данного перечня (выделением критериев диагностики того или иного синдрома, его вариантов, а также проведением сравнительной характеристики близких в клиническом отношении и наиболее трудных в дифференциально-диагностическом плане синдромов).

В связи с тем, что этиология и патогенез многих психических заболеваний остаются не до конца известными, этому разделу психиатрии уделено относительно небольшое внимание и, в основном, лишь тем заболеваниям (группам заболеваний), которые представляют наибольший интерес для психиатров-клиницистов. В свою очередь, колоссальное разнообразие экспериментально-психологических, инструментальных, лабораторных и иных методов диагностики, а также способов фармакологической и психотерапевтической коррекции, используемых в современной психиатрии, также не позволило привести их подробной характеристики. В пособии, поэтому, указаны лишь основные и наиболее распространенные диагностические и терапевтические подходы. При этом при формировании отдельных таблиц по основным методам диагностики (раздел 5 части I) использовались материалы из атласа Л.И. Сандригайло «Вспомогательные методы диагностики в невропатологии и нейрохирургии» (1986).

В заключение следует подчеркнуть, что без твердого усвоения вопросов общей психиатрии невозможно изучение частной психиатрии (отдельных форм психических заболеваний).

Раздел 1. Основные понятия. Этапы развития

Психиатрия — наука о диагностике, лечении и профилактике психических расстройств

Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами (Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 г.)

Психическая болезнь — болезни головного мозга, проявляющиеся разнообразными расстройствами психической деятельности: продуктивными (бред, галлюцинации, аффективные нарушения) и негативными (выпадение или ослабление психической деятельности), а также общими изменениями личности (Большая медицинская энциклопедия. — М., 1983. — Т. 21. — 316 с.)

Психическое расстройство (по МКБ-10) — клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию (в МКБ-10 термины «болезнь», «заболевание», «нозологическая форма» не используются)

Основные этапы развития психиатрии (по Ю.М. Кузнецову, 1999)

Наименование этапа	Период времени	Краткая характеристика
Эмпирический	до конца XVIII века (снятие Ph. Pinel цепей с душевнобольных)	Формировавшиеся представления о психических расстройствах отражались в мифах, балладах, легендах, религиозных концепциях.
Феноменологический	конец XVIII– конец XIX века (до выделения Е.Краепелин первых нозологических форм)	Накопление представлений о симптомах и синдромах психических расстройств. Появление психиатрических клиник и кафедр. Первые научные разработки по лечению психических расстройств.
Нозологический (после введения в 1992 г. классификации МКБ-10, построенной на описательном, феноменологическом принципе, некоторые авторы говорят о переходе к «неокрепелиновскому» этапу развития)	с конца XIX века до настоящего времени	Изучение этиопатогенеза, клиники, динамики психических заболеваний. Широкое использование методов психотерапии и психофармакотерапии (после открытия в 1952 году психотропного действия ампазина).

Основные парадигмы (*) в психиатрии

Наименование парадигмы	Краткая характеристика
Эмпирическая	Доминировала в древнейшие времена и античный период. Представления о психических расстройствах формировались как результат наблюдения за больными людьми и отражались в мифах, сказаниях, балладах и т.п.
Религиозно-мистическая	Доминировала в средние века. Отношение к больным определялось господствующими религиозными концепциями (на Западе, преимущественно, как к людям, одержимым злыми духами, дьяволом и т.п.; в России, в основном, как к «блаженным», «божьим людям»).
Феноменологическая	Формирование связано со снятием Ph. Pinel цепей с душевнобольных (1792). Характеризовалась накоплением сведений о симптомах и синдромах психических расстройств, появлением первых психиатрических систематик и первых научных разработок по лечению психически больных.
Нозологическая	Связывается с выделением Е. Краепелин (90-е годы XIX века) первых нозологических форм. Характеризуется изучением особенностей клиники, динамики, терапии и профилактики отдельных психических заболеваний.
В связи с частичным отказом в последних классификационных версиях DSM и МКБ от нозологического принципа, некоторые авторы (Нуллер Ю.Л) говорят о формировании новой («адаптационной») парадигмы в психиатрии.	

* — парадигма — концептуально-теоретическая база науки

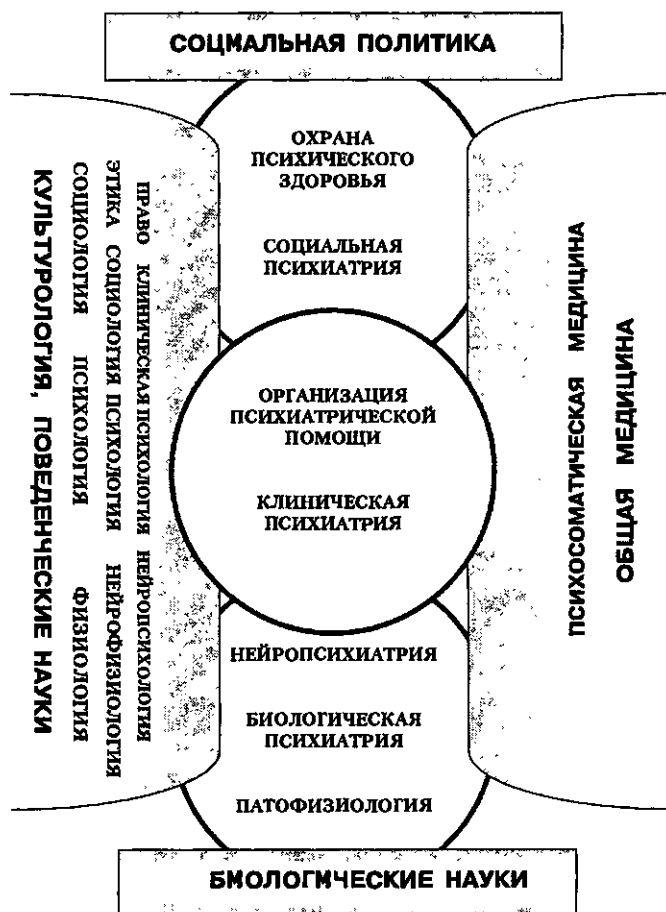
Основные разделы (направления развития) современной психиатрии

Наименование раздела	Предмет изучения
Общая психиатрия	Основные закономерности этиопатогенеза, клиники, динамики, диагностики, терапии и профилактики психических расстройств
Частная психиатрия	Отдельные психические заболевания (изоэтиологические формы)
Психотерапия*	Использование психологических факторов в лечебном процессе
Наркология*	Влияние психоактивных веществ на состояние человека
Детская психиатрия	Особенности психических расстройств, развивающихся в детском возрасте
Психиатрия катастроф**	Особенности психических расстройств, развивающихся в критических, жизнеопасных ситуациях
Военная психиатрия**	Особенности психических расстройств, развивающихся у военнослужащих (в мирное и военное время)
Судебная психиатрия**	Особенности психических расстройств, развивающихся у подсудимых и осужденных
Психофармакология	Разработка психотропных лекарственных средств

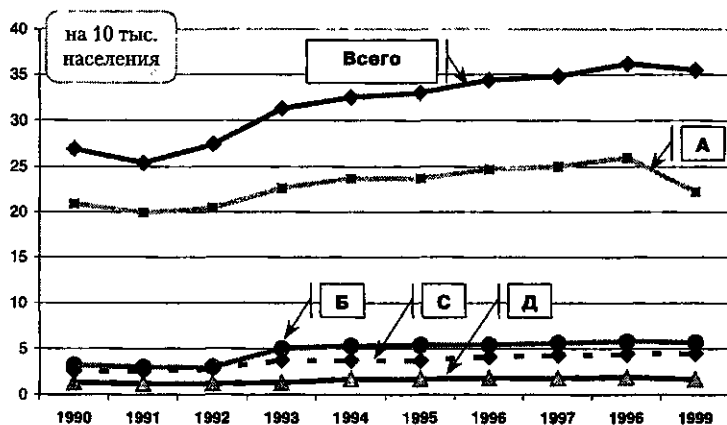
* — в последние годы в России выделяются в качестве самостоятельных медицинских дисциплин;

** — многими авторами рассматриваются как разделы экстремальной психиатрии

**Границы современной психиатрии
(по В.Н. Краснову, 2001)**

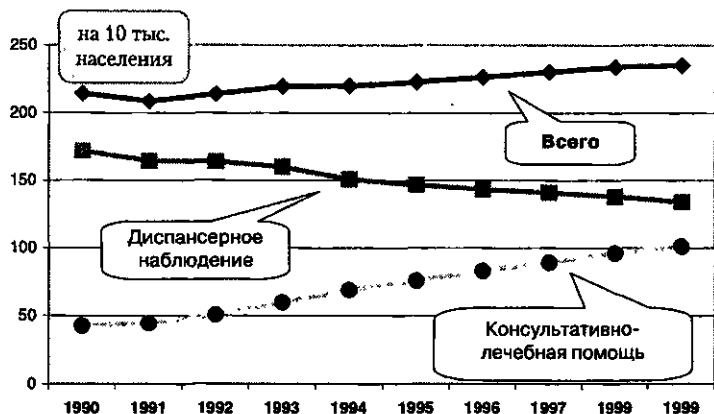


**Количество больных психическими расстройствами
с впервые в жизни установленным диагнозом
(по И.Я. Гуровичу с соавт., 2000)**



Непсихотические расстройства (А); психозы (Б);
умственная отсталость (С); шизофрения (Д)

**Количество больных психическими расстройствами,
состоящих под наблюдением
(по И.Я. Гуровичу с соавт., 2000)**



Неотложная и плановая госпитализация в психиатрический стационар

Госпитализация в психиатрический стационар требует соблюдения Закона Российской Федерации
«О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

Статья 28

Основанием для госпитализации
в психиатрический стационар являются:

- наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования и лечения в стационарных условиях, либо постановление судьи;
- необходимость проведения психиатрической (судебно-психиатрической) экспертизы;

Психиатрическая помощь оказывается *при добровольном* обращении лица *или с его согласия*, за исключением случаев, отдельно предусмотренных «Законом ...»

Статья 29

Основания для госпитализации
в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар *без его согласия до постановления судьи*, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- его непосредственную *опасность для себя или окружающих*;
- его *беспомощность* (то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности);
- *существенный вред его здоровью* вследствие ухудшения психического состояния, если *лицо будет оставлено без психиатрической помощи*.

Основные показания для неотложной и плановой госпитализации в психиатрический

ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

В плановом порядке госпитализируются больные с непсихотическими формами психических расстройств, последствиями травм и нейроинфекций, *не представляющие опасности для себя и окружающих.*

НЕОТЛОЖНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Неотложной госпитализации в психиатрический стационар подлежат больные с психозами, выраженными аффективными расстройствами, синдромами нарушенного сознания, суицидальными и импульсивными поступками, *представляющие непосредственную опасность для себя и окружающих.*

Непосредственная опасность больного для себя и окружающих может быть обусловлена следующими состояниями:

- неправильным поведением, вследствие острого психотического состояния (психомоторное возбуждение при склонности к агрессивным действиям, галлюцинации, бред, синдром психического автоматизма, синдром нарушенного сознания, патологическая импульсивность, тяжелые дисфории);
- систематизированными бредовыми синдромами, если они определяют общественную опасность поведения больного;
- психоневротическими бредовыми состояниями, обуславливающими неправильное поведение, агрессивное отношение больного к отдельным лицам, организациям, учреждениям;
- депрессивными состояниями, если они сопровождаются суицидальными тенденциями;
- маниакальными и гипоманиакальными состояниями, обуславливающими нарушение общественного порядка или агрессивные проявления в отношении окружающих;
- острыми психотическими состояниями у психопатических личностей, олигофренов и т. п., сопровождающимися возбуждением, агрессией и иными действиями опасными для себя и окружающих.

Раздел 2. Симптомы психических расстройств

Симптом

субъективно или объективно выявляемые болезненные проявления

Признак

объективно выявляемые болезненные проявления

ВОСПРИЯТИЕ – отражение действительности в ее внешних (формальных) связях и отношениях



Дифференциальная диагностика истинных и ложных галлюцинаций

КРИТЕРИИ ОТТРАНИЧЕНИЯ			
Галлюцинации	Проекция патологических образов	Чувственная яркость, живость галлюцинаторных образов	Чувство насильственности, «сделанности», влияние навне
Истинные	в окружающее пространство («вовне»)	сохранена	отсутствует
Ложные (псевдогаллюцинации)	в субъективное пространство («вовнутрь»)	отсутствует	выявляется

МЫШЛЕНИЕ — отражение действительности в ее внутренних (существенных) связях и отношениях

По темпу ассоциативного процесса	По стройности ассоциативного процесса
ускорение замедление обстоятельность шперрунг	бессвязанность разорванность резонерство разноплановость

Непродуктивные
(по «форме»)

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Продуктивные
(по «содержанию»)

Навязчивые идеи
(обсессии)

Сверхценные идеи

Бредовые идеи

Непроизвольно возникающие, не адекватные ситуации переживания, доминирующие в сознании больного, к которым сохраняется критическое отношение (сопровождаются «борьбой мотивов»)

Аффективно окрашенные, доминирующие суждения, сформировавшиеся вследствие реальных событий (не сопровождаются «борьбой мотивов»)

Ошибочные, некорректируемые умозаключения, формирующиеся на патологической основе и определяющие мировоззрение больного

Классификация obsessions

Идеаторные obsessions	Навязчивые влечения (мании)	Навязчивые страхи (фобии)	Навязчивые действия
Навязчивые: — мысли — воспоминания — представления — сомнения	(при наличии «борьбы мотивов») — kleptomania — пиромания — дромопатия — суицидопатия	— agoraphobia — claustrophobia — мизофобия — нозофобии — гипсофобия — фобофобия и др.	— не сочетающиеся с фобиями — сочетающиеся с фобиями (ритуалы)

По содержанию навязчивых переживаний

КЛАССИФИКАЦИЯ ОБСЕССИЙ

По реакции личности на переживания

Отвлеченные	Образные	Контрастные
Не сопровождаются аффективным напряжением	Сопровождаются аффективным напряжением	Развиваются в обстановке, исключающей возможность их выполнения

Варианты сверхценных идей (по А.О. Бухановскому с соавт., 1998)

Переоценка биологических свойств своей личности	Переоценка психологических свойств своей личности или ее творчества	Переоценка социальных факторов
— дисморфобические — ипохондрические — сексуальной неполноценности — самоусовершенствования	— изобретательства — реформаторства — талантливости	— виновности — эротические — сутяжничества (кверулянтства)

Бредовые идеи преследования	Бредовые идеи величия	Бредовые идеи самоуничижения
— преследования — воздействия — отравления — отношения — ущерба — интерметаморфозы — сутяжный	— изобретательства — реформаторства — высокого происхождения — любовного очарования — величия	— виновности — ипохондрический — нигилистический — дисморфомания — одержимости — метаморфозы



Расстройства памяти

ПАМЯТЬ — процесс образования (фиксации), хранения (ретенции), воспроизведения (репродукции) и забывания следов ощущений и восприятий

ретроградная, конградная, антероградная, перфорационная
(палимпсесты), фиксационная, прогрессирующая

Амнезия
(утрата памяти на события
определенного промежутка
времени)

Гипомнезия
(снижение памяти)

**РАССТРОЙСТВА
ПАМЯТИ**

Гипермнезия
(избирательное по-
вышения памяти на
отдельные события)

Парамнезии
(качественное искажение
памяти)

Конфабуляции
(ложные
воспоминания)

Криptomнезии
(стирание грани между реально
имевшими место событиями и
событиями о которых больной
услышал, прочитал или увидел)

Псевдореминисценции
(перенос реально
имевших место
событий во времени)

✓ фантастические
✓ замещающие

✓ ассоциируемые
✓ отчуждаемые

✓ в настоящее время
✓ в прошлое время

ВНИМАНИЕ — направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте

Симптомы	Краткая характеристика
Апрозексия	полное отсутствие («выпадение») внимания
Гипопрозексия (рассеянность)	неспособность к сосредоточению внимания
Истощаемость	неспособность к длительному сосредоточению внимания
Слабая распределяемость	сосредоточенность только на ситуационно значимом объекте (сужение «поля внимания»)
Гиперметаморфоз (отвлекаемость)	повышенная переключаемость внимания
Застреваемость (прикованность)	сниженная переключаемость внимания

ЭМОЦИИ – переживание человеком его отношения к окружающему миру и к самому себе

Аффект

Настроение

По выраженности и длительности
эмоциональных нарушений

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

По характеру («содержанию»)
эмоциональных нарушений

Симптомы снижения настроения	Симптомы повышения настроения	Симптомы неустойчивости эмоциональной сферы	Качественное искажение эмоций
– гипотимия – тоска – дистимия – дисфория – тревога – страх	– гипертимия – эйфория – мория – экстаз	– эмоциональная неустойчивость – эмоциональная лабильность – слабодушие	– эмоциональное оскудение – эмоциональная тупость – апатия – психическая анестезия

Расстройства воли. Расстройства влечений. Двигательные расстройства

ВОЛЯ — способность к активной, сознательной и целенаправленной деятельности

Абулия
(«отсутствие» волевых побуждений)

встречается при шизофреническом дефекте; органическом поражении лобных долей головного мозга

Гипобулия
(снижение волевых побуждений)

отмечается при депрессивных, астенических состояниях

РАССТРОЙСТВА ВОЛИ

Гипербулия
(болезненное повышение волевых побуждений)

характерна для наркомании, паранойяльного, маниакального синдромов

Парабулия
(качественное извращение волевых побуждений)

выявляется при шизофрении, психопатиях

ВЛЕЧЕНИЕ — неосознанное стремление к удовлетворению потребностей

РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ

Ослабление	Усиление	Извращение
— анорексия — гипосексуальность	— булимия — полидипсия — гиперсексуальность	— полифагия — суицидомания (*) — клептомания (*) — дромомания (*) — пиромания (*) — амбигендентность — негативизм — половые извращения — каннибализм

* — при отсутствии «борьбы мотивов»

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Гипокинезии (акинезии)

- параличи и парезы
- разновидности ступора:
 - * аффективный
 - * истерический
 - * депрессивный
 - * галлюцинаторный
 - * апатический
 - * кататонический

Дискинезии (паракинезии)

- эхопраксия
- эхолалия
- стереотипии
- парамимия

Гиперкинезии

- гиперкинезы
- разновидности психомоторного возбуждения:
 - * истерическое
 - * маниакальное
 - * галлюцинаторно-бредовое
 - * гебефреническое
 - * кататоническое
 - * эпилептиформное

Раздел 3. Основные психопатологические синдромы

Симптомокомплекс

совокупность симптомов, выявляемых у конкретного больного

Синдром

типичная совокупность патогенетически родственных симптомов («совместный бег симптомов»)

Основные группы психопатологических синдромов

- ◆ Органического поражения головного мозга
- ◆ Нарушенного сознания
- ◆ Галлюцинаторно-бредовые
- ◆ Кататонические
- ◆ Аффективные
- ◆ Невротические

СИНДРОМЫ ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- ◆ Психоорганический
- ◆ Амнестический (Корсаковский) симптомокомплекс
- ◆ Эпилептиформный
- ◆ Деменция

ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

(Walter-Buel, 1951)

1. Интеллектуальное снижение (недоосмысление, недопонимание)
2. Недержание аффекта (слабодушие)
3. Мнестические нарушения



- ◆ Острый
- ◆ Хронический

Клинические варианты (стадии):

- ◆ Астенический
- ◆ Эксплозивный
- ◆ Эйфорический
- ◆ Апатический

- ◆ Локальный
- ◆ Диффузный

Особенности «психоорганической триады» при некоторых заболеваниях

Основной синдром	Заболевания	Преобладающие расстройства
Корсаковский	Алкоголизм	Мнестические
Деменция	Атрофические заболевания головного мозга	Интеллектуальные
«Лобный»	Опухоли мозга	Аффективные

КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ

(амнестический)

1. Фиксационная амнезия (амнестическая дезориентировка)
2. Ретро-, антероградная амнезия
3. Конфабуляции
4. Эйфория

ЭПИЛЕПТИФОРМНЫЙ СИНДРОМ

Пароксизмальные расстройства, возникающие при различных экзогенно- и эндогенно-органических поражениях головного мозга

ДЕМЕНТНЫЙ СИНДРОМ

Приобретенное слабоумие

- ☐ Тотальный
- ☐ Парциальный

Особые виды деменции:

- ◆ Шизофреническая
- ◆ Эпилептическая
- ◆ Психопатическая

Диагностические критерии деменции (по МКБ-10)

А

Требуется наличие обоих следующих признаков:

1) Ухудшение памяти, наиболее заметное в области усвоения новой информации, хотя в более тяжелых случаях может нарушиться и воспроизведение ранее усвоенной информации. Расстройство касается как вербального, так и невербального материала.

Снижение памяти должно подтверждаться объективным анамнезом и, по возможности, данными нейропсихологического тестирования или количественной оценкой.

*Выделяют легкое, умеренное и тяжелое расстройство памяти **

2) Снижение других когнитивных способностей характеризуется ослаблением критики и мышления, а также ухудшением общей обработки информации.

Снижение когнитивных способностей должно подтверждаться объективным анамнезом и, по возможности, данными нейропсихологического тестирования или их количественной оценкой. Должно быть отмечено ухудшение по сравнению с предыдущим, более высоким уровнем продуктивности.

*Выделяют легкое, умеренное и тяжелое нарушение когнитивных способностей ***

Б

Отсутствие признаков помрачения сознания

В

Если на фоне деменции имеют место эпизоды делирия, то диагноз деменции следует отвергнуть.

Г

Снижение эмоционального контроля или мотивации, или изменение социального поведения, проявляющееся минимум одним из следующих признаков: 1) эмоциональная лабильность; 2) раздражительность; 3) апатия; 4) огрубение социального поведения.

Д

Для достоверного клинического диагноза симптомы группы «А» должны наблюдаться отчетливо на протяжении не менее 6 месяцев (если же период с начала манифестации короче, то диагноз может быть лишь предположительным).

- диагноз подтверждается также данными о поражении других высших корковых функций (напр.: афазией, апраксией, агнозией и т.д.);
- общая тяжесть деменции определяется уровнем нарушения памяти или интеллекта в зависимости от того, что более выражено (напр.: при легком расстройстве памяти и умеренном интеллектуальном снижении расстройство оценивается как деменция умеренной тяжести)

Синдромы нарушенного сознания

Выключение сознания	Помрачение сознания	Нарушение самосознания
— кома — сопор — оглушенность	— делирий — онейроид — аменция — сумеречное помрачение сознания	— неадекватная самооценка — дереализация — деперсонализация — психические автоматизмы — бредовые расстройства самосознания — распад самосознания

Синдромы выключения сознания

Синдром	Словесный контакт	Болевая чувствительность	Рефлексы
Оглушенность	+	+	+
Сопор	—	+	+
Кома	—	—	—

Основные признаки помрачения сознания («тетрада К. Ясперса», 1923)

Психопатологические проявления	«Поверхностные» нарушения сознания	«Глубокие» расстройства сознания
Нарушения восприятия	Утрата дифференцированности, избирательности, отчетливости («эпикритичности») отражения окружающего	Отрешенность от окружающего как следствие наплыва иллюзорно-галлюцинаторных обманов чувств
Нарушения мышления	Непоследовательность ассоциативного процесса, недостаточное осмысление окружающего	Бессвязность (инкогерентность) мышления, либо формирование вторичного (чувственного) бреда
Нарушения ориентировки	Нарушение аллопсихической ориентировки (прежде всего во времени)	Нарушение алло- и аутопсихической ориентировки
Нарушения памяти	Неполные, отрывочные воспоминания	Полная амнезия реальных событий

Сравнительная характеристика делириозного и онейроидного синдромов (по В.К. Смирнову, 1983)

Факторы	Признаки	Делирий	Онейроид
Условия развития и особенности течения	этиология	экзогенная	эндогенная
	длительность	часы-дни	дни-недели
	течение	ундулирующее	стабильное
	время суток	ночное	не зависит
Форма и содержа- ние пере- живаний	галлюцинации	истинные	ложные
	содержание переживаний	микро-, макро-, зоопсии, профессиональные и бытовые сцены	фантастичность мегаломаничность
	временная проекция	настоящее время	прошлое, будущее
	ассоциации	фрагментарные	последовательные
Реакция личности и организма	самосознание	сохранено	перевоплощение, двойная ориентировка
	поведение	соответствует характеру переживаний	диссоциация поведения и переживаний
	тонус мышц	не изменен	кататонические расстройства
	воспоминания	фрагментарные	относительно последовательные

Сравнительная характеристика сумеречного помрачения сознания и аменции

Сумеречное помрачение («концентрическое помрачение»)	Аменция («инкогерентное помрачение»)
Пароксизмальность возникновения и окончания	Развитие постепенное
«Спонтанное» возникновение	Развивается при длительных, истощающих соматических заболеваниях
Возможны развернутые галлюцинационно-бредовые переживания	Рудиментарность, фрагментарность продуктивной симптоматики
Возможны разрушительные и агрессивные действия	Хаотические движения, элементы кататонических расстройств
Крайняя аффективная насыщенность переживаний	Аффект недоумения, растерянности
Действия могут производить впечатление преднамеренных, возможно внешне упорядоченное поведение	Возбуждение в пределах постели (яктация)
Отношение к совершенному как к «чужим поступкам»	Полиная амнезия пережитого

НЕАДЕКВАТНАЯ САМООЦЕНКА

повышенная

пониженная

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ

Переживание измененности своей психической деятельности

аутопсихическая

аллопсихическая
(дереализация)

соматопсихическая

ПСИХИЧЕСКИЕ АВТОМАТИЗМЫ

Переживание отчуждения своих психических актов

идеаторные

сенсорные

моторные

БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА САМОСОЗНАНИЯ

бредовые идеи величия

бредовые идеи
самоуничтожения

РАСПАД САМОСОЗНАНИЯ

Кататонические синдромы



Гебефренический синдром («триада О.В. Кербикова»)

1. Манерно-дурашливое поведение («гимнастические» сокращения лицевой мускулатуры, «гримасничанье»);
2. Безмотивные действия (поступки, не являющиеся ни импульсивными, ни обусловленными патологическими мотивами; феномен «бездействия мысли»);
3. Мория (непродуктивная эйфория, бессодержательно веселое настроение).

Галлюцинаторно-бредовые синдромы

- ◇ галлюцинозы
- ◇ паранойяльный
- ◇ параноидный
- ◇ галлюцинаторно-параноидный
- ◇ нсихического автоматизма (Кандинского-Клерамбо)
- ◇ парафренный

ГАЛЛЮЦИНОЗЫ – состояния, клиническая картина которых, практически, полностью исчерпывается наличием истинных галлюцинаций

Зрительные	Слуховые	Обонятельные	Тактильные
– при резком снижении остроты зрения (по типу Ш. Боннэ) – на высоте интоксикации некоторыми ПАВ	– при хроническом алкоголизме	– встречаются редко	– при хроническом отравлении солями тяжелых металлов

По каналу анализатора

КЛАССИФИКАЦИЯ ГАЛЛЮЦИНОЗОВ

По типу течения

Острые	Хронические
сопровождаются аффектом растерянности, недоумения, тревоги; характерно двигательное возбуждение	развиваются на фоне монотонного аффекта, характеризуются однообразием галлюцинаций

Структура паранойяльного синдрома

1. Интерпретативный бред
2. Стенничество
3. Гипермнезия
4. Аффективная напряженность
5. Обстоятельность мышления
6. Повышенная самооценка

Дифференциальная диагностика бредовых синдромов

Синдром	Идеи преследования и (или) воздействия	Псевдогаллюцинации	Другие психические автоматизмы
Параноидный	+++	+	+
Галлюцинаторно-параноидный	+	+++	+
Психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо)	+	+	+++

Этапы бредообразования

(по К. Конраду, 1979)	(по К. Ясперсу, 1923)
— трема — апофения — анастрофа — апокалипсис	— бредовое восприятие — бредовое представление — бредовое осознание

Структура парафренного синдрома

1. Нелепый бред преследования и воздействия
2. Бред величия
3. Фантастические конфабуляции
4. Эйфория

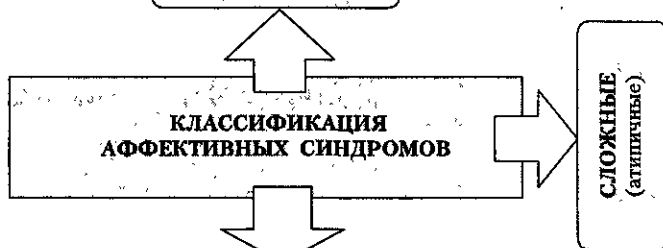
Аффективные синдромы

Депрессивный	Маниакальный
--------------	--------------



Маниакальная триада	Депрессивная триада
 или   	 или   
При относительно равномерной представленности аффективной «триады» или доминировании какого-либо ее компонента в структуре синдрома	

ПРОСТЫЕ
(типичные)



СМЕШАННЫЕ

При отсутствии, или замене на противоположный, соответствующего компонента аффективной «триады»

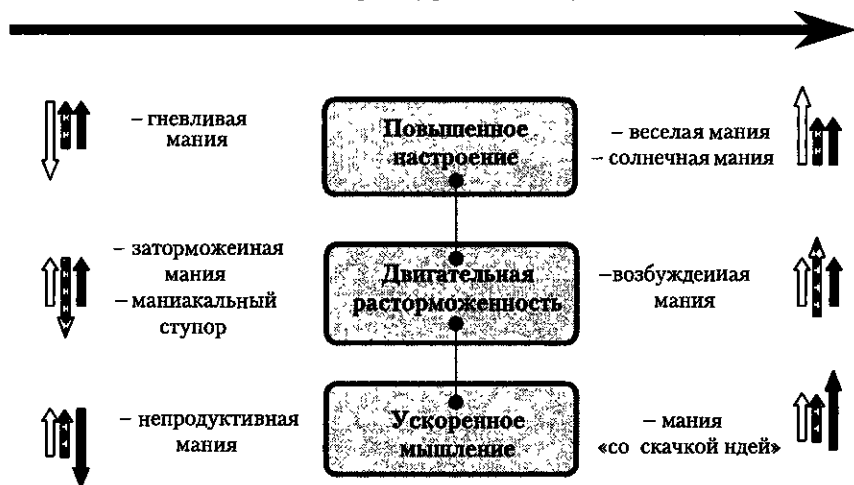
Маниакальная триада	Депрессивная триада
  	  

Появление в структуре аффективного синдрома других психопатологических проявлений (обсессивных, сенесто-ипохондрических, галлюцинаторно-бредовых)

Варианты маниакального синдрома



При доминировании соответствующего симптома в структуре синдрома (простые мании)



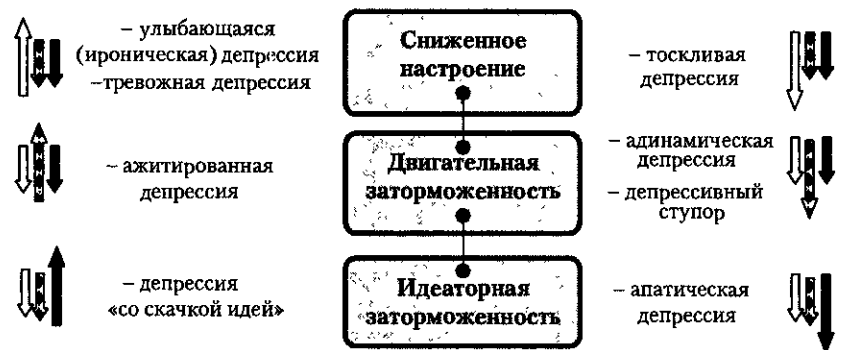
При отсутствии (замене на противоположный) соответствующего симптома в структуре синдрома (смешанные мании)



Варианты депрессивного синдрома



При доминировании соответствующего симптома в структуре синдрома (простые депрессии)



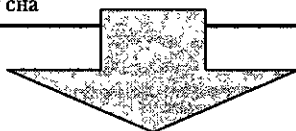
При отсутствии (замене на противоположный) соответствующего симптома в структуре синдрома (смешанные депрессии)

Невротические синдромы

- Астенический
- Истерический
- Обсессивный

Астенический синдром («астеническая триада»)

1. Повышенная психическая и физическая истощаемость
2. Висцеро-вегетативные расстройства
3. Нарушения сна



Клинические формы (стадии)

- ♦ гиперстеническая
- ♦ гипостеническая
- ♦ раздражительной слабости

По этиологии

- ♦ психогенные
- ♦ соматогенные
- ♦ цереброгенные
- ♦ физиогенные
- ♦ адаптационные

Клинические варианты

- ♦ астено-адинамический
- ♦ астено-депрессивный
- ♦ тревожно-астенический
- ♦ астено-ипохондрический
- ♦ истеро-астенический
- ♦ астено-сенситивный

Истерический синдром

1. Конверсионные расстройства (психические, вегетативные, чувствительные, двигательные)
2. Диссоциативные расстройства (психогенная амнезия, психогенные сумеречные нарушения)
3. Истероидные особенности личности

Обсессивный синдром

1. Различные обсессивные проявления (единичные, генерализованные)
2. «Защитные» формы поведения (поведение «избегания», ритуалы)
3. Психастенические особенности личности

Ипохондрический синдром (варианты, этапы)

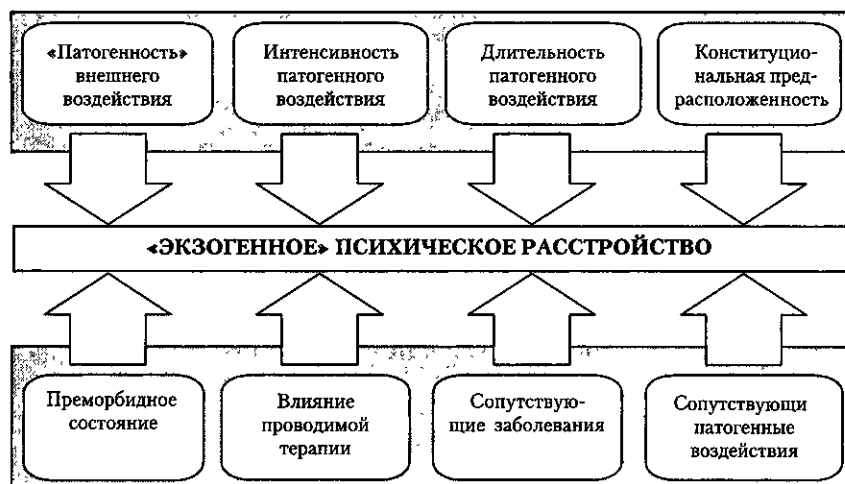
- ♦ Астено-ипохондрический
- ♦ Обсессивно-ипохондрический
- ♦ Депрессивно-ипохондрический
- ♦ Паранойяльный
- ♦ Параноидный
- ♦ Парافренный (синдром Котара)

Раздел 4. Этиология и патогенез психических заболеваний

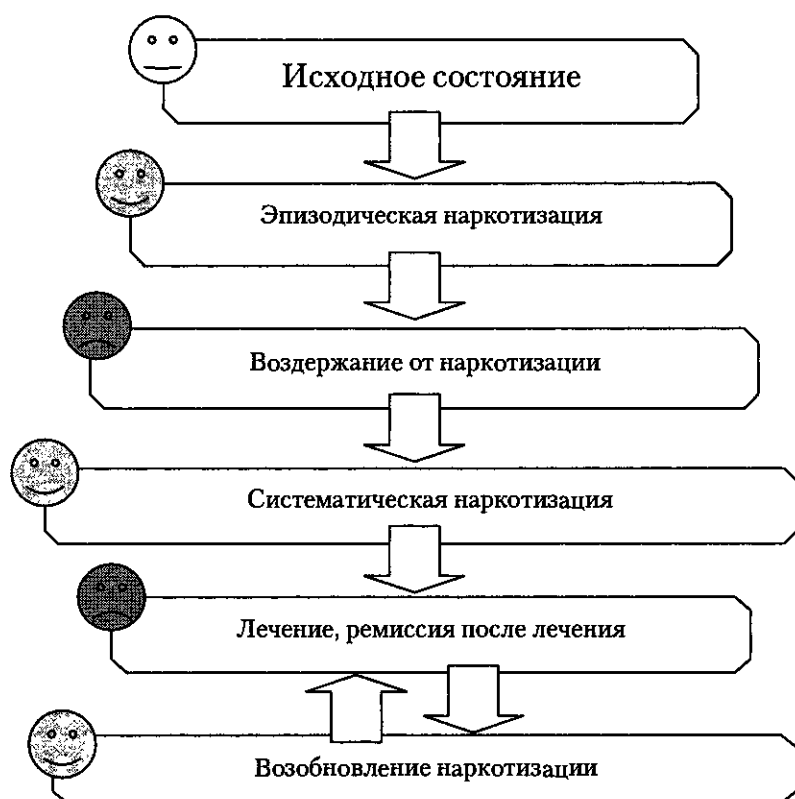
Основные концепции патогенеза психозов



Основные факторы формирования «экзогенных» психических расстройств



**Схема формирования зависимости
и психоактивным веществам (по А.Г. Софронову, 1998)**



Условные обозначения:



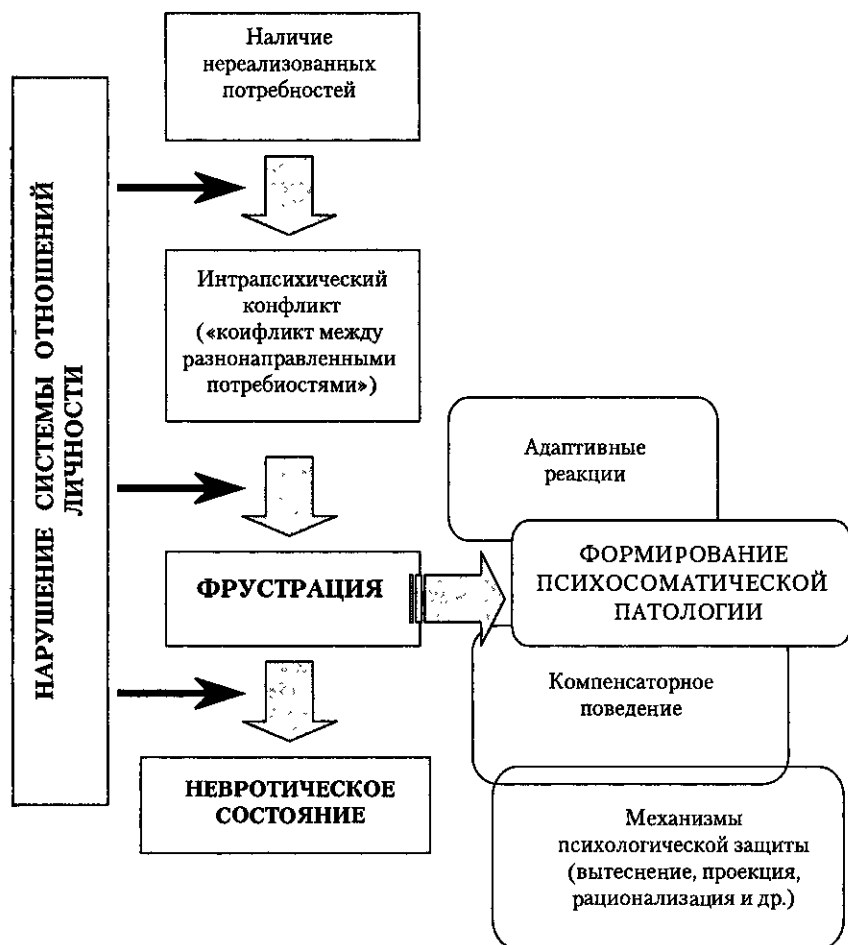
Эмоционально-нейтральное состояние



Эмоционально-позитивное состояние



Эмоционально-негативное состояние



**Системный подход к формированию
и динамике краевой психопатии (по В.В. Нечипореико, 1989)**

Динамика аномальных черт характера					Содержание этапов динамики					Виды и этапы динамики				
Формирование и изменение аномальных черт личности (АЧЛ)					ПРОГРЕДИЕНТНОСТЬ ПСИХОПАТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ					РЕГРЕДИЕНТНОСТЬ ПСИХОПАТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ				
Формирование (приобретение) АЧЛ					Психотравмирующее воздействие – характерологические реакции – патохарактерологические реакции – транзитное расстройство личности – психопатические реакции					Начальный				
Усиление и обострение АЧЛ					Преаффективный этап – аффективный разряд – постаффективная астения					Закрывающийся				
Обнажение и углубление АЧЛ					Психопатическая реакция – фазовое состояние – психопатическая реакция – фазовое состояние					Психопатическая декомпенсация				
Появление новых (ранее не свойственных) АЧЛ					Состояние неустойчивой компенсации – декомпенсация – состояние неустойчивой компенсации – декомпенсация					Психопатическое накопление				
Качественная смена АЧЛ					Психопатический цикл (психотравмирующее воздействие – психопатическая реакция – декомпенсация – формирование)					Психопатическое формирование				
					Трансформация структуры психопатии (развитие)					Психопатическое развитие				
										Этапы патохарактерологического развития				
										Этапы формирования психопатии				

Раздел 5. Диагностика психических расстройств

Уровни диагностики

(по Ф. Дж. Янинчак с соавт. 1997)

Диагностический уровень	Описание	Пример	Диагностическое суждение
Симптоматический	Отдельные симптомы	Слуховые галлюцинации	Психотическое состояние, БДУ***
Синдромологический	Комплекс симптомов – критерии включения/исключения	Раздражительность; ускоренная, нецеленаправленная речь, бессонница, поверхностные суждения	МДП, маниакальная фаза с атипичными психотическим и включениям
Патофизиологический	Очевидные структурные или биохимические изменения	Повышенные показатели тиреоидной функции, снижение уровня ТТГ*	Гипертиреозидизм
Этиологический	Известные причинные факторы	Наличие тиреоидных антител, диффузный токсический зоб по результатам УЗИ**	Вторичный тиреотоксикоз, вызванный гипертиреозидизмом Грэйва

* – ТТГ – тиреотропный гормон; ** – УЗИ – ультразвуковое исследование; *** – БДУ – без дополнительных указаний

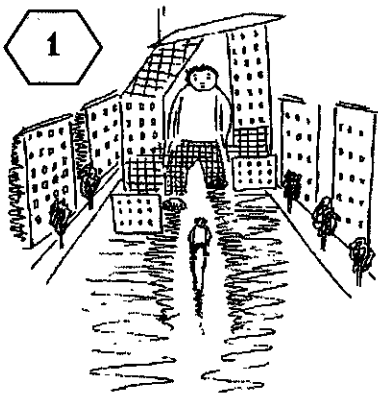
Основные диагностические оси в психиатрии

Наименование оси	Предназначение оси
Феноменологическая	Нозологическая, синдромологическая и симптоматологическая характеристика состояния
Уровневая	Экспертная (врачебная) и субъективная оценка (самооценка) выраженности расстройств
Функциональная	Изучение особенностей адаптивного реагирования личности и организма (оценка психологической адаптации, способности к деятельности, характеристик приспособительного поведения)
Психосоциальная	Оценка качества социальной адаптации в основных сферах жизнедеятельности (образование, семья, работа, досуг и др.)

Основные методы диагностики в психиатрии

Метод	Направленность метода (его разновидности)
Клинический психиатрический	Включает в себя осмотр, беседу (изучение субъективного анамнеза и психического статуса), динамическое наблюдение и сбор объективных анамнестических сведений
Экспериментально-психологический	<u>Психометрические</u> (ориентированы на «количественное» изучение личностных свойств и характеристик психического состояния)
	<u>Проективные</u> (направлены на изучение подсознательных психических процессов)
	<u>Нейропсихологические</u> (направлены на оценку психических функций при «очаговых» поражениях головного мозга)
Психофизиологический	Изучение показателей умственной и физической работоспособности
Дополнительные	Электрофизиологические, лабораторные, рентгенологические, генетические, эпидемиологические, «нетрадиционные» (рефлексодиагностические, «энергониформационные» и др.)

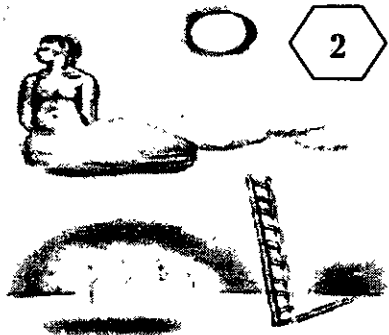
1



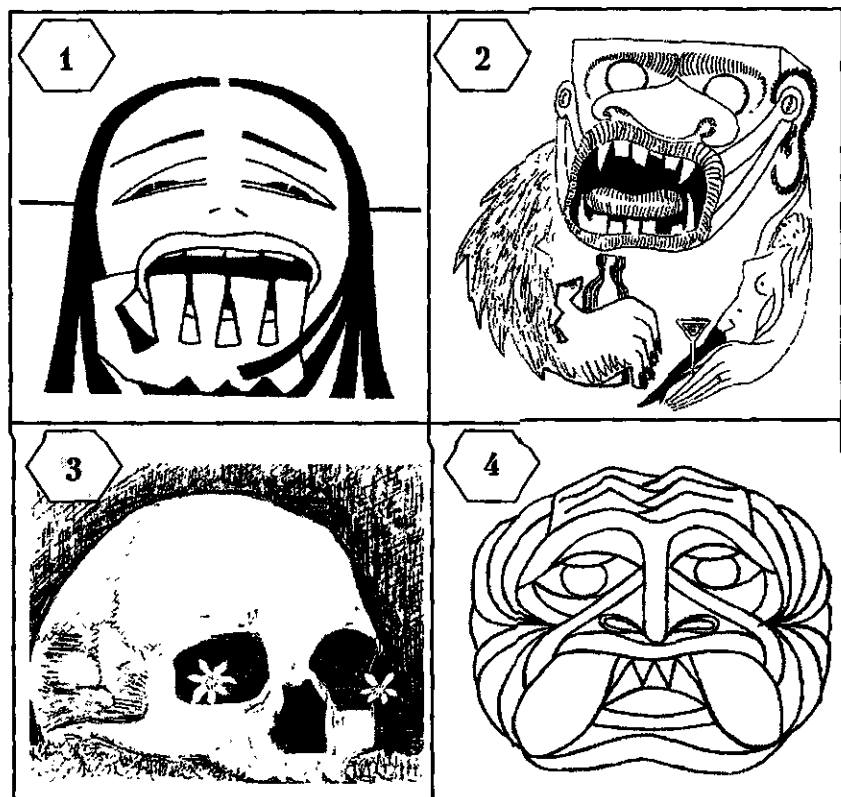
3



2



- 1 – деперсонализационно-дереализационные переживания больного с органическим поражением головного мозга;
- 2 – онейроидные переживания больного шизофренией;
- 3 – аффективные переживания больного с маниакально-депрессивным психозом

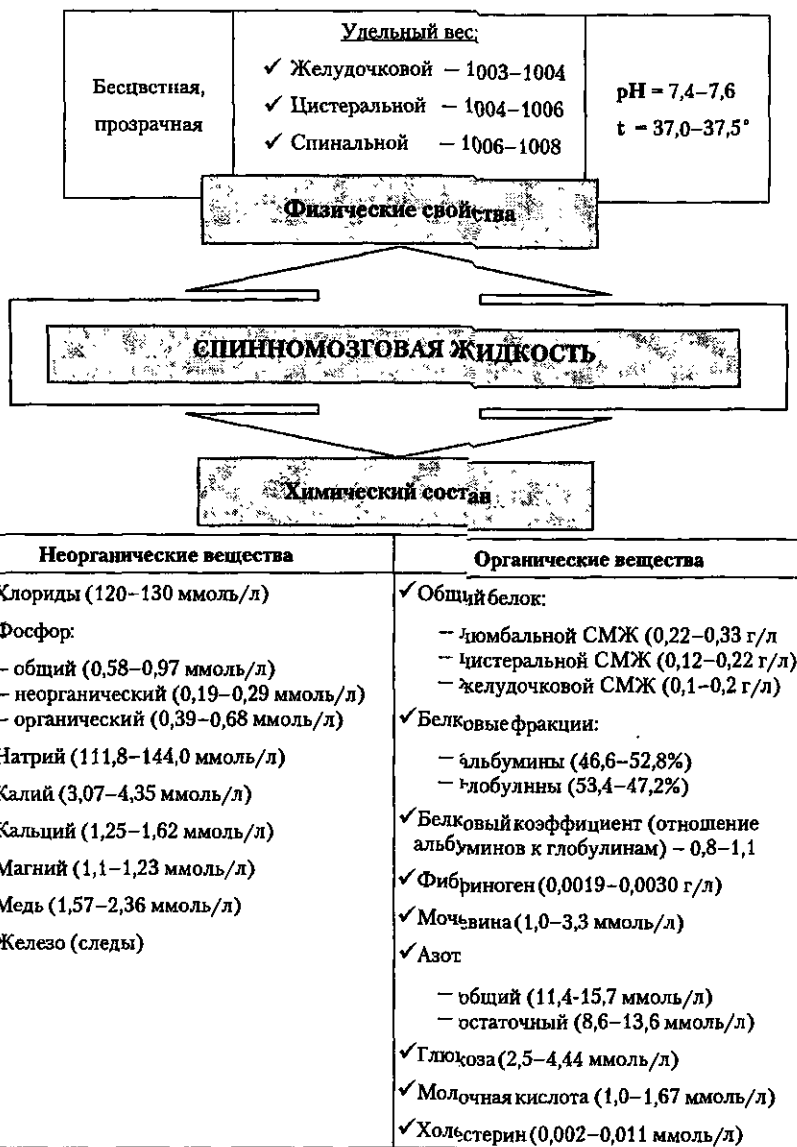


- 1 – эмоциональные переживания больного с реактивной депрессией;
- 2 – гипнагогические галлюцинации больного хроническим алкоголизмом;
- 3 – символический рисунок («Жизнь») больного истерической психопатией;
- 4 – Символический рисунок («Мысль») больного пизофренией

Экспериментально-психологические методы исследования

Экспериментально-психологические (патопсихологические) методы в психиатрии направлены на выявление и анализ тех или иных особенностей психики путем создания специальных (стандартных или варьируемых) контролируемых условий	
Патопсихологические методы, ориентированные на исследование отдельных психических процессов (сфер психической деятельности)	
Сфера психической деятельности	Используемые методы
Внимание	Таблицы Шульте, корректурная проба, счет по Крепелину, методика Мюнкстерберга и др.
Память	Тест на заучивание слов (цифр), пересказ сюжетных рассказов, пиктограмма и др.
Восприятие	Сенсорная возбудимость, пробы Ашафенбурга, Рейхардта, Липпмана и др.
Мышление	Тесты на классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение, ассоциативный эксперимент, раскрытие переносного смысла пословиц, пиктограмма и др.
Эмоции	Тесты Спилбергер-Хаина, Люшера и др.
Интеллект	Тесты Равена, Векслера и др.
Патопсихологические методы, ориентированные на исследование личности или отдельных болезненных проявлений	
Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI), тест Роршаха, тематический апперцепционный тест (ТАТ), патохарактерологический диагностический опросник (ПДО), уровень невротизации и психопатизации (УНП) и др.	

Основные реакции спинномозговой жидкости



Тип реакции	Методика определения	Диагностическое значение
Панди	Основана на определении степени помутнения СМЖ при добавлении ее к 15% раствору карболовой кислоты. На предметное стекло наносят несколько капель реактива Панди и рядом 1–2 капли ликвора. При их смешении появляется муть различной степени выраженности (в зависимости от количества содержащегося в СМЖ белка). Результат определяется на темном фоне через 2 мин. Степень помутнения обозначается плюсами (+, ++, +++, +++++) или (по системе СИ) цифрами (1, 2, 3)	Дает общее представление о содержании белка в ликворе, не являясь специфической глобулиновой пробой
Нонне-Аппельта	Основана на осаждении глобулинов насыщенным раствором сернокислого аммония. В пробирку, содержащую 0,5–1,0 мл реактива настилают равное количество СМЖ. Через 2 мин. на границе растворов появляется белое кольцо. Затем пробирку встряхивают и определяют степень помутнения, выражая ее плюсами. Помутнение появляется уже при содержании белка 0,033 г/л	Дает относительное представление о нормальном или патологическом содержании глобулинов, количество которых особенно увеличивается при дегенеративных и хронических воспалительных заболеваниях
Ланге (с коллоидным золотом)	При добавлении патологического ликвора к высокодисперсному коллоидному раствору хлорного золота происходит коагуляция, осаждение частиц и изменения цвета раствора. В каждую из десяти пробирок, содержащих СМЖ в различных разведениях (1:10, 1:20, 1:40 и т.д.), прибавляют по 2,5 мл коллоидного раствора. Результат наблюдают спустя сутки. При нормальном ликворе цвет раствора остается красным во всех пробирках (возможно небольшое снижение его интенсивности в 3–5-й пробирках). При патологических состояниях цвет меняется (изменение цвета оценивается цифрами: 0 – красный, 1 – красно-фиолетовый, 2 – фиолетовый, 3 – сине-фиолетовый, 4 – синий, 5 – голубой, 6 – белый).	Различают нормальный, дегенеративный (изменение цвета в левой половине ряда – наблюдается при сифилисе, опухолях, рассеянном склерозе), воспалительный (изменение цвета в правой половине ряда – наблюдается при менингитах) и смешанный (изменение цвета в левой и средней частях ряда наблюдается при смешанных менинго-паренхиматозных поражениях) типы кривых

Особенности ЭЭГ в зависимости от функционального состояния различных отделов подкорковых мозговых структур

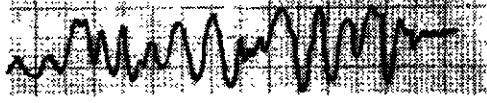
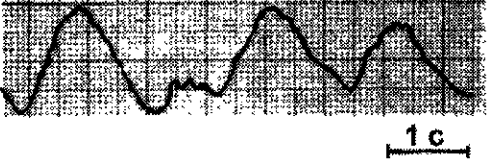
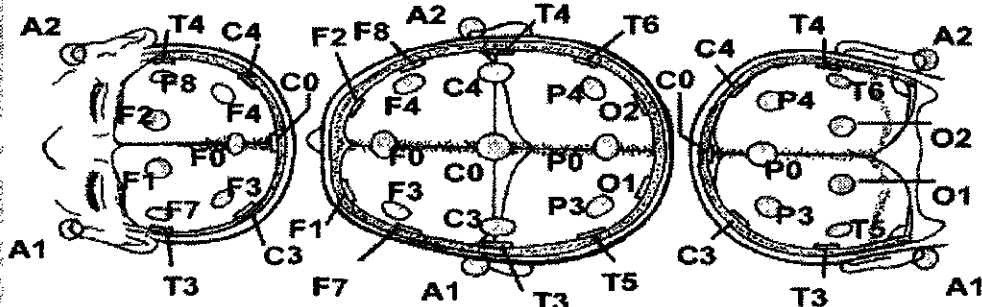
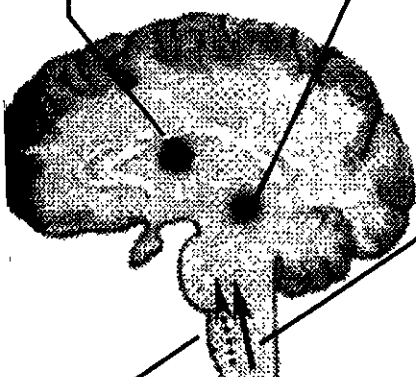
Бета-ритм	Ритмические колебания потенциалов с частотой 14–35 в 1 сек. Лучше выражен в лобно-центральных областях мозга, особенно при эмоциональном возбуждении, умственной и физической активности.	
Альфа-ритм	Ритмические колебания потенциалов с частотой 8–13 в 1 сек и средней амплитудой 30–40 мкВ, обычно модулирован в веретена. Лучше выражен в задних отделах мозга при закрытых глазах в состоянии относительного (умственного и физического) покоя.	
Тета-ритм	Ритмические колебания потенциалов с частотой 4–7 в 1 сек, чаще двусторонние синхронные, с амплитудой 100–200 мкВ, иногда с веретенообразной модуляцией, особенно в лобных областях мозга. Наиболее выражен во время сна, при умеренной гипоксии и наркозе.	
Дельта-ритм	Ритмические колебания потенциалов с частотой 1–3 в 1 сек и амплитудой от 10 до 250 мкВ и более. Выражен во время глубокого сна, наркозе, гипоксии, поражении коры больших полушарий.	

Схема стандартных отведений ЭЭГ
(электроды: F – лобные; P – теменные; C – центральные; T – височные; O – затылочные; A – ушные)



Особенности ЭЭГ в зависимости от локализации очага поражения



Нарушение функции диэнцефальной области

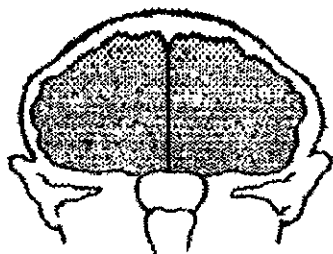
(зрительный бугор, коленчатые тела, гипоталамус) Обычно регистрируются пароксизмальные разряды, особенно в передних отделах мозга. Возможно появление тета-ритма в различных отделах головного мозга

Нарушение функции мезэнцефальной области

(верхние отделы мозгового ствола) Пароксизмы и медленная активность чаще регистрируются в задних отделах конвекситальной поверхности полушарий головного мозга

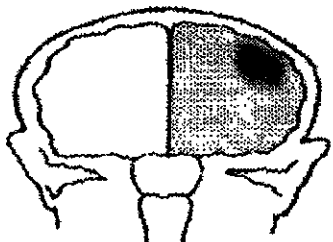
Усиление восходящего активирующего влияния ретикулярной формации мозгового ствола
Уменьшение амплитуды альфа-ритма вплоть до его полного исчезновения. Нередко в различных отделах регистрируются плоские ЭЭГ («прямая линия»)

Ослабление восходящего активирующего влияния ретикулярной формации мозгового ствола
Стираются зональные различия альфа-ритма. Он становится одинаковым во всех областях мозга, исчезает депрессия в ответ на открытие глаз. Амплитуда альфа-ритма увеличивается



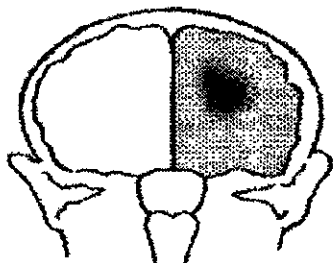
Диффузное поражение мозга

На ЭЭГ отмечаются общемозговые изменения, без топической предпочтительности, в виде дизритмий, появления тета- и дельта-волн, острых колебаний, комплексов пик-волна. Исчезает характерное распределение ритмов и симметричность активности двух полушарий. ЭЭГ дезорганизуется, регистрируется полиритмическая активность



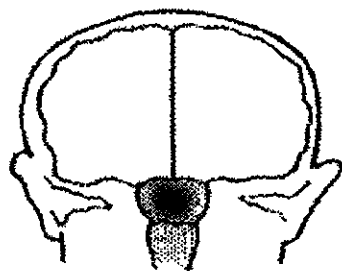
Конвекситальное расположение очага поражения

В области, непосредственно прилегающей к очагу, на ограниченном протяжении регистрируются патологические колебания: медленные дельта- и тета-волны, эпилептоидная активность и др. В месте расположения очага — т.н. «немая зона» («зона электрического молчания»)



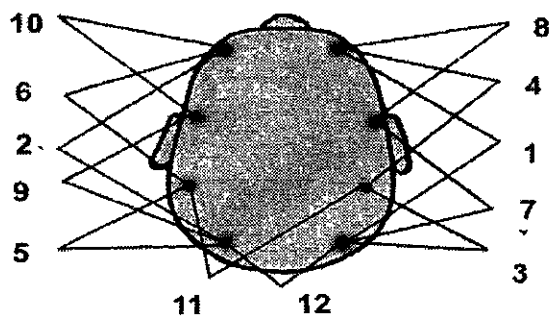
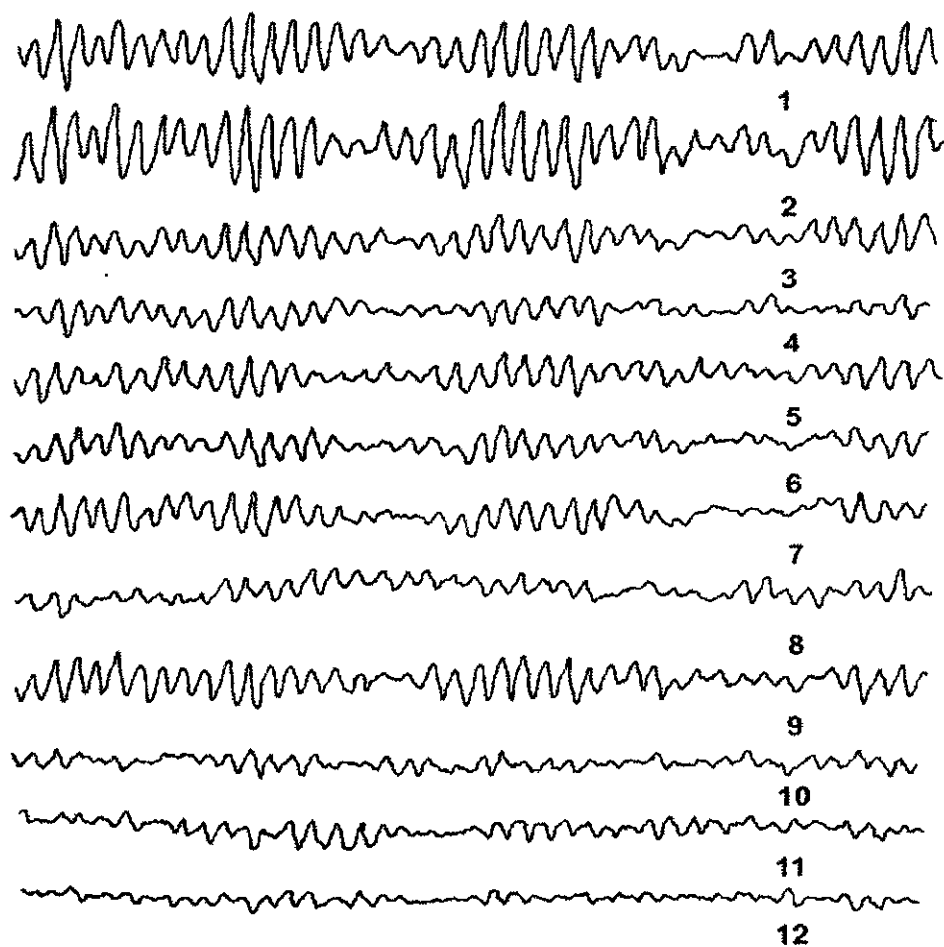
Глубинное расположение очага поражения

Патологические нарушения в результате нарушения проекционных радиально расположенных связей неспецифических систем мозга распространяются на обширные отделы заинтересованного полушария, захватывая две и более долей мозга

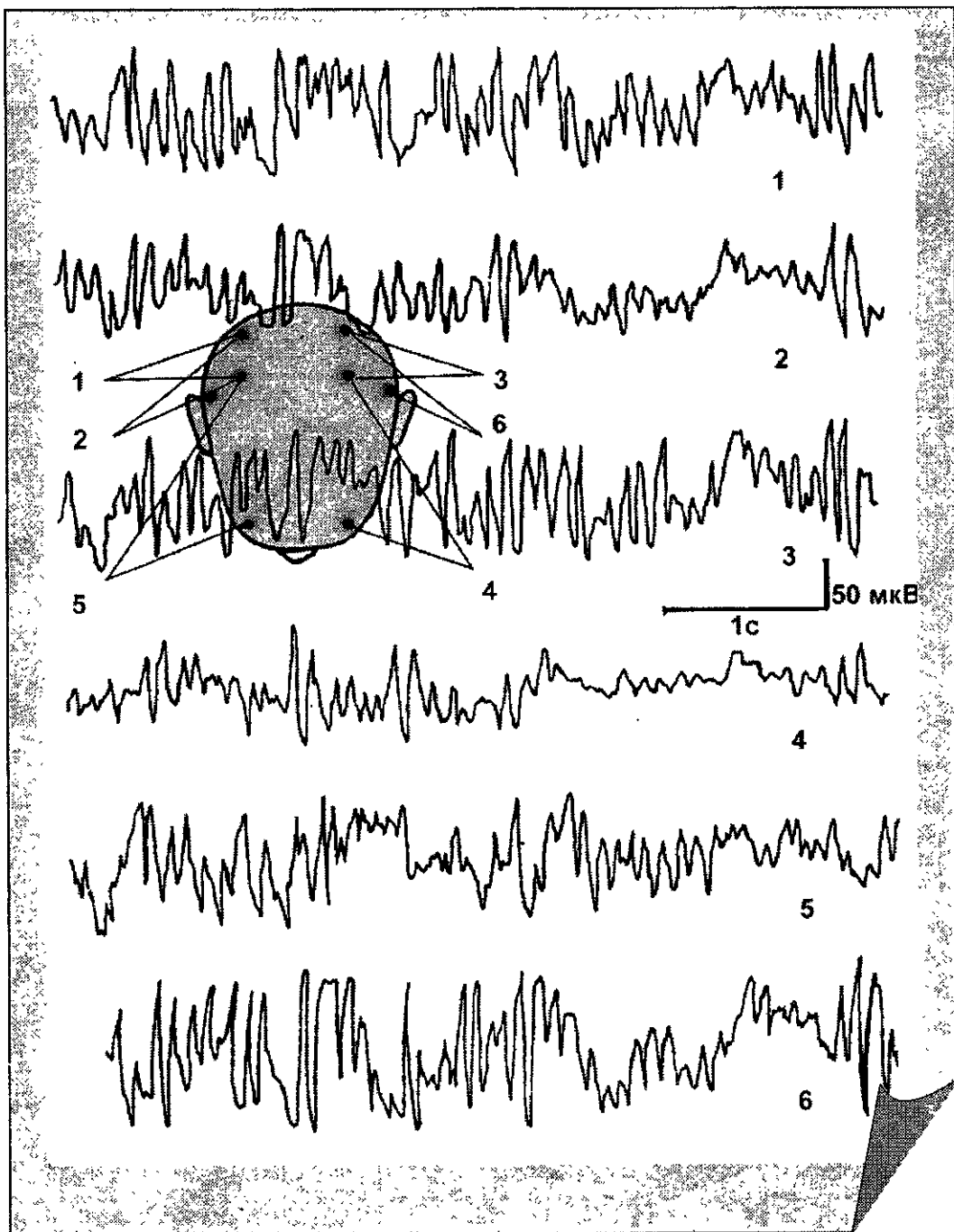


Очаг поражения в области мозгового ствола

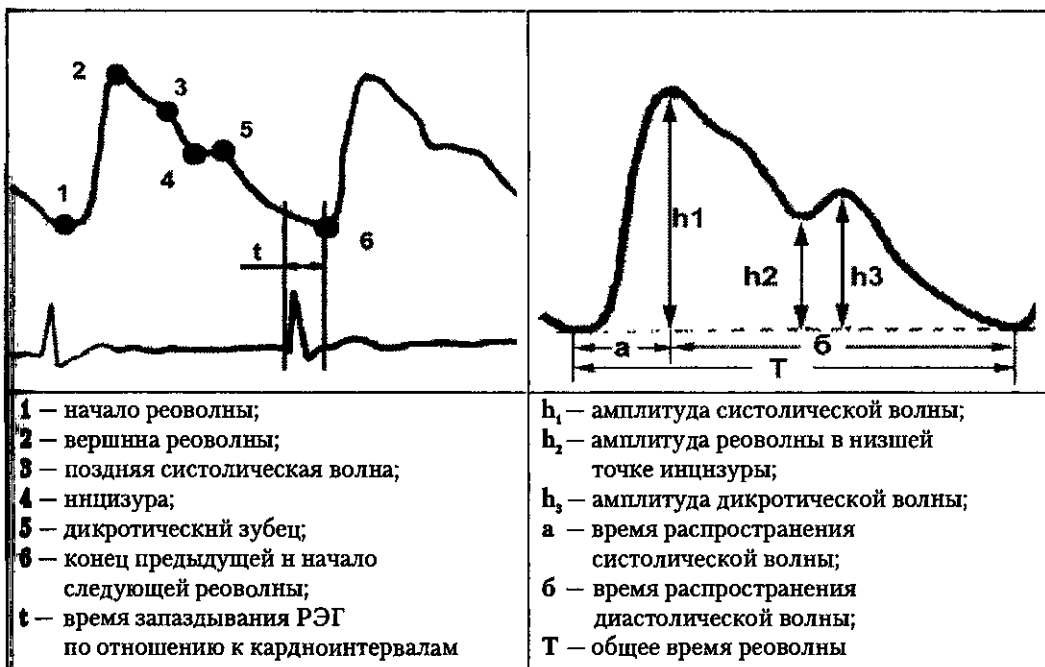
Патологическая активность распространяется на обширные отделы обоих полушарий. Часто регистрируются билатерально-синхронные медленные колебания, периодические синхронные комплексы



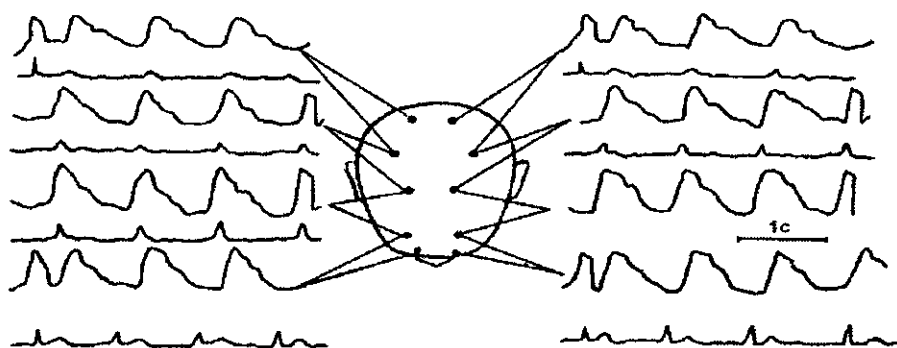
1c 50 мкВ



Основные параметры реоволны



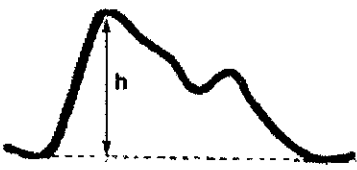
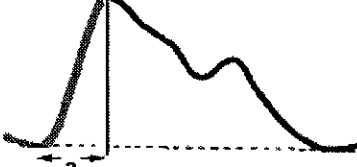
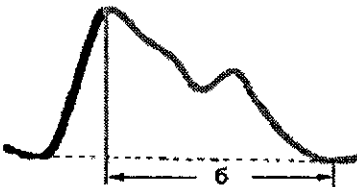
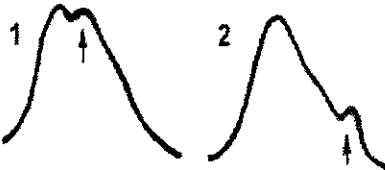
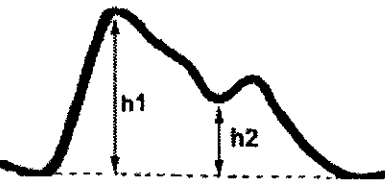
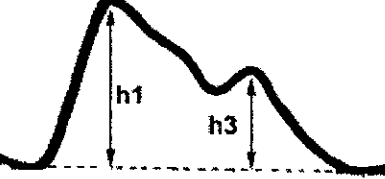
Реоэнцефалограмма в норме



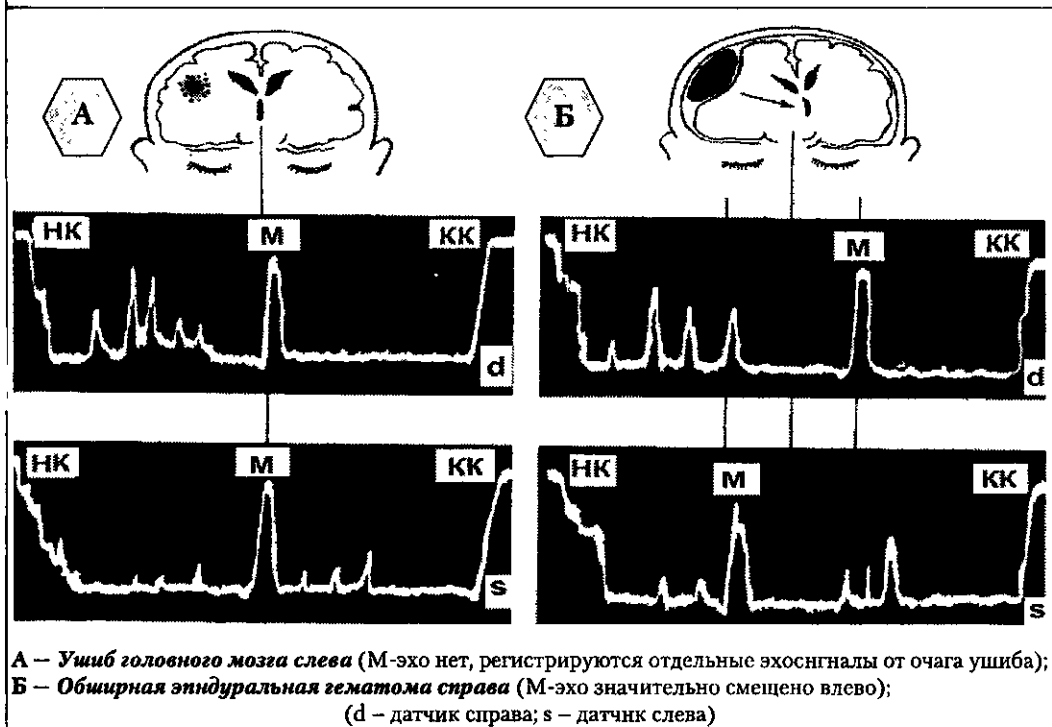
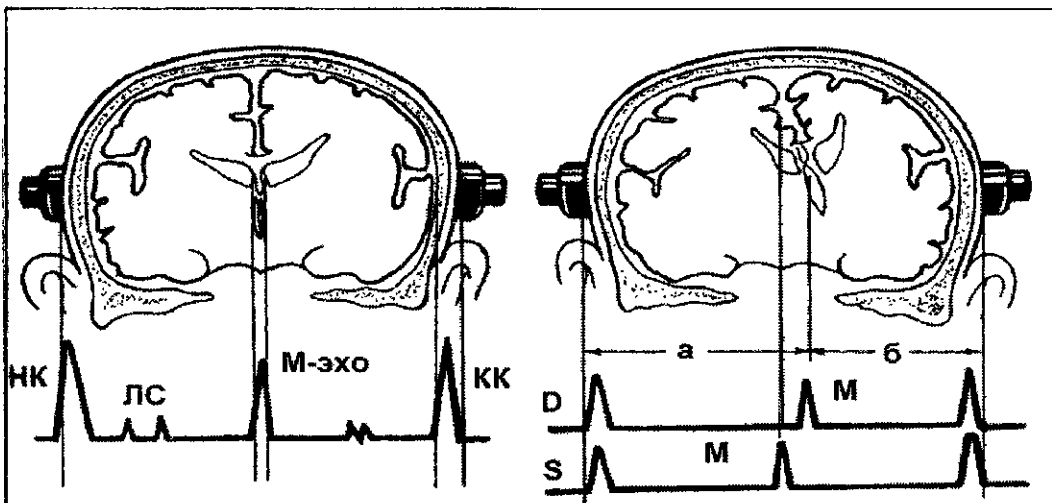
Реоэнцефалограмма при церебральном атеросклерозе



Диагностическое значение отдельных параметров реоволны

Характеристика параметра		Диагностическое значение
	Амплитуда реоволны Величина максимального ее подъема. Измеряется от основания волны до самой высокой ее точки (среднее значение 0,05–0,1 Ом)	Отражает интенсивность пульсовых колебаний кровенаполнения исследуемых областей мозга
	Анакрота Восходящая часть волны Длительность анакротической фазы (а) в норме — 0,06–0,12 с	Отражает состояние сосудистого тонуса, скорость распространения пульсовой волны
	Катакрота Нисходящая часть волны. Длительность катакротической фазы (б) в норме — 0,70–0,82 с	Отражает тонус артериол и состояние венозного оттока
	Дикрота Дополнительный зубец на нисходящей части волны	При повышении тонуса сосудов (1) дополнительный зубец располагается ближе к вершине («двугорбая кривая»), при снижении тонуса (2) — ближе к основанию
	Дикротический индекс Отношение амплитуды реоволны на уровне инцизуры (h_2) к максимальной амплитуде (h_1). В норме составляет 40–50%	В основном отражает состояние периферического сосудистого сопротивления, тонус артериол
	Диастолический индекс Отношение амплитуды реоволны на уровне дикротического зубца (h_3) к максимальной амплитуде (h_1). В норме около 75%	В основном отражает состояние оттока крови из артериол и тонус вен

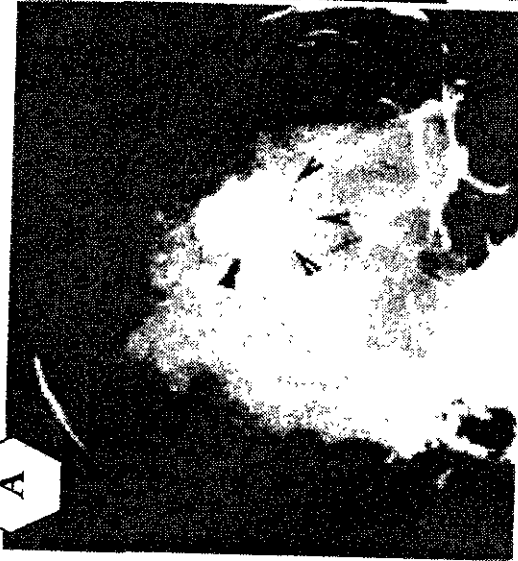
Основные параметры эхоэнцефалограммы





- А** — *Пневмоэнцефалограмма* (Норма, прямая передне-задняя проекция, хорошо видны контуры III и передних рогов боковых желудочков);
- Б** — *Пневмоэнцефалограмма* (Окклюзионная гидроцефалия, равномерное расширение желудочков мозга);
- В** — *Краниограмма* (Гидроцефалия, хорошо видны т.н. «пальцевые вдавления»)

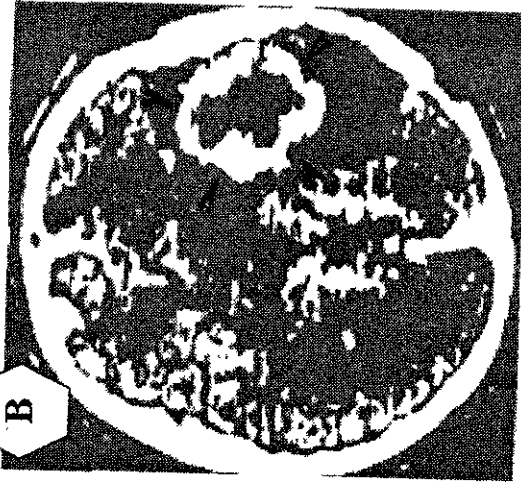
А



Б



В



- А - *Краниограмма* (Обызвестленная опухоль в задних отделах лобной доли);
 Б - *Ангиограмма* (Объемный процесс в левой лобной области. Стрелками указано смещение передней мозговой артерии в противоположную область);
 В - *Компьютерная томограмма* (Глиобластома правой височной доли с участками некроза в центральных отделах опухоли);

Раздел 6. Основы терапии психических расстройств

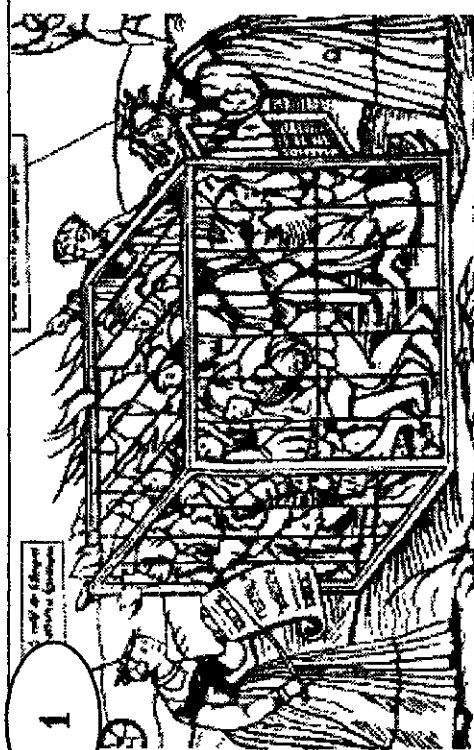
Принципы психофармакотерапии (по Яничак Ф. Дж. и соавт., 1997)

Принцип первый	Основополагающим является процесс постоянного уточнения клинико-диагностической оценки
Принцип второй	Психофармакотерапия сама по себе, как правило, является недостаточной для полного выздоровления
Принцип третий	Длительность лечения и время его начала в первую очередь определяются стадией заболевания
Принцип четвёртый	При разработке плана лечебных мероприятий всегда следует взвешивать соотношение предполагаемой пользы и степени риска негативных последствий терапии
Принцип пятый	В каждом последующем болезненном состоянии первичный выбор препаратов для данного пациента определяется имеющимися анамнестическими сведениями (в т.ч. и семейным анамнезом) о переносимости определённых лекарственных средств этим больным
Принцип шестой	Очень важно, чтобы терапия была направлена на определённые, ключевые для данного психопатологического состояния симптомы и сопровождалась оценкой их динамики на протяжении всего курса лечения
Принцип седьмой	В процессе всего курса лечения необходимо наблюдать за возможным проявлением побочного действия лекарств. Подобный мониторинг часто предполагает лабораторные исследования, что обеспечивает контроль как безопасности, так и оптимальной эффективности применяемых назначений

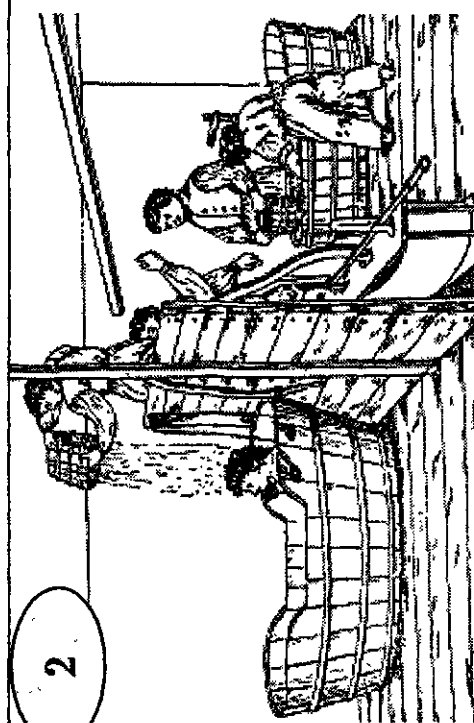
Основные методы лечения психических расстройств

Биологическая терапия	Психотерапия * (основные психотерапевтические направления по Б.Д. Карвасарскому, 1985)
Психофармакотерапия	Психоаналитическое (психодинамическая психотерапия)
Инсулинотерапия	Бихевиористское (поведенческая психотерапия)
Электросудорожная терапия	Экзистенциально-гуманистическое
Психохирургия (инвазивная, неинвазивная)	«Директивное» (суггестивная психотерапия)
Эфферентная терапия	Патогенетическое (личностно-ориентированная психотерапия)
Физиотерапия и другие «аппаратные» методы терапии (оксигенобаротерапия, лазеротерапия, электроанальгезия, магнитотерапия и др.)	
Наркопсихотерапия	

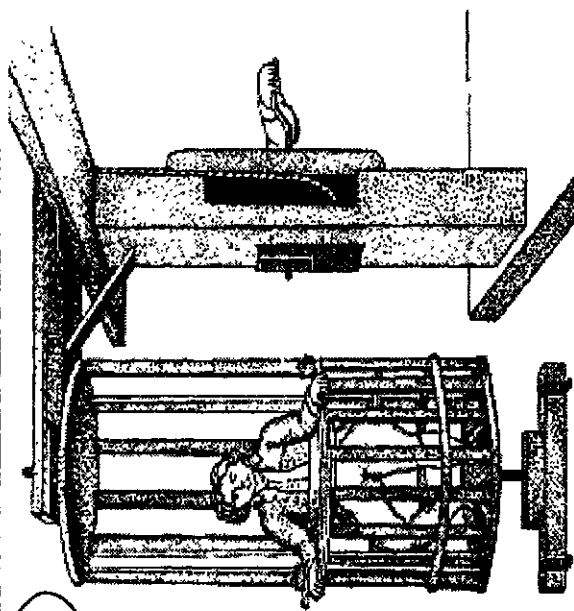
* — единой классификации психотерапевтических методов не существует.



1



2



3

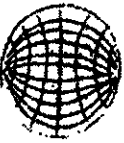
1 — Клетка для душевнобольных (XVI век);

2 — Лечение «обливанием холодной водой» — по Горну (XVIII век);

3 — Приспособление для вращения беспокойных больных (XVIII век)

ОБРАЗЫ ИСЫНА ДУШЕВНОБОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА



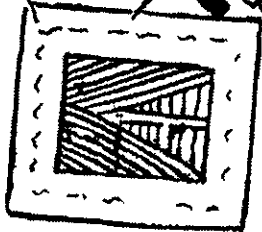



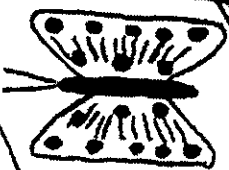




SOS











ии Гурогова ии Сигурасового, а чоты Ролмун
 а Зарова, 2732, а ввуста 1967, отъ 18 дри постуня
 Заров и от чейки отидеся, это я софери сина
 Велика, бонки Пратаи, Ври келудеи за
 итс на ввот дикун и не кривило исам
 Зюотрелиам, замкнатеся бр-дичеи
 ии сподотбуня ея ввот бр-дичеи
 тахсеи остали, бр-дичеи келудеи
 ни раз, не дичеи обхот, бр-дичеи
 садичеи, дичеи. Я кривило
 Заров, а бр-дичеи, а кривило, кривило
 сам ота бр-дичеи, а кривило, кривило

Классификация психотропных средств*

ПСИХОЛЕПТИКИ препараты, обладающие успокаивающим (депримирующим) действием		
Нейролептики (препараты с резко выраженным депримирующим эффектом)	нейролептики-седатики	— аминазин** — тизерцин
	антипсихотические (селективные)	— галоперидол — трифтазин — мажентил — этаперазин
Транквилизаторы (препараты с умеренным депримирующим эффектом)	транквилизаторы — седатики	— седуксен (реланум) — феназепам
	«дневные» транквилизаторы	— ксанакс — мезапам
	зугипнотики	— раледорм (зуноктин)
ПСИХОАНАЛЕПТИКИ препараты, обладающие активирующим, стимулирующим действием		
Антидепрессанты (препараты, уменьшающие выраженность депрессии)	седатики	— амитриптилин
	стимуляторы	— мелипрамин — нуредаль
Психостимуляторы (препараты, повышающие «уровень бодрствования» и работоспособность)	—	— сиднокарб — сиднофен
Адаптогены (препараты, повышающие резистентность организма)	растительные биостимуляторы	— препараты женьшеня, элеутерококка и т.п.
	ноотропы	— аминалон — глиатиллин — пирацетам
	актопротекторы (антиастенческие средства)	— бемитил — олифен — томерзол
ПСИХОДИЗЛЕПТИКИ препараты, вызывающие кратковременные психотические состояния (в психиатрии для наркотерапии используется кетамин)		
СОЛИ ЛИТИЯ препараты, обладающие профилактическим действием при фазно- и периодически протекающих психозах		

* — в основу классификации положена систематика J. Delay, P. Deniker (1960) в модификации Г.Я. Авруцкого (1964);

** — приводятся только наиболее распространенные и традиционно используемые в нашей стране препараты

Психотропная активность основных нейролептиков и транквилизаторов (по Л.С. Шпилеие, 1992)

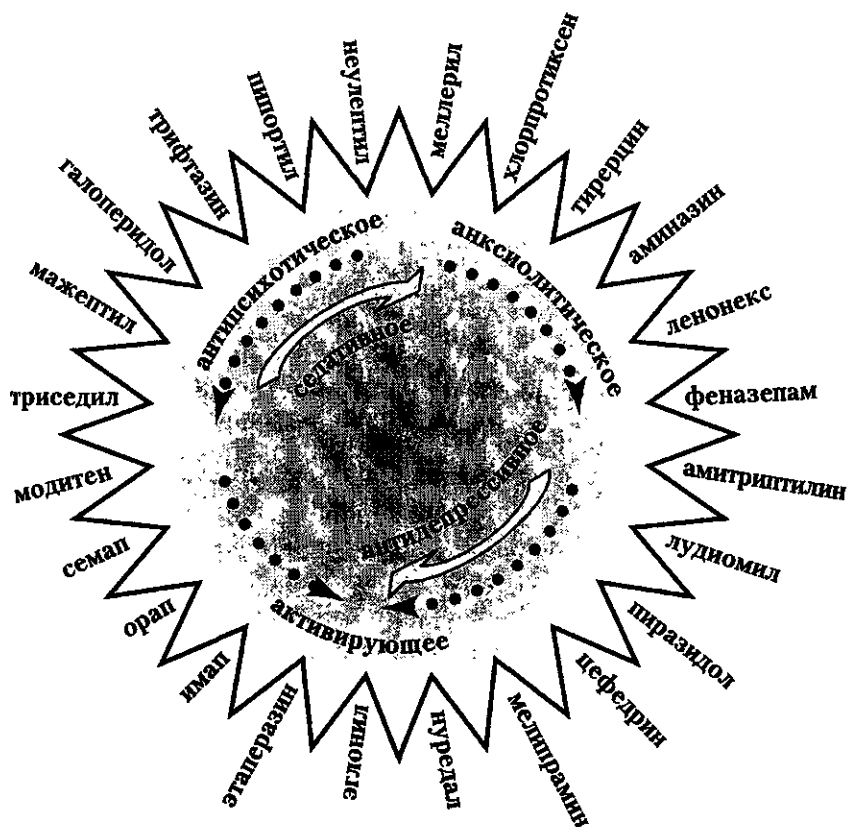
Нейролептики	Психотропное действие				Транквилизаторы	Психотропное действие			
	АП	ГС	ТА	Ст		Тр	Ст	СС	Пс
Сонапакс (меллерил)	+	—	+	+	Триоксазин	+	+	—	—
Терален	+	—	+	+	Оксилидин	+	—	+	—
Пропазин	+	++	—	—	Мебикар	+	+	—	—
Хлорпротиксен	+	+	++	+	Амизил	+	—	+	+
Неулептил	+	+	—	+	Нозепам (тазепам)	+	—	+	+
Эглонил	+	+	+	+	Мезапам (рудотель)	+	+	—	—
Френолон	+	—	++	++	Хальцион (триазолан)	+	—	+++	—
Левомепромазин (тизерцин)	+	+++	+	—	Нитразепам (раледорм, эуноктин)	+	—	+++	+
Аминазин	++	+++	—	—	Грандаксин	++	+	—	—
Этаперазин	+	—	+	++	Мепротан (мепробамат)	++	+	—	—
Клозапин (лепонекс)	++	+	+	+	Сибазон (седуксен, реланиум)	+++	+	+	+
Трифтазин	+++	+	—	+	Элениум (хлосепид)	+++	—	++	++
Галоперидол)	+++	—	+	+	Феназепам	+++	—	++	+++

- а) Психотропное действие нейролептиков: АП — антипсихотическое, ГС — гипноседативное, ТА — тимоаналептическое, Ст — стимулирующее;
- б) Психотропное действие транквилизаторов: Тр — транквилизирующее, Ст — стимулирующее, СС — седативно-снотворное, Пс — противосудорожное;
- в) Выраженность психотропной активности: «+» — легкая, «++» — умеренная, «+++» — выраженная;
- г) Нейролептики расположены в порядке нарастания антипсихотической активности, а транквилизаторы — транквилизирующего эффекта

**Психотропная активность антидепрессантов
(по С.Н. Мосолову, 1995)**

Стимулирующий эффект	Антидепрессанты-седатики Фторацизин Тримипрамин (герфонал) Амитриптилин Миансерин (леривон, миансан) Азафен Альпразолам (ксанакс, кассадан) Окселидин Триттико Флувоксамин (феварин, мироксим) Опипрамол (инсидол) Медифоксамин (гердаксил) Мефазодон (серзон)	Седативный эффект
	Антидепрессанты сбалансированного действия Триптофан Мапротилин Ноксиптилин Досулепи Мелитрацен Диметакрин Сертралин Пароксетин Пиразидол Кораксазон Кломипрамин	
	Антидепрессанты-стимуляторы Гептрал Инказан Бефол Цефедрин Имипрамин Нортриптилин Метапрамин Флуоксетин Индопан Сиднофен Ниаламид Ипразид Трансамин Нардил	

**Схема выбора первичных назначений
(по Р.Я. Вовину, 1986)**



Терапия солями лития

Основные показания:

- ☐ фазно возникающие и хронические типичные (классические) гипоманиакальные и маниакальные состояния средней тяжести;
- ☐ для профилактики аффективных фаз (приступов) в рамках маниакально-депрессивного психоза, приступообразной (приступообразно-прогредиентной) шизофрении и шизоаффективных психозов

Основные противопоказания:

- ☐ беременность, период лактации;
- ☐ выраженные аллергические и эндокринные расстройства;
- ☐ тяжелые заболевания мочевыделительной и сердечно-сосудистой системы, обострения желудочно-кишечных заболеваний

Терапевтическая концентрация лития в крови — 0,4–0,9 ммоль/л

Инсулинотерапия

Основные показания:

- ☐ кататонические, кататоно-онейроидные, депрессивно-параноидные и галлюцинаторно-параноидные (с полиморфным, малосистематизированным бредом) состояния при шизофрении (особенно в начальных стадиях заболевания);
- ☐ абстинентные расстройства при наркоманиях

Основные противопоказания:

- ☐ острые инфекционные и соматические заболевания, активная форма туберкулеза;
- ☐ тяжелые заболевания печени и почек;
- ☐ заболевания эндокринных органов;
- ☐ беременность и сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации;
- ☐ онкологические заболевания

Электросудорожная терапия

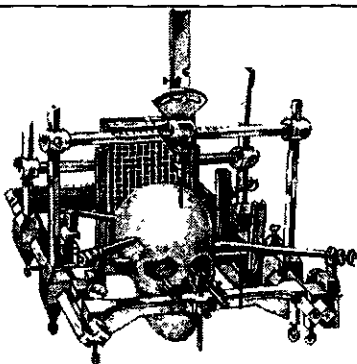
Основные показания:

- ☐ тяжелые фармакорезистентные депрессии в рамках маниакально-депрессивного психоза, шизофрении и инволюционных психозов;
- ☐ кататонические (возбуждение, ступор) фармакорезистентные состояния; фебрильная шизофрения

Основные противопоказания:

- ☐ тяжелые заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной и желудочно-кишечной систем, а также опорно-двигательного аппарата (для профилактики переломов);
- ☐ органические заболевания головного мозга и периферической нервной системы;
- ☐ эндокринные заболевания, болезни печени и почек;
- ☐ беременность, отслоение сетчатки

Стереотаксическая психирургия



- ◆ 1891 г. – первая психирургическая операция (G. Burckhardt);
- ◆ 1908 г. – первая *щадящая* психирургическая операция (В.М. Бехтерев и Л.М. Пуссеп);
- ◆ 1949 г. – Нобелевская премия (Е. Moniz и W. Hess) за теоретическое и экспериментальное обоснование психирургии.

Основные методы психирургии инвазивная, неинвазивная

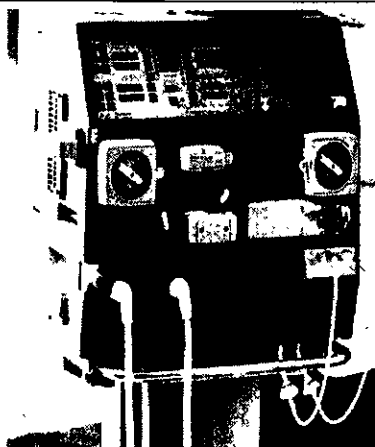
Основные показания:

- ◆ длительность заболевания не менее 3–5 лет;
- ◆ безуспешность (высокая резистентность) всех видов биологической терапии;
- ◆ инвалидизация и ресоциализация больных, обусловленные тяжестью психического заболевания;
- ◆ наличие ведущего психопатологического синдрома в соответствии с известными структурами-мишенями.

Основные противопоказания:

- ◆ возраст до 16 лет (исключая больных с отдельными формами эпилепсии);
- ◆ общехирургические соматические противопоказания;
- ◆ отсутствие очерченного психопатологического синдрома в соответствии со структурами-мишенями;
- ◆ юридические ограничения (отсутствие согласия, опеки и т.д.).

Эфферентная терапия



- ◆ XVIII век — обоснование использования энтеросорбции в медицине (Т.Е. Ловиц);
- ◆ 20–30-е гг. XX века — предложен плазмаферез (И.И. Абель, А.М. Михайловский);
- ◆ 70–90-е гг. XX века — формирование эфферентной медицины (Ю.М. Лопухин), использование ее методов в психиатрической практике (Н.А. Лопаткин, Н.А. Беляков, К.Я. Гуревич, Д.И. Малин и др.)

Основные методы эфферентной терапии

гемодиализ; плазмаферез; гемо- и плазмасорбция; ксеноперфузия; гемофильтрация; гемоксигенация; цитаферез

Основные показания:

- ◆ острые отравления (алкоголем и его суррогатами, наркотическими и психотропными средствами);
- ◆ выраженные абстинентные расстройства и фармакорезистентные состояния;
- ◆ соматогенные (послеоперационные) психозы, делирий;
- ◆ фебрильная шизофрения;
- ◆ злокачественный нейролептический синдром

Основные противопоказания:

- ◆ аментивные состояния;
- ◆ общесоматические противопоказания;
- ◆ гиповолемия, анемия, гипокоагуляционные синдромы



- ◆ 1662 г. — использование измененного атмосферного давления в медицине (Henshaw);
- ◆ 1869 г. — первая «пневматическая лечебница» (открыта Л.Н. Симоновым в г. СПб);
- ◆ 60–90-е гг. XX века — предложена кислородобаротерапия (К.М. Рапопорт), широкое ее применение в медицине (И.П. Березин, Ю.Г. Шапошников, В.А. Белов, Е.В. Колосков, А.П. Колесов и др.)

Основные методы кислородобаротерапии гипер-, нормо- и гипобарическая оксигенация

Основные показания:

◆ Гипербарическая оксигенация:

- психические расстройства интоксикационного генеза;
- психические расстройства сосудистого генеза;

◆ Гипобарическая оксигенация:

- неврозы, астенические состояния;
- утомление (переутомление), снижение работоспособности

Основные противопоказания:

- ◆ нарушения барофункции ЛОР — органов, склонность к легочным кровотечениям и гипертензии;
- ◆ органические заболевания головного мозга;
- ◆ онкологическая патология, хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации;
- ◆ острые соматические и инфекционные заболевания

Основные психотерапевтические методы (по А.И. Колчеву, 1998)

Интрапсихическая психотерапия Направлена на улучшение процессов социальной адаптации, купирование болезненных проявлений путем осознания механизмов неадекватных поведенческих реакций	
Психоанализ (S. Freud, 1895)	Интеграция ранее подавленных болезненных проявлений в общую структуру личности, анализ психологических причин их обуславливающих, с последующей коррекцией.
Аналитическая (C. Jung, 1904)	Оптимизация соотношения сознательного и бессознательного в поведенческих реакциях пациента, установление динамического равновесия между ними.
Индивидуальная (A. Adler, 1911)	Интеграция личности пациента, осознание им механизмов собственных поведенческих реакций, формирование повышенного социального интереса.
Рациональная (В.М. Бехтерев, 1911)	Разъяснение пациенту психопатологических механизмов его болезненных симптомов и неадекватных поведенческих реакций.
Патогенетическая (В.Н. Мяснишев, 1960)	Изучение этиопатогенетических механизмов психопатологических процессов, установление причинно-следственных связей болезненных проявлений и особенностей личности пациента, с последующей коррекцией его поведенческих реакций.
Экспрессивная (F. Alexander, 1956)	Разрешение конкретных конфликтных ситуаций, связанных с особенностями психосексуального развития личности, купирование негативного влияния психологической защиты.
Поддерживающая (M. Klein, 1946)	Оказание психотерапевтической помощи в сложных или субъективно трудно преодолимых ситуациях.
Краткоременная динамическая (F. Alexander, T. French, 1946; M. Balint, 1952)	Оказание психотерапевтической помощи в ходе ограниченного во времени лечебного процесса, как правило, сфокусированного на разрешении конкретной проблемы.
Центрированная на клиенте (C. Rogers, 1951)	Приведение «реального Я» пациента в соответствие с его глубинными переживаниями и накопленным субъективным опытом.
Эмотивно-рациональная (A. Ellis, 1962)	Анализ проблемных ситуаций, доведение до сознания пациента иррациональных когнитивных установок, влияющих на психоэмоциональное состояние и принимаемые решения.
Гештальттерапия (F. Perls, 1947)	Формирование гармоничной личности пациента за счет развития его самосознания и разрешения внутренних конфликтов.
Неркоанализ (S. Horsley, 1932)	Проведение психоаналитической терапии на фоне психотропных средств, вызывающих состояния измененного сознания.

Основные психотерапевтические методы (продолжение таблицы)

Поведенческая (бихевиористская) терапия (J. Wolpe, 1962) Направлена на замену неадекватных, приводящих к дизадаптации, форм поведенческих реакций более оптимальными	
Контр-обусловливание	♦ <u>Систематическая десенсибилизация</u>: выработка реакций, противоположных тем, которые приводят к дизадаптации ♦ <u>Имплозивная терапия</u>: помещение пациента в индивидуально значимую психотравмирующую ситуацию, с целью выработки к ней соответствующих адаптационных механизмов
Оперантные методы	♦ <u>Метод формирования поведения</u>: выработка оптимальных форм поведения путем применения системы поощрительных мероприятий ♦ <u>Метод «накопления жетонов»</u>: используется в лечебных заведениях с применением системы «поощрительных жетонов» (количество которых определяет степень «привилегий»)
Экзистенциальная терапия (V. Frankl, 1961, R. May, 1967) Доведение до понимания пациента смысла, который он старается придать своей жизни путем анализа каждого его поведенческого акта	
Терапия реальностью (W. Glasser, 1965) Стремление побудить пациента брать на себя ответственность за различные <u>реальные жизненные ситуации</u> и добиваться поставленных целей	
Трансактный анализ (E. Berne, 1961) Осознание пациентом мотивов своих поведенческих актов (взаимодействий — «транзакций») с целью формирования более адекватного поведения	
Психодрама (J. Moreno, 1921) Исследование черт характера, конфликтных ситуаций, межличностных связей путем специальной терапевтической драматизации	
Групповая психотерапия (E. Berne, 1961, C. Rodgers, 1959, F. Peres, 1962)	
Поддерживающая	Улучшение социальной адаптации
Аналитически ориентированная	Реконструктивные процессы, направленные на улучшение социального функционирования
Психоанализ групп	Направлена на глубинные реконструктивные личностные процессы
Деловая	Улучшение произвольного контроля над поведенческими актами
Поведенческая	Купирование соответствующих поведенческих расстройств

Основные психотерапевтические методы (продолжение таблицы)

Семейная психотерапия (N. Ackerman, 1962, M. Lieberman, 1972, N. Haley, 1978, S. Whitaker, 1964) Улучшение межличностных отношений в семье, ее реорганизация	
Психодинамическая	Изучение психологических механизмов семейного конфликта и связанных с ним проблем
Поведенческая	Достижение поведенческих целей методом положительного подкрепления
Стратегическая	Фиксация на разрешении конкретной проблемы, возникающей в ходе межличностного общения в семье
Экспериментальная	Оптимизация межличностных отношений в семье путем внесения изменений в организацию ее структуры
Нейро-лингвистическое программирование (D. Grinder, R. Bandler, 1979) Улучшение социального функционирования, за счет изменения внутренних программ поведения.	
Гипносуггестивная терапия (J. Braid, 1841) Купирование симптомов патологических процессов в состоянии гипноза	
Наркопсихотерапия (A. Lambert, 1944, Е. А. Попов, 1949) Купирование симптомов психопатологических процессов на фоне применения препаратов, вызывающих изменение сознания	
Социотерапия (реабилитационная терапия) (Д.Е. Мелехов, 1947, М.М. Кабанов, 1971) Восстановление социального статуса больного, активирование саногенетических механизмов психопатологических процессов	
Психическая саморегуляция (Е. Jacobson, 1922, J. Shultz, 1932) Снижение психофизиологической напряженности, выраженных стрессовых реакций, предупреждение их нежелательных последствий	

Область медицины, направленная на охрану психического здоровья человека путем создания оптимальных условий для наиболее полного развития психических свойств личности и ее функционирования, улучшения условий труда и жизни, установления адекватных межличностных отношений, а также повышения сопротивляемости психики человека вредоносным воздействиям окружающей среды.

Психопрофилактика

Область медицины, направленная на предупреждение развития психических расстройств, их хронизации, а также предотвращение рецидивов болезни и инвалидизацию больных.

Первичная психопрофилактика – совокупность мер, направленных на предупреждение развития психических расстройств

Вторичная психопрофилактика – совокупность мер, направленных на предупреждение обострения (рецидивов) психического или психосоматического заболевания

Третичная психопрофилактика – совокупность мер, направленных на предупреждение неблагоприятных социальных последствий психического заболевания, предупреждение его хронизации и инвалидизации больных

Основы медико-психологической реабилитации (по М.М. Кабанову, 1999)

Медико-психологическая реабилитация

система мероприятий, направленных на профилактику патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, или на возможно раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов к труду

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1. Раннее начало.
2. Комплексность.
3. Непрерывное поэтапное и преемственное применение реабилитационных мероприятий.
4. Партнерство.
5. Индивидуализация программы реабилитации.
6. Единство психосоциальных и биологических методов воздействия.
7. Общественная направленность.
8. Социальная и профессиональная направленность.

ЭТАПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

1. Госпитальный.
2. Амбулаторно-поликлинический.
3. Санаторный.

Часть II. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

«Любая классификация или определение — это всего лишь результат соглашения между людьми»
(Х. Дельгадо, 1971)

«Классификация представляет собой способ видения мира на определенном временном этапе»
(Н. Сарториус, 1994)

Цитаты, приведенные в качестве эпитафий к данному разделу, свидетельствуют, что классификации, в значительной степени, фиксируют лишь договоренность между учеными о принципах группировки и разграничения патологических состояний. Безусловно, такое разграничение оказывается достаточно искусственным, так как отражает, преимущественно, уровень развития науки в тот или иной период времени.

Официальной классификацией психических расстройств в нашей стране считается Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), но наиболее распространенной и широко используемой в практической деятельности врачей является, пожалуй, систематика, разработанная во Всероссийском Центре психического здоровья, которая приведена на стр. 82. Она представляет собой пример этиопатогенетической классификации в психиатрии, то есть разграничение отдельных нозологических форм (заболеваний) осуществляется в зависимости от причин их возникновения и механизмов развития. Классифицирующими признаками, при этом, являются:

а) наличие либо отсутствие этиопатогенетически значимых экзогенных воздействий (внешних патогенных факторов);

б) наличие либо отсутствие органического поражения ЦНС.

Следует подчеркнуть условность понятия «отсутствие фактора»: имеется в виду лишь то, что они (факторы) не могут быть выявлены с помощью современных методов исследования и не имеют существенного, «ключевого» значения в развитии заболевания. Так, психические расстройства при эндогенных и экзогенных заболеваниях, вероятно, сопровождаются морфологическими изменениями в тканях головного

мозга, однако, эти изменения достоверно не определяются даже при применении наиболее современных и сложных методов диагностики (как прижизненной, так и посмертной). Аналогичным образом, развитию эндогенных и эндогенно-органических заболеваний часто предшествует воздействие разнообразных «пусковых», предрасполагающих, провоцирующих экзогенных факторов, однако, решающего этиопатогенетического значения эти факторы не имеют. Их наличие может лишь видоизменить клинику расстройств, ускорить (либо замедлить) их формирование и т.п.

Безусловными достоинствами этиопатогенетической классификации являются простота и стройность ее построения (все нозологические формы объединены в 6 групп заболеваний), а также стремление к использованию единых классифицирующих признаков. Впрочем, как следует из таблицы, психогении и патологии развития выделяются на основании иных факторов, что, в некоторой степени, разрушает единство данной систематики.

Приведенная на стр. 83 Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) базируется на совершенно иных методологических принципах. В её основе лежит сознательный отказ от попытки группировки психических расстройств в зависимости от этиопатогенетических механизмов их развития (что, практически, означает отказ от нозологического принципа в психиатрии). В рамках каждого из перечисленных на стр. 83–84 диагностических разделов МКБ-10 приводится подробный перечень психопатологических состояний (диагностических рубрик), относящихся к данной группе расстройств (приведены на стр. 85–87) с указанием основных критериев их диагностики. Это делает классификацию очень удобной для практического использования. В то же время, следует отметить описательный характер МКБ-10: разграничение заболеваний осуществляется исключительно по их клиническим проявлениям, чем определяется её некоторая громоздкость и что, особенно на начальных этапах, затрудняет её применение. Кроме того, описательный характер этой классификации не всегда способствует целенаправленному выбору этиопатогенетической терапии. Например, диагноз «депрессивный эпизод» будет выставлен (при наличии определенного набора признаков) больному вне зависимости от того, какие факторы (психогенные, экзогенные, генетические и пр.) имели основное значение в его формировании. Будучи ориентированной на феноменологическую (описательную) диагностику психических расстройств, МКБ-10 способствует, таким образом, выбору средств симптоматической терапии, но не всегда позволяет выработать тактику этиопатогенетически обоснованного лечения.

Коротко проанализированные выше классификации предназначены для распознавания психопатологических проявлений состояния (симптомов и синдромов) и формирования на их основе диагностических заключений. Известно, однако, что особенности поведения, межличностного и социального функционирования определяются не только болезненно измененной частью личности, но и ее сохранным, адаптационным потенциалом. Поэтому в последние годы все более широкое распространение приобретают уровневая оценка психического здоровья (с. 88) и многоосевые систематики психических расстройств, ориентированные на учет различных (а не только болезненно измененных) аспектов жизнедеятельности лиц с психическими расстройствами. Структура наиболее распространенной в мире многоосевой классификации DSM-IV, которая широко используется не только в США, но и во многих других странах, приведена на стр. 88.

На схеме «Соотношение тяжести психопатологических синдромов и некоторых нозологических форм» (стр. 89) синдромы расположены в последовательности, обратной их тяжести: от наиболее прогностически неблагоприятных к наиболее легким. Из данной схемы следует, что большинство синдромов являются нозологически неспецифичными, то есть могут являться при разных заболеваниях. Тем не менее, можно указать, какими расстройствами ограничиваются клинические проявления той или иной нозологической формы.

Этиопатогенетическая классификация психических заболеваний

Группа заболеваний		Классифицирующие признаки	Основные нозологические формы
Эндогенные		* (—) ** (—)	Шизофрения Маниакально-депрессивный психоз Функциональные психозы позднего возраста
Эндогенно-органические		* (—) ** (+)	Эпилепсия Атрофические заболевания головного мозга
Экзогенные		* (+) ** (—)	Симптоматические психозы (при «общих» инфекциях, интоксикациях, соматических заболеваниях)
Экзогенно-органические		* (+) ** (+)	Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга, ЧМТ, опухолях, «мозговых» инфекциях
Психогенные		зависимость от психотравмирующих воздействий	Невротические реакции Невротические состояния Реактивные психозы
Патологии развития	личности	конституционально обусловленные устойчивые патологические состояния	Психопатии
	интеллекта		Олигофрения

* — наличие (+) или отсутствие (—) этиопатогенетически значимых экзогенных воздействий;

** — наличие (+) или отсутствие (—) органического субстрата поражения ЦНС

Международная классификация болезней (краткая характеристика разделов МКБ-10)

F00-F09

Органические и симптоматические психические расстройства

Расстройства, развитие которых отчетливо связано с наличием морфологических изменений в тканях головного мозга: деменции позднего возраста; последствия черепно-мозговых травм; церебральный атеросклероз; заболевания, обусловленные атрофическими процессами головного мозга, и некоторые другие

F10-F19

Нарушения, обусловленные употреблением алкоголя, опиоидов, кокаина, галлюциногенов, летучих растворителей, седативных или снотворных средств, табака и других психоактивных веществ. Выраженность расстройств может варьировать в очень широких пределах: от неосложненного алкогольного опьянения до галлюцинозно-бредовых состояний или деменции

F20-F29

Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

Наряду с шизофренией, к этой группе относятся клипические и, вероятно, генетически близкие к ней расстройства, характеризующиеся (в большинстве случаев) относительно более благоприятным течением

F30-F39

Аффективные расстройства настроения

Разнообразные по тяжести и типу течения маниакальные и депрессивные состояния

F40-F48

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

Наряду с состояниями, которые в отечественной психиатрии традиционно рассматриваются, как невротические (обсессивно-фобические расстройства, истерические нарушения, неврастения), в эту группу включены острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство и расстройства адаптации. К соматоформным относят разнообразные расстройства, характеризующиеся субъективным переживанием соматического неблагополучия которое не подтверждается объективными методами исследования

Краткая характеристика разделов МКБ-10 (продолжение)

F50-F59

Поведенческие нарушения, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

Этот раздел классификации объединяет расстройства приема пищи (нервная анорексия и нервная булимия), нарушения сна и половой функции (если они не связаны с каким-либо другим заболеванием), послеродовые психические расстройства и злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости

F60-F68

Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

Под расстройствами личности понимают устойчивые характерологические особенности, выраженность которых препятствует адекватному поведенческому и социальному функционированию.

К поведенческим нарушениям относят расстройства привычек и влечений (если они не обусловлены другим психическим заболеванием), а также разнообразные сексуальные перверсии

F70-F79

Умственная отсталость

Формирующееся в раннем возрасте состояние стойкого психического недоразвития (прежде всего, интеллектуального)

F80-F89

Нарушения психологического развития

Разнообразные, формирующиеся в детском возрасте, расстройства специфических навыков (речи, чтения, счета и т.п.) или личности, не обусловленные умственной отсталостью

F90-F98

Поведенческие и эмоциональные расстройства начинающиеся в детском и подростковом возрасте

Включаются характерные для детского возраста поведенческие и эмоциональные нарушения, а также некоторые виды двигательных («тикозных») расстройств, заикание, энурез

Международная классификация болезней (перечень диагностических рубрик)

F00-F09

Органические и симптоматические психические расстройства

- F00** — Деменция при болезни Альцгеймера;
- F01** — Сосудистая деменция;
- F02** — Деменция при болезнях, квалифицированных в других разделах;
- F03** — Деменция, неуточненная;
- F04** — Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами;
- F05** — Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами;
- F06** — Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни;
- F07** — Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга;
- F09** — Неуточненные органические или симптоматические психические расстройства;

F10-F19

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ

- F10** — в результате употребления алкоголя;
- F11** — в результате употребления опиоидов;
- F12** — в результате употребления каннабиоидов;
- F13** — в результате употребления седативных или снотворных средств;
- F14** — в результате употребления кокаина;
- F15** — в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин;
- F16** — в результате употребления галлюциногенов;
- F17** — в результате употребления табака;
- F18** — в результате употребления летучих растворителей;
- F19** — в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ;

F20-F29

Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

- F20** — Шизофрения;
- F21** — Шизотипическое расстройство;
- F22** — Хронические бредовые расстройства;
- F23** — Острые и транзиторные психотические расстройства;
- F24** — Индуцированное бредовое расстройство;
- F25** — Шизоаффективные расстройства;
- F28** — Другие неорганические психотические расстройства;
- F29** — Неуточненный неорганический психоз;

Перечень диагностических рубрик МКБ-10 **(продолжение)**

F30-F39

Аффективные расстройства настроения

- F30** — Маниакальный эпизод;
- F31** — Биполярное аффективное расстройство;
- F32** — Депрессивный эпизод;
- F33** — Рекуррентное депрессивное расстройство;
- F34** — Хронические (аффективные) расстройства настроения;
- F38** — Другие (аффективные) расстройства настроения;
- F39** — Неуточненные (аффективные) расстройства настроения;

F40-F48

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

- F40** — Тревожно-фобические расстройства;
- F41** — Другие тревожные расстройства;
- F42** — Обсессивно-компульсивное расстройство;
- F43** — Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации;
- F44** — Диссоциативные (конверсионные) расстройства;
- F45** — Соматоформные расстройства;
- F48** — Другие невротические расстройства;

F50-F59

Поведенческие нарушения, связанные с физиологическими нарушениями и факторами

- F50** — Расстройства приема пищи;
- F51** — Расстройства сна неорганической природы;
- F52** — Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием;
- F53** — Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах;
- F54** — Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах;
- F55** — Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости;
- F59** — Неуточненные поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами;

Перечень диагностических рубрик МКБ-10 (продолжение)

F60-F68

Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

- F60** — Специфическое расстройство личности;
- F61** — Смешанное и другие расстройства личности;
- F62** — Хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга;
- F63** — Расстройства привычек и влечений;
- F64** — Расстройства половой идентификации;
- F65** — Расстройства сексуального предпочтения;
- F66** — Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией;
- F68** — Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых;

F70-F79

Умственная отсталость

- F70** — Легкая умственная отсталость;
- F71** — Умеренная умственная отсталость;
- F72** — Тяжелая умственная отсталость;
- F73** — Глубокая умственная отсталость;
- F78** — Другая умственная отсталость;
- F79** — Неуточненная умственная отсталость;

F80-F89

Нарушения психологического развития

- F80** — Специфические расстройства развития речи;
- F81** — Специфические расстройства развития школьных навыков;
- F82** — Специфическое расстройство развития двигательных функций;
- F83** — Смешанные специфические расстройства;
- F84** — Общие расстройства развития;
- F88** — Другие расстройства психологического развития;
- F89** — Неуточненное расстройство психологического развития;

F90-F99

Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте

- F90** — Гиперкинетические расстройства;
- F91** — Расстройства поведения;
- F92** — Смешанные расстройства поведения и эмоций;
- F93** — Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста;
- F94** — Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста;
- F95** — Тикозные расстройства;
- F98** — Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте;

Уровневая оценка (классификация) психического здоровья

Б.С. Фролов (1982)	С.Б. Семичов (1986)		С.В. Запускалов Б.С. Положий (1991)
Здоровые	Идеальная (абсолютная) норма		Уровень ста- бильного психи- ческого здоровья
Практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками	Типологи- ческая норма	Конституциональная норма	Уровень риска
		Акцентуации (харак- тера или личности)	
Практически здоровые с неблагоприятными прогностическими при- знаками (препатология)	Потенциальный уровень риска		Уровень предболезни
Легкая патология	Психическая дезадаптация	Непатологическая дезадаптация	Донозологиче- ский
		Патологическая дезадаптация (предболезнь)	
		Вероятно болез- ненное состояние	
Выраженная патология	Верифицированная болезнь		Уровень болезни

Многоосевая структура классификации (по DSM-IV)

Ось	Наименование оси	Предназначение оси
I	Клинические синдромы	Оценка психического состояния
II	Расстройства развития, расстройства личности	
III	Соматические расстройства и состояния	Оценка соматического статуса
IV	Социальные и межлично- стные проблемы	Изучение характеристик социальной и личностной адаптации
V	Интегральная оценка тяже- сти состояния	Оценка выраженности расстройств, а также для анализа эффективности терапии

Соотношение тяжести психопатологических синдромов и отдельных нозологических форм

Синдромы

Психоорганический

Судорожный

Помрачение сознания
(делирий, аменция, сумеречное
помрачение сознания)

Галлюцинаторно-паранойдный,
парафренный, кататонический,
онейроидный

Паранойальный, галлюцинозы

Невротические
(обсессивно-фобический,
истерический)

Аффективные
(депрессивный, маниакальный)

Астенический

Заболевания

Органическое поражение
головного мозга

Экзогенные психозы

Шизофрения

Неврозы, психопатии

Психосоматические
заболевания

Часть III. ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Последовательность изложения материалов по частной психиатрии соответствует структуре этиопатогенетической классификации психических расстройств, приведенной на стр. 82 данного пособия. Сведения о каждой из основных групп заболеваний (эндогенные, эндогено-органические, экзогенные, экзогенно-органические, психогенные и патологии развития) приведены, при этом, в самостоятельных разделах. Следует отметить, что этиопатогенетические механизмы формирования психических расстройств остаются, в большинстве случаев, недостаточно выясненными и поэтому отнесение отдельных нозологических форм к той или иной группе является достаточно условным. Избранный порядок представления сведений, однако, в наибольшей степени соответствует принятым в настоящее время в нашей стране подходам к диагностике психических заболеваний.

Описание каждой отдельной нозологической единицы также дано в определенной последовательности. В большинстве случаев, в начале приводится определение заболевания, в котором фиксируются его наиболее существенные признаки. Затем излагаются сведения о наиболее характерных клинических проявлениях заболевания, его систематике, динамике и дифференциальной диагностике. Исключительное разнообразие психопатологических проявлений и особенностей динамики при разных расстройствах, впрочем, не всегда позволяло жестко придерживаться указанной схемы.

Изучение частной психиатрии предполагает знание общей психопатологии. Поэтому сведения, изложенные выше, в данном разделе пособия не раскрываются. Например, в таблице «Клиника шизофрении» (с. 92) лишь перечисляются галлюцинаторно-бредовые, кататонические и др. синдромы, более подробная характеристика которых приведена ранее (в 3-м разделе 1-й части пособия). Кроме того, определение и краткая характеристика большинства используемых понятий приводятся в «Словаре основных психиатрических терминов» (приложение 1).

В связи со всё более широким использованием в отечественной психиатрии МКБ-10, в большинстве разделов приводятся диагностические критерии соответствующих расстройств и по этой классификации. Так как применение данной систематики нередко сопряжено для практических врачей с известными сложностями, приводятся также таблицы со-

ответствий традиционно принятых диагностических заключений и соответствующих формулировок в МКБ. При этом следует подчеркнуть, что некоторые рубрики международной классификации могут быть сопоставлены с ранее использовавшимися диагностическими формулировками только весьма условно, в связи с чем авторы не претендуют на однозначную правильность таких сопоставлений.

В таблицах по дифференциальной диагностике заболеваний указаны лишь основные отличительные признаки. Причем, и эти признаки являются лишь относительными критериями распознавания того или иного состояния, так как индивидуальное своеобразие психопатологических проявлений у каждого конкретного больного определяется не только нозологической формой, но и другими факторами (возраст, преморбидный фон, сопутствующие заболевания и пр.). В любом случае, информативность каждого отдельно взятого признака невелика и при проведении дифференциальной диагностики необходимо ориентироваться на совокупность всех указанных критериев.

Раздел 1. Эндогенные психические заболевания

ШИЗОФРЕНИЯ — прогрессирующее психическое заболевание, характеризующееся типичными изменениями личности и своеобразным ее дефектом

«Диагноз шизофрении порой устанавливается психиатрами на основании наличия у больного любой психопатологической симптоматики, а иногда даже и без нее»

(С.В. Литвищев, 1999)

Клиника шизофрении

«НЕГАТИВНЫЕ» (дефицитарные) расстройства	«ПОЗИТИВНЫЕ» (продуктивные) расстройства
❖ структурные расстройства мышления (разорванность, резонерство, разноплановость); ❖ симптомы качественного искажения эмоций; ❖ расстройства воли (амбивалентность, амбигуэнтность, гипобулия, негативизм); ❖ расстройства личности (аутизм, снижение энергетического потенциала);	❖ галлюцинаторно-бредовые расстройства ❖ кататонические явления ❖ гебефреническая симптоматика ❖ аффективно-бредовые расстройства

Шизофрения: Симптомы первого раига по К. Шнайдеру (по Р. Шейдеру, 1998)

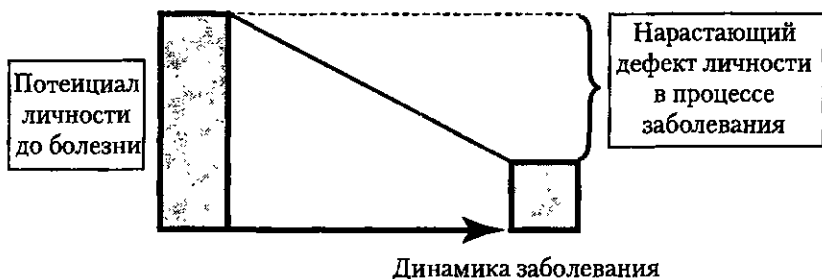
Открытость мыслей	Ощущение того, что мысли слышны на расстоянии
Чувство отчуждения	Ощущение того, что мысли, побуждения и действия исходят из внешних источников и не принадлежат больному
Чувство воздействия	Ощущение того, что мысли, чувства и действия навязаны некими внешними силами, которым необходимо пассивно подчиняться
Бредовое восприятие	Организация реальных восприятий в особую систему, часто приводящая к ложным представлениям и конфликту с действительностью
Слуховые галлюцинации	Ясно слышимые голоса, исходящие изнутри головы (псевдогаллюцинации), комментирующие действия или произносящие мысли больного. Больной может «слышать» короткие или длинные фразы, невнятное бормотание, шепот и т.д.

Наиболее часто встречающиеся симптомы острой шизофрении (по М. Гельдер с соавт., 1999)

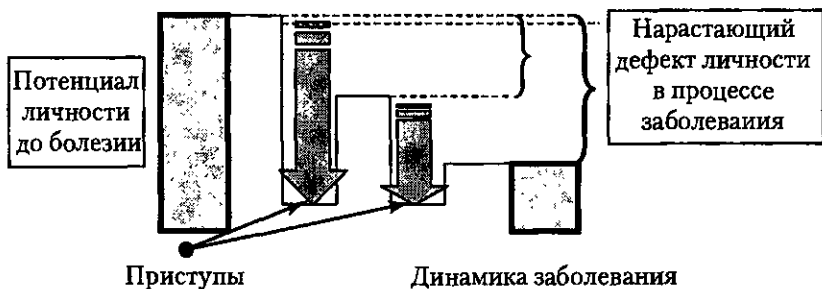
Симптом	Частота встречаемости (%)
— Отсутствие инсайта (осознания своего психического состояния)	97
— Слуховые галлюцинации	74
— Идеи отношения	70
— Подозрительность	66
— Уплощенность аффекта	66
— Бред преследования	64
— Отчуждение мыслей	52
— Звучание мыслей	50

Основные типы течения шизофрении

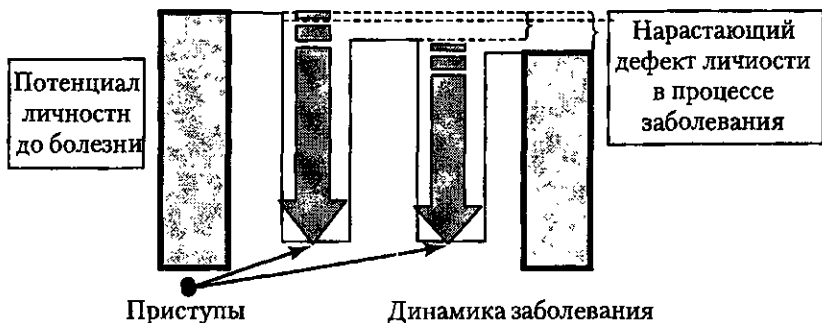
А. Непрерывно-прогрессивный



Б. Приступообразно-прогредиентный



В. Периодический (рекуррентный)



Классификация шизофрении

По типу течения (прогредиентности)		По клиническим формам	Ведущая симптоматика
Тип течения	Клинические варианты		
Непрерывный	юношеский злокачественный	гебефреническая	негативные и гебефренические расстройства
	малопрогредиентный	простая	негативные расстройства
	среднепрогредиентный	параноидная	негативные и галлюцинаторно-бредовые расстройства
Приступообразно-прогредиентный (шубообразный)	с галлюцинаторно-бредовыми приступами		
	с аффективно-бредовыми приступами		
	с депрессивно-деперсонализационными приступами		
Периодический (рекуррентный)	шизоаффективный	кататоническая	негативные и кататонические расстройства
	кататонический		
	фебрильный (гипертоксический)		кататонические расстройства и выраженные явления аутоинтоксикации

Критерии диагностики (по МКБ-10)* параноидной, гебефренической, кататонической и недифференцированной шизофрении

А На протяжении большей части психотического эпизода длительностью не менее одного месяца должны отмечаться минимум один из признаков, перечисленных в перечне (1), или минимум два признака из перечня (2).

Перечень 1:

- а) «эхо» мысли, вкладывание или отнятие мыслей, открытость мыслей;
- б) бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к мыслям, действиям, движениям или ощущениям; бредовое восприятие;
- в) галлюцинаторные «голоса», комментирующие поведение больного или обсуждающие его между собой, другие типы галлюцинаторных «голосов», исходящих из какой-либо части тела;
- г) стойкие бредовые идеи, которые культурально неадекватны и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или общении с инопланетянами)

Перечень 2:

- а) галлюцинации любого вида, если они отмечаются ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и неструктурированным) без отчетливого аффективного содержания;
- б) неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи;
- в) явления кататонического ступора или возбуждения;
- г) «негативные» симптомы, такие как выраженная апатия, речевое обеднение, стлаженность или неадекватность эмоциональных реакций (должно быть очевидным, что они не обусловлены депрессией или терапией нейролептиками)

Б Наиболее часто используемые критерии исключения:

- 1) Если клинические проявления соответствуют также критериям аффективных расстройств, приведенные критерии перечня 1 или перечня 2 должны выявляться до развития расстройств настроения;
- 2) Расстройство не может быть объяснено органическим заболеванием мозга, либо состоянием алкогольной, наркотической интоксикации, зависимости или отмены

* — в МКБ-10 выделяются также постшизофреническая депрессия, резидуальная шизофрения и простая шизофрения

Отдаленный катамнез при шизофрении (по Г.П. Костюку, 1999)

Манифестный синдром	Инвалидизация (%)	Срок наступления инвалидности (лет)	Сняты с диспансерного учета (%)
Галлюцинаторно-параноидный	57,5	3,9	15,0
Паранондный	31,8	13,8	40,9
Аффективно-бредовый	61,1	9,5	22,2
Кататонический	57,2	1,3	28,6
Неврозоподобный	75,0	8,5	12,5
Психопатоподобный	50,0	9,8	—

Факторы прогноза при шизофрении (по М. Гельдер с соавт., 1999)

Хороший прогноз	Плохой прогноз
— Внезапное начало — Краткий эпизод — Отсутствие психических расстройств ранее — Выраженные аффективные симптомы — Начало в позднем возрасте — Пациент состоит в браке — Хорошая психосексуальная адаптация — Нормальная личность до заболевания — Хороший послужной список — Хорошие социальные взаимоотношения — Больной соблюдает режим, план лечения и рекомендации медперсонала	— Постепенное начало — Длительный эпизод — Наличие психических расстройств ранее — Негативные симптомы — Раннее начало — Пациент одинок — Плохая психосексуальная адаптация — Патологическая личность до заболевания — Плохой послужной список — Социальная изоляция — Больной не соблюдает режим, план лечения и рекомендации медперсонала

Диагностические критерии шизоаффективного расстройства (по МКБ-10)

А

Соответствие критериям аффективных расстройств умеренной или тяжелой степени выраженности

Б

В течение большей части времени двухнедельного периода отчетливо отмечается хотя бы один из симптомов «а», «б», «в», «г» *перечня 1* или симптомов «б», «в» *перечня 2* критериев диагностики шизофрении

В

Критерии групп А и Б должны выявляться в течение одного и того же эпизода и хотя бы на какой-то период одновременно

Г

Наиболее часто используемые критерии исключения: расстройство не может быть объяснено органическим заболеванием мозга, либо состоянием алкогольной, наркотической интоксикации, зависимости или отмены

Диагноз основывается на относительном «равновесии» представленности, тяжести и продолжительности «шизофренических» и «аффективных» симптомов

Диагностические критерии шизотипического расстройства (по МКБ-10)

А

На протяжении минимум двух лет постоянно или периодически должны обнаруживаться по меньшей мере 4 признака из числа следующих:

- 1) неадекватный или суженный эффект, больной выглядит холодным и отчужденным;
- 2) странности, эксцентричность или особенности в поведении или внешнем виде;
- 3) обеднение контактов и тенденция к социальной аутизации;
- 4) странные взгляды (верования) или магическое мышление, оказывающее влияние на поведение и не согласующиеся с субкультуральными нормами;
- 5) подозрительность или параноидные идеи;
- 6) обсессивная жвачка без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;
- 7) необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализацию или дереализацию;
- 8) аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное и часто стереотипное мышление, проявляющееся странной речью (или другим образом) без выраженной разорванности;
- 9) редкие транзиторные психотические эпизоды с интенсивными иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями и бредоподобными идеями, обычно возникающими без внешней провокации

Б

Никогда не отмечались диагностические критерии шизофрении

Диагностические критерии бредового расстройства (по МКБ-10)

А Наличие бреда или системы взаимосвязанных бредовых идей за исключением тех, которые были указаны в пунктах б) и г) перечня 1 критериев группы А. шизофрении (т.е. за исключением совершенно невозможных по содержанию или культурально неадекватных). Наиболее частые примеры: бред преследования, величия, ипохондрический, ревности или эротический

Б Бред (критерий А) должен наблюдаться минимум 3 месяца

В Не выполняются общие критерии шизофрении

Г Не должны отмечаться хронические галлюцинации любого вида (но могут быть транзиторные или редкие галлюцинации слуха, при которых больной не обсуждается в третьем лице и которые не имеют комментирующего характера)

Д Время от времени могут выявляться депрессивные симптомы, но, при этом, бредовые идеи сохраняются и в то время, когда расстройства настроения не отмечаются

Е Наиболее часто используемые критерии исключения: расстройство не может быть объяснено органическим заболеванием мозга или употреблением психоактивных веществ

Таблица соответствия диагностических заключений

Диагностическое заключение по МКБ-10	Код по МКБ-10	Традиционное диагностическое заключение
Шизофрения	F20	Шизофрения
Шизотипическое расстройство	F21	Шизофрения малопрогрессирующая; шизоидная психопатия
Хронические бредовые расстройства	F22	Шизофрения; шизофреноподобные состояния эндогенно- или экзогенно-органической этиологии
Острые и транзиторные психотические расстройства	F23	Шизофрения; аффективно-бредовый приступ; острый реактивный психоз
Индукированное бредовое расстройство	F24	Реактивный психоз; индуцированный психоз
Шизоаффективные расстройства	F25	Шизофрения периодическая; маниакально-депрессивный психоз (атипичная форма)

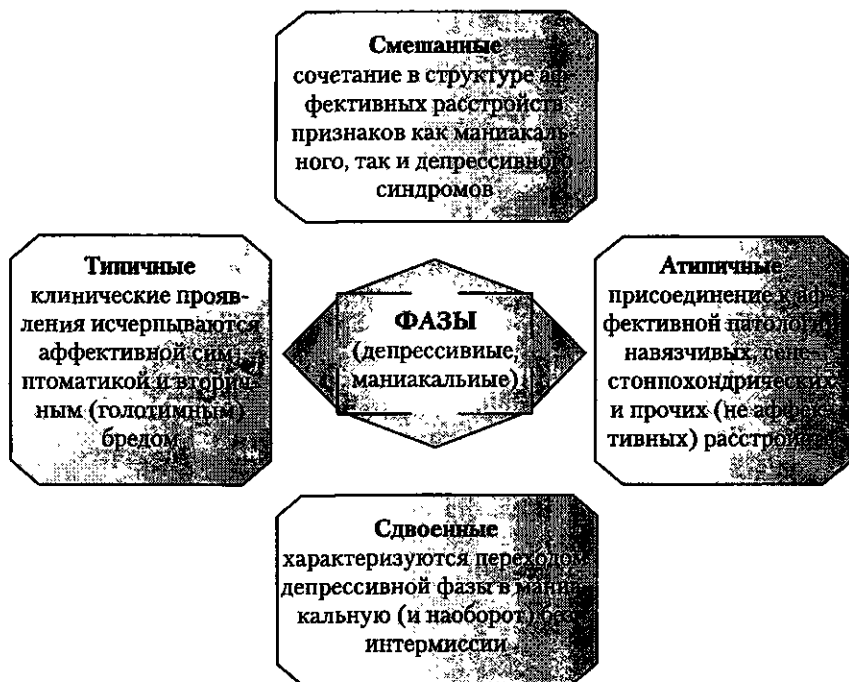
МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ* — хроническое заболевание, протекающее в виде аффективных фаз, разделенных интермиссиями (светлыми промежутками)

* — в МКБ-10 — «Аффективное расстройство»

Классификация МДП

По клиническим проявлениям	По степени выраженности	По типу течения
1. Типичный 2. Атипичный	1. Циклотимия (70–80%) 2. Циклофрения (20–30%)	1. Монополярный (80%) в т.ч.: — депрессивный (72%) — маниакальный (8%) 2. Биполярный (20%)

Типология аффективных фаз



Стадии развития аффективных фаз

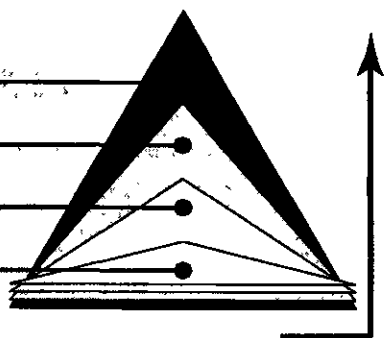
Маниакальная фаза

— маниакальная парафрения

— бредовая мания

— типичная (классическая)

— циклотимическая



Выраженность проявлений

Депрессивная фаза

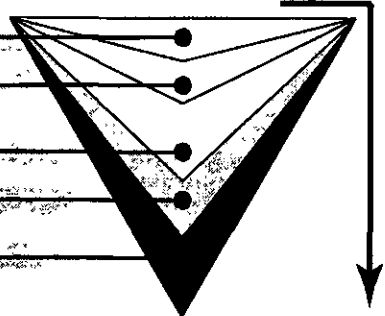
— дистимико-дисбулическая

— циклотимическая

— типичная (классическая)

— бредовая депрессия

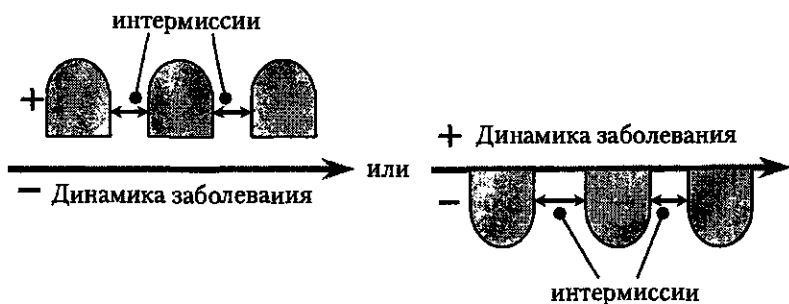
— меланхолическая парафрения



Выраженность проявлений

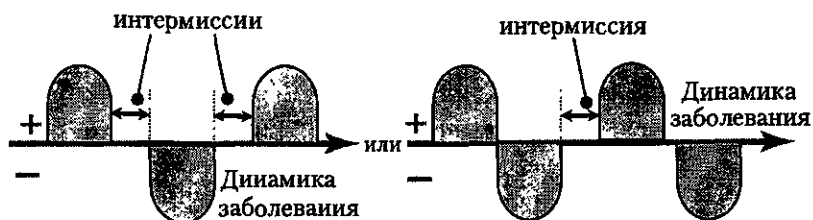
Основные типы течения маниакально-депрессивного психоза

I. Монополярный

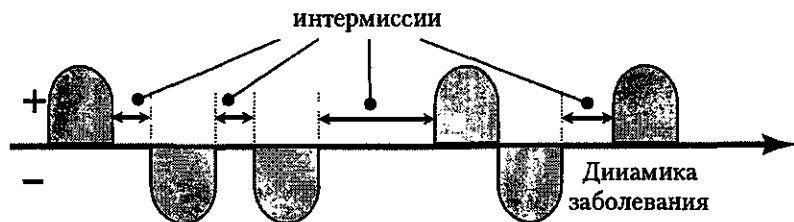


II. Биполярный

перемежающийся



неправильно- перемежающийся



Сомато-вегетативные проявления при МДП



Скрытые (ларвированные) депрессии

1. Начало заболевания как правило не связано с влиянием психогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов.
2. Преобладание общесоматических и вегетативных жалоб, не укладывающихся в клинику соматических заболеваний.
3. Витальный оттенок сниженного настроения («тяжесть на душе») с явлениями идеаторной и двигательной заторможенности, а также стойкими расстройствами сна, анорексией, снижением либидо, ощущением общего «упадка сил».
4. Наличие суицидальной готовности.
5. Фазное течение, с суточными колебаниями настроения и самочувствия.
6. Наследственная отягощенность аффективными расстройствами.
7. Положительный эффект при лечении антидепрессантами.

Раздел 2. Эндогенно-органические заболевания

ЭПИЛЕПСИЯ — хроническое заболевание, характеризующееся разнообразными пароксизмальными расстройствами и типичными изменениями личности

Психические расстройства при эпилепсии

Продромальные явления

Болезни

Разнообразные висцеро-вегетативные и (или) психические расстройства, развивающиеся за недели (месяцы, годы) до первого пароксизма

Припадки

Разнообразные висцеро-вегетативные и (или) психические расстройства, развивающиеся непосредственно перед пароксизмом.

Пароксизмальные расстройства

Судорожные формы

- большой судорожный припадок (grand mal)
- малые судорожные припадки (petit mal)
- очаговые (фокальные) припадки

Бессудорожные формы

- с помрачением сознания:
 - сумеречные состояния
 - сновидные состояния
- без помрачения сознания:
 - аффективные пароксизмы
 - каталептические припадки
 - психомоторные припадки

Изменения личности

полярность аффекта, нпхондричность, эгоцентризм, повышение влечений, педантизм, брадифрения

Эпилептические психозы

Острые

- с помрачением сознания
- без помрачения сознания

Хронические

- паранойяльные
- галлюцинаторно-параноидные

Дифференциальная диагностика эпилептического и истерического припадков

Дифференциально-диагностические критерии	Эпилептический припадок	Истерический припадок
Начало	Внезапное	Психогенно обусловленное
Аура	Как правило	Отсутствует
Инициальный крик	Всегда	Отсутствует
Падение	В любом месте	«Щадящее»
Цианоз лица	Отмечается	Не бывает
Мимические реакции	Однообразны	Выразительны
Реакция зрачков на свет	Отсутствует	Сохранена
Прикус языка	Как правило	Не бывает
Непроизвольное мочеиспускание	Как правило	Не бывает
Пирамидная симптоматика	Отмечается	Не бывает
Контакт во время припадков	Не возможен	Возможен
Последовательность фаз	Отмечается	Отсутствует
Стереотип развития припадков	Отмечается	Отсутствует
Длительность припадков	Секунды-минуты	До часов
Постприпадочная олигофанзия	Выявляется	Отсутствует
Постприпадочная амнезия	Полная	Частичная

Атрофические заболевания головного мозга

Общие признаки атрофических заболеваний головного мозга (по Э.Я. Штернбергу, 1977)

1. Постепенное, клинически невыраженное начало;
2. Хроническое, прогрессивное течение;
3. Снижение уровня личности и постепенный распад психической деятельности (вплоть до тотального слабоумия)

Дифференциальная диагностика болезни Альцгеймера и Пика

Дифференциально- диагностические критерии	Болезнь Альцгеймера	Болезнь Пика
Возраст	пресенильный	сенильный
Изменения личности	на поздних этапах	с ранних этапов
Нарушения памяти	с ранних этапов	на поздних этапах
Амнестическая афазия	типична	крайне редко
Алексия	с ранних этапов	на поздних этапах
Аграфия	с ранних этапов	на поздних этапах
Парезы, гипертонус	как правило	не бывает
Эпилептиформные расстройства	как правило	не бывает
Логоклонии	характерны	не характерны
Палилалии	не характерны	характерны
Бред ущерба	как правило	не бывает

Раздел 3. Экзогенно-органические заболевания

Сосудистые заболевания головного мозга

Общие признаки сосудистых заболеваний головного мозга (по Э.Я. Штернбергу, 1977)

1. Клинический полиморфизм
2. Отсутствие единого стереотипа развития
3. Отсутствие корреляции между тяжестью сосудистых расстройств и выраженностью психических нарушений

Дифференциальная диагностика атрофического и атеросклеротического слабоумия

Дифференциально- диагностические критерии	Атеросклеротическое слабоумие	Атрофическое слабоумие
Сознание болезни	сохранено	отсутствует
«Общемозговые» жалобы	имеются	отсутствует
«Очаговая» симптоматика	имеется	отсутствует
«Мерцание» симптоматики	отмечается	отсутствует
«Ядро» личности	сохранено	нарушено
Преобладающий аффект	слабодушие	дистимический
Миестические нарушения	не выражены	резко выражены
Поздний возраст	не обязателен	обязателен
Соматическое «одряхление»	не выражено	резко выражено
Течение	ремитирующее	прогредиентное

Психические расстройства травматического генеза

Периоды последствий травматического повреждения головного мозга

Начальный (до 1 неделн)	Острый (до 1 мес.)	Поздний (до 1 года)	Отдаленных последствий (свыше 1 года)
♦ Общемозговые проявления ♦ Синдромы выключения сознания (кома, сонор, оглушение)	♦ Апатический синдром ♦ Острые и подострые травматические психозы ⇒ <i>травматические «сумерки», делирий, онейроид, аменция</i> ⇒ <i>Корсаковский синдром</i> ⇒ <i>травматические аффективные и галлюцинаторно-бредовые психозы</i> ♦ Травматический сурдомутизм (*)		♦ травматическая энцефалопатия ♦ травматическая эпилепсия ♦ травматическая деменция ♦ травматические эндоформные психозы

Церебрастения

Раздел 4. Экзогенные психические нарушения

ЭКЗОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА

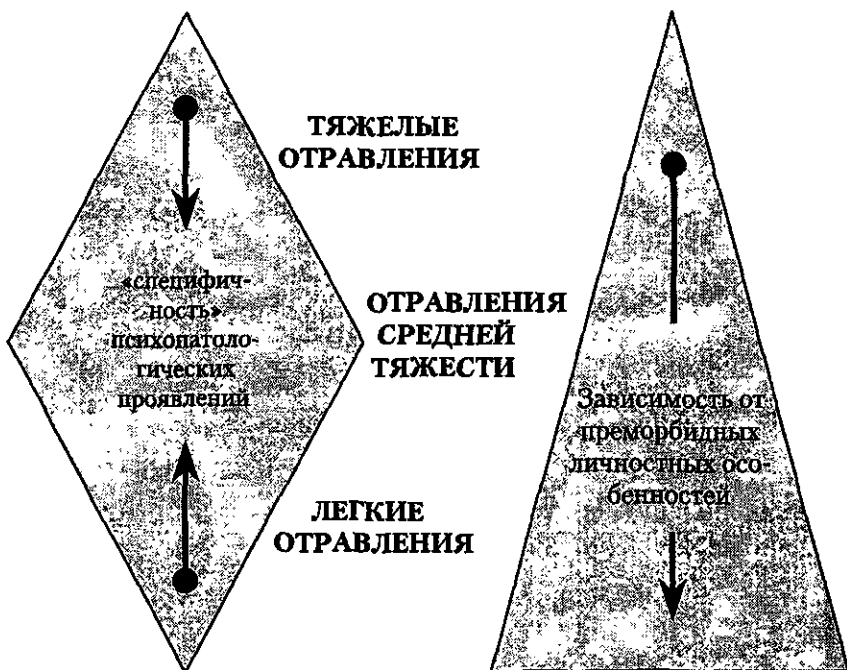
Симптоматические психозы	Токсикомании
— при соматических заболеваниях — при интоксикациях — при инфекциях	— алкоголизм — неалкогольные токсикомании — наркомании

ОСНОВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ОСТРОЙ СТАДИИ ИНТОКСИКАЦИИ (Реакции экзогенного типа по К. Bonhaeffer)

- ✓ Оглушенность (сопор, кома)
- ✓ Делирий
- ✓ Аменция
- ✓ Сумеречное помрачение сознания (эпилептиформное возбуждение)
- ✓ Острый галлюциноз
- ✓ Амнестический (Корсаковский) синдром
- ✓ Астенический синдром

Зависимость клинических проявлений интоксикации от тяжести отравления и преморбидных личностных особенностей (по Л.С. Шпилене, 1989)

Отравление	Влияние преморбидных личностных особенностей	Краткая характеристика клинических проявлений
Легкой степени	Выраженное	Неспецифичные, крайне разнообразные
Средней тяжести	Умеренное	Относительно специфичные (в рамках реакций экзогенного типа)
Тяжелые (крайне тяжелые)	Незначительное (отсутствует)	Неспецифичные, однообразные (выключение сознания)



НАРКОТИЧЕСКОЕ ВЕЩЕСТВО

— вещество, злоупотребление которым, вследствие социальной опасности, официально признано таковым из-за его способности при однократном употреблении вызывать комфортное психическое состояние, а при систематическом – психическую или физическую зависимость.

ПСИХОАКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО (ПАВ)

— вещество, имеющее сходное с наркотическим воздействие на организм, но официально не отнесенное к наркотикам.

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

— злоупотребление ПАВ, включая алкоголь и курение табака, до формирования синдрома физической зависимости.

ТОКСИКОМАНИИ (НАРКОМАНИИ)

— болезненное состояние, проявляющееся влечением к систематическому употреблению психоактивных (наркотических) веществ и характеризующееся явлениями психической и физической зависимости.

Основные клинические проявления токсико- и наркоманий

СИНДРОМ ИЗМЕНЕННОЙ РЕАКТИВНОСТИ

утрата защитных реакций, нарастание толерантности, появление измененных форм потребления и опьянения

СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

обсессивное влечение к приему психоактивных веществ для получения чувства психического комфорта

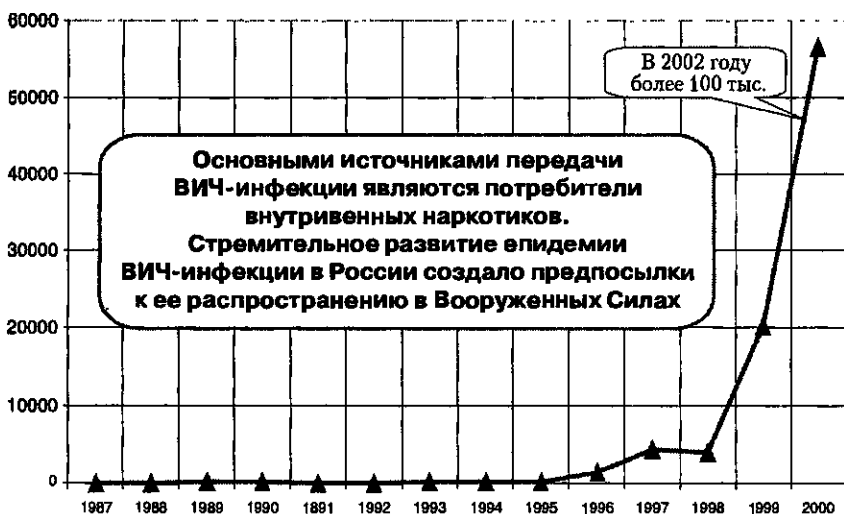
СИНДРОМ ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

компульсивное влечение к приему ПАВ, с формированием психических и физических расстройств при прекращении действия ПАВ и восстановлением физического комфорта в состоянии интоксикации (синдром абстиненции)

Динамика распространения учтенных наркоманий среди граждан России (на 100 тыс. чел.)

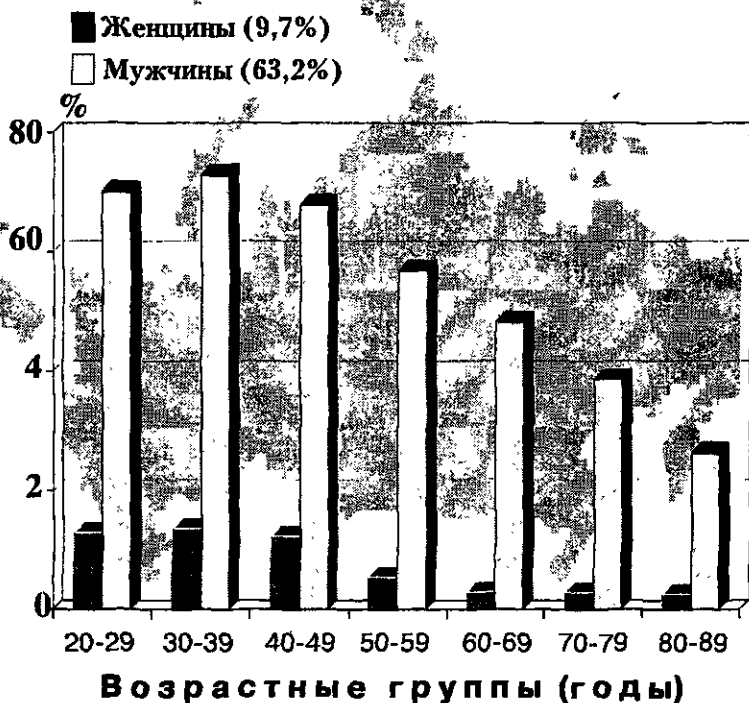


Динамика выявления ВИЧ-инфицированных граждан России (тыс. чел.)



Распространенность курения в России

Курение является одной из
основных причин смертности от
сердечно-сосудистых заболеваний



Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины МЗ РФ
(Российская представительная выборка)

**Основные формы мотивации употребления
психоактивных веществ
(по Ц.П. Короленко и Т.А. Доиских, 1990)**

Атарактическая

Использование ПАВ с целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта (сниженного настроения)

Гедонистическая

Использование ПАВ с эйфоризирующей целью (получения наслаждения)

Активационная («поведенческая»)

Использование ПАВ с активизирующей целью (выведения из состояния пассивности, безразличия, апатии)

Субмиссивная

Использование ПАВ из-за нежелания оказаться вне «коллектива», быть изолированным («за компанию»)

Псевдокультуральная

Использование ПАВ, вследствие мировоззренческих, культуральных установок и эстетических пристрастий

Диагностические критерии синдрома зависимости (по МКБ-10)

Три или более из числа следующих проявлений должны отмечаться одновременно на протяжении 1 месяца или, если они сохраняются более короткие периоды, периодически повторяться в течение 12 месяцев

- 1** Сильное желание или чувство насильственной тяги к приему вещества
- 2** Нарушенная способность контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствуют употребление веществ в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем предполагалось, либо безуспешные попытки или постоянное желание сократить употребление вещества
- 3** Состояние физиологической абстиненции при уменьшении или прекращении приема вещества, о чем свидетельствует синдром отмены, характерный для этого вещества, или использование того же (сходного) вещества с целью облегчения или предупреждения симптомов абстиненции
- 4** Нарастание толерантности к веществу, заключающееся в необходимости значительного повышения дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов, либо в том, что хронический прием одной и той же дозы приводит к явно ослабленному эффекту
- 5** Озабоченность употреблением вещества, которая проявляется в том, что ради приема вещества полностью или частично отказываются от важных альтернативных форм наслаждения и интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с получением и приемом вещества
- 6** Устойчивое употребление вещества вопреки ясным доказательствам вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление вещества при предполагаемом понимании природы и степени вреда

Классификация бытового пьяинства
(Дунаевский В.В., Стыжкин В.Д., 1991)

Группа лиц	Характеристика употребления алкоголя
Абстиненты	Лица, не употребляющие спиртные напитки или употребляющие их столь редко и в столь небольших количествах (до 100 г вина 2–3 раза в год), что этим можно пренебречь
Случайно пьющие	Лица, употребляющие в среднем 50–150 мл водки (250 мл максимум) от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц
Умеренно пьющие	Употребляющие по 100–150 мл водки (максимально до 400 мл) 1–4 раза в месяц
Систематически пьющие	Лица, употребляющие 200–300 мл водки (до 500 мл) 1–2 раза в неделю
Привычно пьющие	Лица, употребляющие 500 мл и более 2–3 раза в неделю, но не имеющие при этом клинически выраженных нарушений

Алкоголизм

Основные психопатологические признаки хронического алкоголизма I (начальной) стадии

Синдром измененной реактивности	Синдром психической зависимости
— повышение толерантности к этанолу — угасание защитного рвотного рефлекса — утрата контроля над количеством выпитого — измененные формы опьянения	— обсессивные мысли об алкоголизации — эйфория до употребления спиртного — дистимия при невозможности алкоголизации — изменение способа алкоголизации (не имеют значения обстановка, компания, «повод»)

Дифференциальная диагностика хронического алкоголизма II и III стадии

Признак		II стадия	III стадия
Толерантность		нарастание, плато	снижение
Обычные «дозы» спиртного	разовая	высокая	снижается
	суточная	высокая	не снижается
Запой		псевдозапой	истинные
Изменения личности		снижение	деградация
Соматические заболевания		«функциональные»	«органические»
Алкогольные психозы		острые	острые и хронические

Металкогольные психозы

Острые	Затяжные
■ алкогольный делирий («белая горячка») ■ острый алкогольный галлюциноз ■ острый алкогольный параноид	■ хронический алкогольный галлюциноз ■ хронический алкогольный параноид (алкогольный бред ревности) ■ Корсаковский психоз ■ геморрагический полэнцефалит (болезнь Гайе-Вернике)

Дифференциальный диагноз отравлений средней тяжести некоторыми ПАВ (по А.Г. Софронову, 1997)

Показатель	Опиаты	Барбитураты	Бензодиазепины
Артериальное давление	↓↓↓ или ↓↓	↓↓	норма или ↓↓
Частота сердечных сокращений	↓↓, с увеличением экспозиции — ↑↑	↑↑	↑↑
Зрачок	Мноз	Норма, редко мноз	Норма или мидриаз
Тонус скелетных мышц	↑↑, тризм жевательных мышц, редко судороги	Редко тризм жевательных мышц, судороги	↓↓
Тонус мочевыводящих путей	Спазм	Норма, редко спазм	Норма

↑↑ — показатель умеренно повышен; ↓↓ — показатель умеренно снижен;

↑↑↑ — показатель резко повышен; ↓↓↓ — показатель резко снижен

Симптомы интоксикации психоактивными веществами и синдрома отмены (по Н. Kaplan, В. Sadock, 1998)

Вещества	Интоксикация	Синдром отмены
Опиаты	— Дремотное состояние — Смазанная речь — Нарушение внимания, памяти — Анальгезия — Анорексия — Понижение сексуального влечения — Снижение активности	— Настойчивые поиски препарата — Тошнота, рвота — Мышечные боли — Слезотечение, ринорея — Расширение зрачков — Пилоэрекция (симптом «гусиной кожи») — Потливость — Диарея — Лихорадка — Бессонница — Зевота
Фенамин и кокаин	— Потливость, озноб — Тахикардия — Расширение зрачков — Повышение артериального давления — Тошнота, рвота — Тремор — Аритмия — Лихорадка — Судороги — Анорексия, снижение массы тела — Сухость во рту — Импотенция — Галлюцинация — Повышенная активность — Раздражительность — Агрессивность — Бред	— Дисфория — Утомляемость — Расстройство сна — Ажитация — Настойчивые поиски препарата
Седативные, снотворные и анксиолитические средства	— Смазанная речь — Нарушение координации — Неустойчивая походка — Нарушение внимания, памяти	— Тошнота, рвота — Общий дискомфорт, слабость — Вегетативные реакции — Тревога, раздражительность — Повышенная чувствительность к свету и звуку — Крупноразмашистый тремор — Бессонница — Припадки

Частные формы токсикоманий

Группы	Основные представители	Форма употребления	Особенности хронической интоксикации (токсической зависимости)
Психотометики	LSD, псилоцибин, фенциклидин и его производные: PSP, «экстези» и др.	Внутривенно, внутрь (реже — транскутанно)	Формирование стойких астенических и апатоабулических расстройств, развитие шизоформных проявлений (ПЗ — +; ФЗ — ±)
Транквилизаторы и антидепрессанты	Барбитураты, бензодиазепины, трех- и четырехциклические антидепрессанты	Внутривенно, внутрь	Формирование стойких психоорганических и эмоционально-волевых расстройств (ПЗ — +++; ФЗ — ±)
Средства с антихолинэргическим действием	Циклодол, димедрол, астматол, белладонна и др.	Внутривенно, внутрь	Формирование стойких астенических и интеллектуально-мнестических расстройств (ПЗ — +; ФЗ — +)
Эфирные растворители	Ацетон, бензин, бензол, хлороформ, толуол и др.	Ингаляционно (реже — аппликационно)	Формирование выраженных и стойких психоорганических (интеллектуально-мнестических) и эмоционально-волевых расстройств (ПЗ — ++; ФЗ — +)
Кокаин	—	Внутривенно, интраназально	Относительно быстрое формирование психоорганических нарушений (ПЗ — +++; ФЗ — +)

**Частные формы токсикоманий
(продолжение)**

Производные эфедрина	Эфедрин, первитин	Внутривенно	Формирование стойких астенических и шизо- формных расстройств (ПЗ — +++; ФЗ — +)
Амфетамины	Фенамин, сиднокарб и др.	Внутривенно, внутрь	Развитие стойких асте- нических расстройств, затяжных шизоформ- ных психозов (ПЗ — +++; ФЗ — +)
Производные каннабиса	Гашиш, анаша, марихуана, план, чарс и др.	Внутривенно, ингаляционно (курение), внутрь	Быстрое формирование «амотивационного» и психоорганического синдромов, обострение латентной психической патологии (ПЗ — ++; ФЗ — +)
Опиаты и опиоиды	Морфин, кодеин, героин, промедол, омнопон, метадон, фентанил и др.	Внутривенно, ингаляционно (курение), внутрь	Заострение и огрубле- ние преморбидных черт, психопатизация, бы- строе нарастание пси- хоорганических (ин- теллектуально-мнестиче- ских) расстройств (ПЗ — ++; ФЗ — +)

Выраженность психической (ПЗ) и физической (ФЗ) зависимости:

«±» — легкая, «+» — умеренная, «++» — выраженная,

«+++» — крайне выраженная

Вызывающие зависимость ПАВ, которые можно обнаружить в моче (по Н. Kaplan, В. Sadock, 1998)

Вещества	Время, в течение которого препарат можно обнаружить в моче
Алкоголь	7–12 ч
Фенамин	48 ч
Барбитураты	24 ч (непродолжительного действия) 3 нед. (продолжительного действия)
Бензодиазепины	3 дня
Кокаин	6–8 ч (метаболиты – 2–4 дня)
Кодеин	48 ч
Героин	36–72 ч
Марихуана	3 дня – 4 нед. (зависит от интенсивности использования)
Метадон	3 дня
Метаквалон	7 дней
Морфин	48 – 72 ч
Фенилциклидин	8 дней
Пропоксифен	6 – 48 ч

Таблица соответствия диагностических заключений

Диагностическая рубрика по МКБ-10	Код по МКБ-10*	Традиционное диагностическое заключение
Острая интоксикация	F1x.0	Простое алкогольное опьянение; единичное употребление наркотических средств
Употребление с вредными последствиями	F1x.1	Бытовое (привычное) пьянство; эпизодическое употребление наркотических средств
Синдром зависимости	F1x.2	Хронический алкоголизм, наркомания, токсикомания
Состояние отмены	F1x.3	Абстинентный синдром
Состояние отмены с делирием	F1x.4	Делириозный абстинентный синдром (алкогольный делирий и т.п.)
Психотическое расстройство	F1x.5	Интоксикационный психоз
Амнестический синдром	F1x.6	Амнестический симптомокомплекс
Резидуальное психотическое расстройство	F1x.7	Хронический интоксикационный (алкогольный и пр.) психоз

* — третьим знаком (x) обозначается конкретное психоактивное вещество (алкоголь, опиаты и т.д.)

Раздел 5. Психогенные заболевания

Клинические признаки психогений («триада К. Ясперса»)

1. Совпадение начала заболевания с воздействием психотравмы
2. Отражение психотравмы в структуре переживаний
3. Выздоровление по мере дезактуализации психотравмы

Клинические критерии неврозов (по В.Н. Мясищеву, 1960)

1. Связь психогении с личностью больного
2. Наличие определенного соответствия между клиническими проявлениями и характером психотравмирующей ситуации
3. Наличие определенного соответствия динамики состояния с изменением пси-хотравмирующей ситуации
4. Более высокая эффективность психотерапевтических (по сравнению с биоло-гическими) методов лечения
5. Отсутствие психотических расстройств

Невроз (по Б.Д. Карвасарскому)

Психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющееся в специфических клинических феноменах (при отсутствии психотических расстройств)

Шкала выраженности психотравмирующих воздействий (для взрослых, по DSM-III-R)

Выраженность психотравмы		Примеры психотравмирующих воздействий	
		Острые психотравмы (длительность < 6 мес.)	Хронические психотравмы (длительность > 6 мес.)
1	Отсутствует	Не было острых психотравм, которые могут быть связаны с заболеванием	Не было затяжных психотравмирующих обстоятельств, которые могут быть связаны с заболеванием
2	Незначительная	■ Разрыв с другом (подругой) ■ начало или окончание обучения ■ отъезд ребенка из дома	◆ семейные ссоры ◆ неудовлетворенность работой
3	Умеренная	■ женитьба ■ разлука ■ потеря работы ■ отставка ■ аборт	◆ разлад в семье ◆ серьезные финансовые затруднения ◆ конфликт с начальством ◆ быть «родителем одиночкой»
4	Выраженная	■ развод ■ рождение первого ребенка	◆ безработица ◆ бедность
5	Экстремальная	■ смерть супруга ■ серьезные соматические заболевания ■ стать жертвой изнасилования	◆ серьезная хроническая болезнь (у себя или ребенка)
6	Катастрофическая	■ смерть ребенка ■ суицид супруга ■ стихийные бедствия	◆ оказаться заложником ◆ пребывание в концентрационном лагере

Классификация психогений

Уровень расстройств	Группа состояний	Клинические формы	Соответствие критериям К. Ясперса
Непатологический (психическое здоровье)	Психологические стрессовые реакции	■ типеркинетическая ■ гипоккинетическая	+
Непсихотический (пограничные состояния)	Невротические реакции (до 14 суток)	■ астеническая ■ депрессивная ■ истерическая ■ эксплозивная ■ фобическая	+
	Невротические состояния (неврозы) — до 3 мес.; затяжные невротические состояния — свыше 3 мес.	■ истерический ■ обсессивно-фобический ■ неврастения	—
Психотический	Острые реактивные психозы	■ аффектогенный ступор ■ фугиформная реакция	+
	Затяжные реактивные психозы	■ реактивная депрессия ■ реактивный параноид ■ истерические сумеречные расстройства	±

**Дифференциальный диагноз начальной стадии алкоголизма
и невротического состояния
(по Н.Д. Лакошиной, М.М. Труновой, 1994)**

Критерии	Алкоголизм	Невроз
Астенический синдром		
Связь с объективно существующей интеллектуальной или физической перегрузкой	отсутствует	имеется
Последовательность формирования невротической симптоматики	отсутствует	имеется
Гиперестетические проявления	доминируют в клинической картине	не доминируют
Дисфорические реакции	не истощаются	быстро истощаются
Депрессивный синдром		
Окраска аффекта	дисфорическая	тоскливая
Направленность	экстрапунитивная	интрапунитивная
Симптом «бегства в работу»	отсутствует	имеется
Симптом «отсутствия осознания причин болезни»	отсутствует	имеется
Симптом «надежды на светлое будущее»	отсутствует	имеется
Затруднение засыпания	вследствие гиперестезии	вследствие «переживания» событий прошедшего дня
Пробуждение по ночам	с дисфорией	с тревогой
Явления спастического колита в сочетании со стойкой гипотонией	нет	есть
Полиморфные соматические нарушения нитоксикационного генеза	есть	нет

Диагностические критерии реакции на острый стресс (по МКБ-10)

А	Воздействие исключительно медицинского или физического стрессора.
Б	Симптомы возникают немедленно вслед за воздействием стрессора (в течении 1 часа).
В	Выделяются <i>две группы симптомов</i> с целью разделения <i>легкой</i> (признаки только 1-й группы), <i>умеренной</i> (признаки 1-й и двух симптомов 2-й группы) и <i>тяжелой</i> (признаки 1-й и четырех симптомов 2-й группы) реакции на острый стресс: 1. Признаки генерализованного тревожного расстройства 2. а) уход от предстоящих социальных взаимодействий; б) сужение внимания; в) проявления дезориентации; г) гнев или словесная агрессия; д) отчаяние или безнадежность; е) неадекватная или бесцельная гиперактивность; ж) неконтролируемое и чрезмерное переживание горя.
Г	Если стрессор преходящий или может быть облегчен симптомы должны начать уменьшаться не позднее восьми часов. Если же стрессор продолжает действовать — не позже 48 ч.
Д	Реакция должна развиваться в отсутствие любых других психических или поведенческих расстройств (за исключением генерализованных тревожных расстройств и расстройств личности), либо, не менее, чем через три месяца после их завершения.

Диагностические критерии расстройств адаптации (по МКБ-10)

А

Развитие симптомов должно происходить в течение одного месяца после подверженности идентифицируемому психосоциальному стрессору, который не представляет собой необычный или катастрофический тип

Б

Наличие отдельных, варьируемых по форме и тяжести, симптомов, характерных для других эффективных, невротических, соматоформных и поведенческих расстройств

Выделяют:

- короткую депрессивную реакцию (не более одного месяца),
- пролонгированную депрессивную реакцию (не более 2-х лет);
- смешанную (тревно-депрессивную) реакцию;
- с преобладанием расстройств других эмоций;
- с преобладанием нарушения поведения;
- со смешанными расстройствами эмоций и поведения;
- с другими уточненными преобладающими симптомами.

В

Симптомы не продолжаются более, чем шесть месяцев после прекращения действия стресса или его последствий (за исключением пролонгированной депрессивной реакции)

Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства (по МКБ-10)

А	Наличие в анамнезе стрессорного события или ситуации исключительно угрожающего или катастрофического характера, способных вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума
Б	Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах либо повторное переживание горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором
В	Обнаруживается фактическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие либо ассоциирующиеся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора)
Г	<i>Любое из двух:</i> 1. Психогенная амнезия (частичная или полная) в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора; 2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя признаками из следующих: а) затрудненное засыпание или сохранения сна; б) раздражительность или вспышки гнева; в) затруднения концентрации внимания; г) повышение уровня бодрствования; д) усиленный рефлекс четверохолмия (висцеро-вегетативных проявлений)
Д	Критерии Б, В и Г возникают в конце периода стресса или не позднее шести месяцев после его окончания

Диагностические критерии социально-стрессовых расстройств (по Ю.А. Александровскому, 1995)

Условия (причины) возникновения и особенности субъективных переживаний

- ◆ Коренное изменение общественных отношений, выходящее за рамки обычного опыта;
- ◆ Резкая смена системы культуральных, идеологических, моральных, религиозных представлений, норм и ценностей, остававшихся неизменными на протяжении длительного периода жизни;
- ◆ Изменение привычных социальных связей и жизненных планов;
- ◆ Нестабильность и неопределенность жизненного положения;

Особенности поведения

- ◆ Заострение личностно-типологических черт характера;
- ◆ Развитие гиперстении, гипостении, панических реакций, депрессивных, истерических и других психических нарушений;
- ◆ Утрата способности приспосабливаться к происходящему с сохранением перспектив в целенаправленных действиях;
- ◆ Появление цинизма, склонности к антисоциальным действиям;

Основным отличием социально-стрессовых расстройств от ПТСР является то, что они затрагивают не отдельных лиц, переживших конкретные жизнеопасные ситуации, а значительное число людей с макросоциальными общегрупповыми психогениями (при коренном изменении укоренившегося массового сознания и образа жизни)

Основные психогенные (истерические) сумеречные расстройства

Клинические формы	Особенности клинических проявлений
Псевдодеменция	утрата элементарных навыков и знаний
Пуэрилизм	детскость поведения, мимики, жестов
Синдром Ганзера	симптомы «мимо» ответов
Синдром «одичания»	«животные» формы поведения

Основные соматоформные расстройства*

Код по МКБ-10	Наименование расстройства	Краткая клиническая характеристика
F 45.0	Соматизированное расстройство	Озабоченность наличием длительных (не менее 2-х лет), множественных и разнообразных жалоб соматического характера, которые не соответствуют данным объективного обследования
F45.2	Ипохондрическое расстройство	Длительное (не менее 6 мес.) и упорное убеждение в наличии у себя не более, чем 2-х серьезных заболеваний, которые не выявляются при объективном обследовании
F 45.3	Соматоформная вегетативная дисфункция	Соответствие традиционно принятым в нашей стране понятиям «невроз сердца», «невроз желудка» и т.п.

* — в МКБ-10 соматоформные расстройства объединены в общий диагностический раздел с невротическими и связанными со стрессом расстройствами

Психогенные развития личности
(Гиндинн В.Я., 1997)

Хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга, развившиеся в результате неблагоприятных психотравмирующих воздействий, заведомо неадекватного воспитания, катастрофических или чрезмерных продолжительных стрессов

Невротическое развитие личности

вариант становления краевой психопатии, при которой хронифицированное невротическое состояние через этап невротической депрессии трансформируется в приобретенную психопатию

- истерическое
- эксплозивное
- обсессивное

Патологическое развитие личности

постепенный медленный качественный сдвиг преморбидных особенностей личности под воздействием длительно существующих патогенных вредностей с формированием стойких систематизированных сверхценных (бредовых) идей.

- ипохондрическое
- сутяжно-параидейное
- ревности

Патохарактерологическое развитие личности

вариант формирования краевой психопатии под влиянием неблагоприятных внешних обстоятельств

Таблица соответствия диагностических заключений

Диагностическое заключение по МКБ-10	Код по МКБ-10	Традиционное диагностическое заключение
Тревожно-фобические расстройства	F40	Невроз навязчивых состояний
Другие тревожные расстройства	F41	Невроз навязчивых состояний
Обсессивно-компульсивное расстройство	F42	Невроз навязчивых состояний
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	F43	Психологические стрессовые реакции, кратковременные невротические реакции
Диссоциативные (коверсионные) расстройства	F44	Истерический невроз
Соматоформные расстройства	F45	Ипохондрический синдром
Неврастения	F48.0	Неврастения
Острые и транзиторные психотические расстройства	F23	Острый реактивный психоз

Раздел 6. Патологии психического развития

Психическая индивидуальность человека

Совокупность психофизиологических, психологических
и социально-психологических свойств человека

1. ТЕМПЕРАМЕНТ

(биологическая составляющая психической индивидуальности)

2. ХАРАКТЕР

(психологическая составляющая психической индивидуальности)

3. ЛИЧНОСТЬ

(социальная составляющая психической индивидуальности)

Сравнительная характеристика черт характера (по В.Д. Менделевичу, 1999)

Гармоничный характер	Дисгармоничный характер
Адаптивность, гибкость	Дезадаптивность, ригидность
Адекватность самооценки (реализм в оценке окружающих)	Неадекватная самооценка (использование каузальной атрибуции)
Зрелость, автономность (самостоятельность)	Инфантилизм, зависимость (несамостоятельность)
Естественность (простота)	Неестественность
Проблемная центрация (фиксация)	Центрация (фиксация) на второстепенном (несущественном)
Самоуважение	Крайние варианты отношения к себе (от самоуничтожения к гипероценке)
Оптимальное сочетание эгоистических и альтруистических целей	Эгоцентризм

Соотношение типов воспитания и типов характера (по В.Д. Менделевичу, 1999)

Тип воспитания	Тип характера						
	И	Ш	Эв	ПС	А	П	М
«Кумир семьи»	++	—	—	—	—	—	+
Гиперопека	+	+	+	—	++	—	+
Гипоопека	+	++	++	—	+	—	+
Безнадзорность	—	+	+	—	—	—	—
«Золушка»	—	—	—	—	+	—	—
«Ежовые рукавицы»	—	+	++	+	+	—	+
Парадоксальная коммуникация	—	++	—	—	—	+	+

- истерический (И), шизоидный (Ш), эпилептоидный — возбудимый вариант (Эв), психастенический (ПС), астенический (А), паранойяльный (П), мозаичный (М) тип характера;
- (+, —) — степень влияния особенностей воспитания на формирование соответствующих типов характера

ПСИХОПАТИИ * — патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности

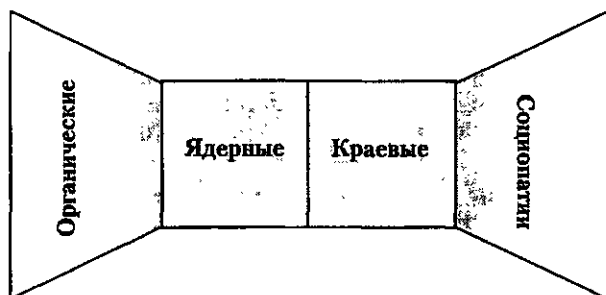
* В МКБ-10 — «Расстройства личности»

Клинические признаки психопатий («триада П.Б. Гайнушкина»)

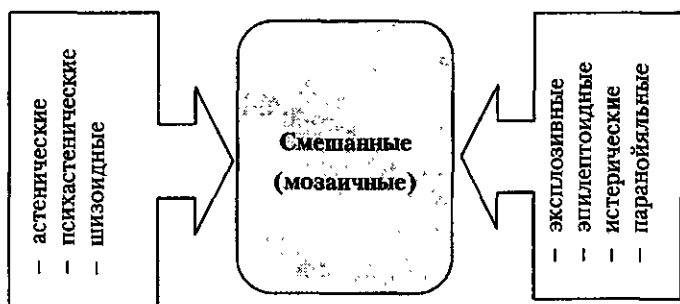
1. Тотальность психопатических черт личности (проявляются в любой жизненной ситуации)
2. Стойкость (малая обратимость) патологических черт личности
3. Выраженность патологических черт личности до степени социальной дезадаптации

Основные классификации психопатий

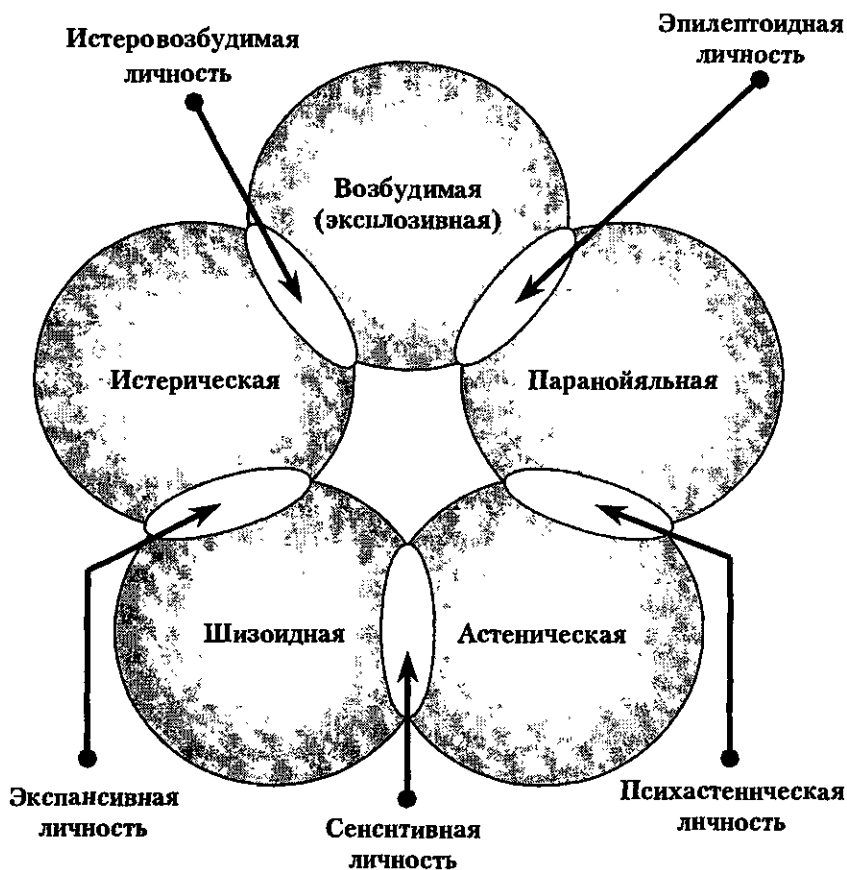
Систематика психопатий по степени выраженности (тяжести) клинических проявлений



Клиническая систематика психопатий (по О.В. Кербинову, 1962; Г.К. Ушакову, 1979)



**Соотношение различных клинических форм психопатий
(по Б.В. Шостаковичу, 1988)**



Диагностические критерии специфических расстройств личности (по МКБ-10)

А

Внутренние переживания и поведение индивидуума в целом существенно и постоянно отклоняются от культурально принятого диапазона («нормы»). Такое отклонение должно проявляться более чем в одной из следующих сфер:

- ☐ когнитивная сфера (т.е. характер восприятия и интерпретации предметов, людей и событий);
- ☐ эмоциональность (диапазон, интенсивность и адекватность эмоциональных реакций);
- ☐ контролирование влечений и удовлетворение потребностей;
- ☐ отношения с другими и манера решения интерперсональных ситуаций.

Б

Недостаточная адаптивность или другие дисфункциональные особенности обнаруживаются в широком диапазоне личностных и социальных ситуаций (т.е. не ограничиваются одним «пусковым механизмом» или ситуацией).

В

В связи с поведением, отмеченном в пункте «Б», отмечается личностный дистресс или неблагоприятное воздействие на социальное окружение.

Г

Отклонение является стабильным и длительным, начинаясь в старшем детском или подростковом возрасте.

Д

Отклонение не может быть объяснено как проявление или последствие других психических расстройств зрелого возраста.

Е

В качестве возможной причины отклонения должны быть исключены органическое заболевание мозга, травма или дисфункция мозга.

Основные динамические сдвиги при психопатиях

Основные динамические сдвиги		Связь с психогенными факторами	Длительность
Реакции	Специфические	+	Часы—дни
	Неспецифические		
Декомпенсации		+	Недели—месяцы
Фазы		—	Недели—месяцы

Патологическое развитие

Тип динамики слагающийся из ряда неспецифических психопатических реакций с формированием ранее не свойственных стойких изменений личности

Транзиторные расстройства личности (В.В. Нечипоренко, 1989)

Расстройства личности, при которых отсутствует окончательно сформированная ее патологическая структура, а дисгармония характера носит парциальный, обратимый характер

Таблица соответствия диагностических заключений

Диагностическая рубрика по МКБ-10	Код по МКБ-10	Традиционное диагностическое заключение
Параноидное расстройство личности	F60.0	Паранойальная психопатия
Шизоидное расстройство личности	F60.1	Шизоидная психопатия
Диссоциальное расстройство личности	F60.2	Мозаичная психопатия; Неустойчивая психопатия
Эмоционально-неустойчивое расстройство личности	F60.3	Неустойчивая психопатия
Истерическое расстройство личности	F60.4	Истерическая психопатия
Ананкастное расстройство личности	F60.5	Психастения
Тревожное расстройство личности	F60.6	Психастения
Зависимое расстройство личности	F60.7	Астеническая психопатия
Смешанное и другие расстройства личности	F61	Мозаичная психопатия
Хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга	F62	Постреактивное развитие личности; психопато-подобные состояния после перенесенных заболеваний

Акцентуации характера (А.Е. Личко, 1977)

Крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость к определенному рода психогенным воздействиям при хорошей устойчивости к другим

Соотношение типов акцентуации личности и характера

Акцентуации личности (K. Leongard, 1964)	Акцентуации характера (А.Е. Личко, 1977)
гипертимический дистимический аффективно-лабильный аффективно-экзальтированный эмотивный тревожный (боязливый) — — педантичный интравертированный возбудимый застревающий демонстративный — экстравертированный	гипертимный циклоидный — лабильный — — астеино-невротический сенситивный психастенический шизоидный эпилептоидный — истероидный неустойчивый конформный

Основные формы отклоняющегося поведения

Отклоняющееся (девиантное) поведение

система поступков (отдельные поступки), противоречащие принятым в обществе нормам и проявляющиеся в виде несбалансированности психических процессов, адаптационных механизмов и неспособности (уклония) к нравственному и эстетическому контролю за своим поведением

Типы девиантного поведения

- ♦ **Делинквентное** (отклоняющееся поведение, с отчетливой антиобщественной направленностью, приобретающее, в крайних своих проявлениях, уголовно наказуемый характер)
- ♦ **Аддитивное** (отклоняющееся поведение со стремлением к уходу от реальности посредством приема психоактивных веществ, либо чрезмерной фиксацией на определенных видах деятельности)
- ♦ **Патохарактерологическое** (отклоняющееся поведение, обусловленное патологическими изменениями характера вследствие дефектов воспитания)
- ♦ **Психопатологическое** (отклоняющееся поведение, обусловленное психическими расстройствами)
- ♦ **На базе гиперспособностей** (отклоняющееся поведение, сопровождающееся девиациями в обыденной жизни, при особой одаренности и даже гениальности в других сферах деятельности)

Клинические формы девиантного поведения

- ♦ **Агрессивное** поведение
- ♦ **Аутоагрессивное (суицидальное)** поведение
- ♦ **Злоупотребление веществами, вызывающими состояние изменения психической деятельности** (алкоголизация, ларкотизация и др.)
- ♦ **Нарушения пищевого поведения** (переедание, голодание)
- ♦ **Аномалии сексуального поведения** (девиации, перверсии)
- ♦ **Сверхценные психологические увлечения** («трудоголизм», спортивный, музыкальный и прочий фанатизм, гемблинг и др.)
- ♦ **Сверхценные психопатологические «увлечения»** (сутьяжничество, кверулянтство, kleптомания, дромомагия и др.)
- ♦ **Характерологические и патохарактерологические реакции** (эмансипации, группирования, оппозиции и др.)
- ♦ **Коммуникативные девиации** (аутизация, гиперобщительность, конформизм, нарциссическое поведение и др.)
- ♦ **Аморальное (безнравственное)** поведение
- ♦ **Неэстетическое** поведение

**Соотношение основных клинических форм
и типов девиантного поведения
(по В.Д. Менделевичу, 1999)**

Формы девиантного поведения	Типы девиантного поведения				
	ДП	АП	ПхП	ПпП	НБГ
Агрессивное поведение	+++	+	++++	++	—
Аутоагрессивное (суицидальное) поведение	—	+	++++	++	—
Злоупотребление ПАВ	—	++++	+++	++	+
Нарушение пищевого поведения	—	+	+++	++	—
Аномалии сексуального поведения	+	++	++++	+++	+
Сверхценные психо- логические увлечения	—	++	+++	—	+++
Сверхценные психопато- логические «увлечения»	—	—	+++	++++	—
Патохарактерологические реакции	+	+	++++	++	+
Коммуникативные девиации	+	++	+++	+++	+
Аморальное (безнравст- венное) поведение	++++	+	+	+	—
Неэстетическое поведение	+	—	+++	++	++

- Типы поведения: делинкветный (ДП), аддиктивный (АП), патохарактерологический (ПхП), психопатологический (ПпП), на базе гиперспособностей (НБГ);
- Степень соотношения форм и типов девиантного поведения: данная форма *всегда или почти всегда* (++++), *часто* (+++), *иногда* (++), *редко* (+) соответствует определенному типу поведения

Агрессивное поведение

Агрессия – физическое или вербальное поведение, направленное на причинение кому-либо вреда

Типы агрессии по Бассу (Bass, 1976)

- ♦ Физическая (Ф) – вербальная (В)
- ♦ Активная (А) – пассивная (П)
- ♦ Прямая (Пр) – непрямая (НПр)

Тип агрессии	Примеры
Ф – А – Пр	Прямое нанесение человеку физического вреда (избиение, ранение и т.д.)
Ф – А – НПр	Сговор с другим человеком о нанесении кому-либо физического вреда
Ф – П – Пр	Стремление физически не позволить кому-либо достичь желаемой цели (например, сидячая демонстрация)
Ф – П – НПр	Отказ от выполнения необходимых задач
В – А – Пр	Словесное оскорбление или унижение другого человека
В – А – НПр	Распространение клеветы (сплетен) о другом человеке
В – П – Пр	Отказ разговаривать с другим человеком, отвечать на его вопросы и т.д.
В – П – НПр	Отказ высказаться в защиту человека которому нанесено незаслуженное оскорбление или унижение

Аутоагрессивное поведение

Аутоагрессивное поведение * — поведение, направленное на причинение вреда самому себе

Формы аутоагрессии

- ♦ Суицидальное поведение (самоубийства)
- ♦ Парасуицидальное поведение (самоповреждения)

Типы суицидального поведения (по Е. Durkheim, 1897)

- ♦ «Аномическое» (связано с кризисными, трагедийными ситуациями)
- ♦ «Альтруистическое» (совершается ради блага других людей)
- ♦ «Эгонистическое» (обусловлено неприемлемостью для индивида социальных требований и общественных норм поведения)

Этапы суицидального поведения (по А.Г. Амбрумовой, 1980)

Пресуицид	Пассивные суицидальные мысли	Характеризует отвлеченные представления (фантазии) о возможной смерти
	Суицидальные замыслы	Характеризует обдумывание «плана» суицида (способы, время и место действия)
	Суицидальные намерения	Характеризует присоединение к замыслу («плану» суицида) волевого компонента
Суицидальный акт		– истинный – демонстративно-шантажный
Постсуицидальный период		– критический тип – манипулятивный тип – аналитический тип – суицидально-фиксированный тип

Психопатологические синдромы с высоким риском аутоагрессивного поведения:

депрессивный, психоневротический, дисморфоманический, вербального галлюциноза, паранойяльный, параноидный

* — выделяют инфантильную форму аутоагрессии, когда причинение вреда самому себе преследует цель «наказать» таким образом своих близких

Ложные представления о самоубийстве (по Р. Шейдеру, 1998)

Бытующее мнение	Фактическое положение
Те, кто много говорят о самоубийстве, обычно его не совершают	Большинство самоубийц перед смертью делятся своими намерениями и горестями
Самоубийство — импульсивный акт, совершаемый внезапно	Существует множество признаков повышенного риска самоубийства
Решившиеся на самоубийство редко колеблются	Самоубийству обычно предшествуют попытки найти утешение и помощь
Склонность к самоубийству наследуется	Хотя самоубийства и попытки самоубийства действительно чаще совершаются теми, у кого в семье уже были подобные случаи или покончил с собой кто-то из близких друзей, предрасположенность к самоубийству не наследуется и не является чертой характера
Риск самоубийства носит кратковременный характер; когда кризисная ситуация проходит, обычно наступает улучшение	Улучшение может быть обманчивым. Под внешним спокойствием может скрываться твердо принятое решение, а некоторый подъем сил иногда лишь помогает выполнить задуманное

Аддитивное поведение

Аддитивное поведение — отклоняющееся поведение со стремлением к уходу от реальности посредством приема психоактивных веществ, либо чрезмерной фиксацией на определенных видах деятельности

Формы аддикции

- | | |
|-----------------|------------------------------------|
| – Наркотическая | – «Бегство» от реальности путем |
| – Алкогольная | сосредоточения на узконаправленной |
| – Табачная | сфере деятельности |

Этапы наркотической аддикции (по В.С. Битенскому с соавт., 1889)

- ♦ «Первых проб»
- ♦ «Понскового полинаркотизма»
- ♦ «Выбора предпочитаемого вещества»

Формы «бегства» от реальности (по N. Peseschkian, 1985)

замещение традиционных форм жизнедеятельности и иерархии ценностей обыденной жизни лишь собственным психическим или физическим «усовершенствованием» («бегство в тело»), исключительно служебными делами («бегство в работу»), постоянным (утрированным) стремлением к общению или, наоборот, уединению («бегство в контакты или одиночество»), жизнь в мире иллюзий и фантазий («бегство в фантазии») и т.д.

Факторы, способствующие (препятствующие) аддитивному поведению

- ♦ **Социальные** (доступность психоактивного вещества, «мода» на него; степень грозящей ответственности; влияние группы, определенных социальных слоев, культуральных факторов и др.)
- ♦ **Психологические** (тип акцентуации характера; привлекательность возникающих или ожидаемых ощущений; страх причинить вред своему здоровью и др.)
- ♦ **Биологические** (степень изначальной индивидуальной толерантности; отягощенная наследственность; резидуальные органические поражения головного мозга; хронические соматические заболевания и др.)

Аномалии сексуального поведения

Аномалии сексуального поведения — любые (качественные, количественные) отклонения от сексуальной нормы

Сексуальная порма* — многоаспектное понятие, включающее в себя морально-нравственную, общестатистическую, физиологическую, возрастную, индивидуально-конституциональную, культуральную и прочие составляющие

Основные формы сексуальных девиаций

- ❑ **Несоответствие половой направленности сексуального влечения:**
 - **гомосексуализм** (направленность сексуального влечения на лиц одного и того же пола);
 - **нарциссизм** (направленность сексуального влечения на себя);
- ❑ **Несоответствие возрастной направленности сексуального влечения:**
 - **педофилия** (сексуальное влечение взрослых к детям);
 - **эфебофилия** (сексуальное влечение взрослых к подросткам);
 - **геронтофилия** (сексуальное влечение к партнеру старческого возраста);
- ❑ **Несоответствие биологической направленности сексуального влечения:**
 - **зоофилия** (влечение к совершению сексуальных действий с животными);
 - **некрофилия** (влечение к совершению сексуальных действий с трупами);
- ❑ **Извращенные способы реализации сексуального удовлетворения:**
 - **садизм** (путем причинения страдания партнеру);
 - **мазохизм** (путем собственных страданий, причиняемых партнером);
 - **трансвестизм** (путем переодевания в одежду противоположного пола);
 - **экзгибиционизм** (путем обнажения собственных половых органов);
 - **фетишизм** (путем замещения объекта сексуального влечения каким-либо символом);
 - **вуайеризм** (путем подглядывания или подслушивания за сексуальной жизнью других)

* — соотношение сексуальных девиаций и нормы определяется этапом (уровнем) развития общества, его морально-нравственными ценностями и культуральными традициями

Патохарактерологические реакции (по А.Е. Личко, 1985) — психогенно обусловленные выраженные и стереотипно повторяющиеся отклонения в поведении, отличающиеся от нормальных его форм склонностью:

- к генерализации (способностью возникать в самых различных ситуациях и по различным, зачастую незначительным, поводам);
- к стереотипности проявлений, повторяя как клише по разным поводам одни и те же поступки;
- превышать «потолок» поведенческих нарушений, однако, в соответствии с поведенческими девиациями свойственными группе, к которой принадлежит индивидум;
- приводить к социальной дезадаптации;

Основные типы патохарактерологических реакций

- ♦ **Отказа** (характеризуется отсутствием или снижением стремления к естественным контактам с окружающими)
- ♦ **Оппозиции** (характеризуется активным или пассивным противопоставлением себя окружающим)
- ♦ **Имитации** (характеризуется стремлением к подражанию какому-либо лицу или образу)
- ♦ **Компенсации** (характеризуется стремлением скрыть или восполнить собственную несостоятельность в какой-либо области успехом в другой)
- ♦ **Гиперкомпенсации** (характеризуется стремлением достичь успеха именно в той области деятельности, в которой отмечается несостоятельность)
- ♦ **Эмансипации** (характеризуется склонностью к подчеркнутой собственной самостоятельности и независимости)
- ♦ **Группирования** (характеризуется неспособностью к самостоятельной деятельности и стремлением решить собственные проблемы посредством группировки с другими людьми)

Основные клинические формы патохарактерологических реакций

- *Неустойчивые*
- *Истероидные*
- *Аффективно-эксплозивные*

Олигофрении

ОЛИГОФРЕНИИ* — врожденные или рано (до 3-х летнего возраста) приобретенные состояния психического недоразвития с преимущественным поражением интеллекта

* В МКБ-10 — «умственная отсталость»

<i>легкая</i> умственная отсталость	<i>умеренная</i> умственная отсталость	<i>тяжелая</i> умственная отсталость	<i>глубокая</i> умственная отсталость
Дебильность	Имбецильность		Идиотия
По выраженности (тяжести) проявлений			

КЛАССИФИКАЦИЯ ОЛИГОФРЕНИЙ

По этиологии		
Наследственно обусловленные	Эмбриопатии	Обусловленные патологией перп-п ностнатального перподов
— истинная микроцефалия — энзимопатические формы — обусловленные хромосомными абберациями	— обусловленные вирусными инфекциями — обусловленные воздействием экзогенных токсических факторов	— обусловленные резус-конфликтом — при асфиксии плода — связанные с родовыми травмами — вследствие инфекций, ЧМТ и интоксикаций раннего детского возраста

Дифференциальная диагностика олигофрений

Клинические признаки	Дебильность	Имбецильность	Идиотия
Речь	конкретно-образная	фразовая	отсутствует
Инстинктивная деятельность	—	+	++
Способность к самообслуживанию	++	+	—
Способность к обучению	+	—	—

Критерии выраженности умственной отсталости (по МКБ-10)

Код по МКБ-10	Умственная отсталость	Коэффициент интеллектуальности (IQ)	Умственный возраст
F70	Легкая	50–69	9–12 лет
F71	Умеренная	35–49	6–9 лет
F72	Тяжелая	20–34	3–6 лет
F73	Глубокая	менее 20	до 3 лет

ЧАСТЬ IV. ОСНОВЫ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ

Экстремальная психиатрия — одно из наиболее бурно развивающихся направлений психиатрии в последние годы. Предметом ее изучения являются особенности психических расстройств, развивающихся в критических, жизнеопасных ситуациях. В рамках данного направления многими авторами рассматриваются, в качестве самостоятельных областей науки, психиатрия катастроф, а также военная и судебная психиатрия. Краткое изложение наиболее, по нашему мнению, значимых для практического врача сведений по перечисленным проблемам приведено ниже.

Раздел 1. Избранные вопросы психиатрии катастроф

Основные понятия медицины катастроф

- ◆ **Авария** (опасное техногенное происшествие, создающее на объекте, определенной территории или акватории угрозу жизни и здоровью людей)
- ◆ **Катастрофа** (внезапное, быстротечное событие, повлекшее за собой человеческие жертвы, существенный ущерб здоровью людей и окружающей среде, а также разрушение или уничтожение объектов и других материальных ценностей в значительных размерах)
- ◆ **Чрезвычайная ситуация** (обстановка, сложившаяся в результате аварии, катастрофы, стихийного бедствия и характеризующаяся наличием или возможностью появления значительного числа пораженных, резким ухудшением условий жизнедеятельности населения и требующая привлечения сил и средств службы медицины катастроф извне)
- ◆ **Очаг поражения** (ограниченная территория, в пределах которой в результате непосредственного воздействия поражающих факторов источника ЧС произошли массовая гибель или поражение людей)
- ◆ **Психиатрия катастроф** (раздел психиатрии, решающий актуальные задачи медицины катастроф по сохранению психического здоровья населения в зоне ЧС, а также участников ликвидации последствий ЧС)
- ◆ **Психиатрическая помощь в ЧС** (комплекс медико-психологических и психиатрических мероприятий, осуществляемых при ликвидации последствий ЧС и направленных на купирование острых психических расстройств, нормализацию психического состояния пострадавших и спасателей, а также последующую их реабилитацию)
- ◆ **Медико-психологическая разведка** (вид медико-санитарной разведки, направленной на оценку и прогнозирование социальных, медико-психологических и психиатрических последствий ЧС)
- ◆ **Психофизиологическая «цена» деятельности** (степень изменения в процессе деятельности соотношения между исходным, текущим и предельным состоянием функциональных систем организма, обеспечивающих ее выполнение)

Критерии чрезвычайных ситуаций

Временной	✓ Внешняя внезапность, неожиданность возникновения ЧС; ✓ Быстрое развитие событий (с момента начала ЧС); ✓ Тяжесть отдаленных последствий для жизни и здоровья людей;
Социально-экологический	✓ Значительные человеческие жертвы, эпидемии, мутагенез, тератогенез у человека и животных; ✓ Эпизоотии, массовый падеж скота; ✓ Вывод из воспроизводства значительной части природных ресурсов сельскохозяйственных угодий и культур;
Социально-психологический	✓ Стрессовое состояние (страх, депрессии, психосоматические расстройства, фобии и т.д.); ✓ Дестабилизация психологической устойчивости населения в посткризисный период;
Социально-политический	✓ Остроконфликтность, взрывоопасность; ✓ Усиление внутривнутриполитической напряженности, широкий международный резонанс;
Экономический	✓ Значительный экономический и материальный ущерб; ✓ Выход из строя инженерных систем и сооружений; ✓ Необходимость использования большого числа разнообразной техники для предотвращения ЧС и ликвидации ее последствий;
Организационно-управленческий	✓ Непредсказуемость ситуации, сложность принятия решений, прогнозирования хода событий; ✓ Необходимость привлечения большого числа различных организаций и специалистов; ✓ Необходимость масштабных эвакуационных и спасательных работ, включая медицинскую помощь;
«Специфический» (мультипликативный)	✓ Разнонаправленность и взаимозависимость последствий ЧС, их непредсказуемый, цепной характер

Организация психиатрической помощи в условиях чрезвычайных ситуаций

С медицинской точки зрения любая крупномасштабная чрезвычайная ситуация характеризуется массовым, внезапным поступлением пострадавших, многообразием возникающих организационных проблем, дефицитом времени сил и средств и, как правило, несоответствием между потребностью в медицинской помощи и имеющимися в момент ее оказания возможностями.

Основные принципы оказания психиатрической помощи в условиях чрезвычайных ситуаций

Оказание психиатрической помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях осуществляется в соответствии с принципами единой доктрины, основой которой является система лечебно-эвакуационных мероприятий и своевременное оказание всех видов медицинской помощи с учетом особенностей, присущих чрезвычайной ситуации

- ♦ **соответствие сил и средств психиатрической помощи задачам по ее оказанию** (распространенности и структуре психических расстройств, категорий нуждающихся, этапа оказания психиатрической помощи);
- ♦ **своевременное их развертывание** (взаимодополняющий, а не дублирующий характер развертывания на различных этапах);
- ♦ **рациональное использование имеющихся сил и средств;**
- ♦ **возможность маневра силами и средствами, а также объемом и видом психиатрической помощи**, в зависимости от характера и особенностей медицинской обстановки;
- ♦ **возможность своевременного усиления отдельных этапов оказания психиатрической помощи;**
- ♦ **преимущество сортировки и быстрой эвакуации пострадавших** из зоны чрезвычайной ситуации, при минимальном объеме лечебных мероприятий непосредственно очаге чрезвычайной ситуации;
- ♦ **раннее рассредоточение эвакуационных потоков**, исходя из тяжести (уровня) психических расстройств;
- ♦ **преимущество и последовательность в оказании психиатрической помощи;**
- ♦ **сочетание лечебных и реабилитационных мероприятий** на всех этапах психиатрической помощи.

Основные лечебно-диагностические подходы на передовом этапе оказания психиатрической помощи

- ◆ **приближенность** (приближение сил и средств к передовым этапам оказания помощи);
- ◆ **оперативность** (использование на передовых этапах методов экспресс-диагностики и лечения);
- ◆ **простота** (применение на передовых этапах максимально простых методов диагностики и лечения);
- ◆ **комплексность** (сочетание различных методов диагностики и лечения);
- ◆ **неотложность** (оказание помощи в наиболее ранние сроки);
- ◆ **направленность** (ориентация психокоррекционных мероприятий как на нормализацию психического состояния, так и на восстановление трудоспособности);
- ◆ **этапность** (сочетания процесса лечения пострадавших с их эвакуацией по назначению);
- ◆ **специфичность** (обязательность учета специфики или чрезвычайной ситуации и преобладающих этиопатогенетических факторов);
- ◆ **индивидуальность** (учет культуральных, возрастных, профессиональных и личностно-типологических особенностей пострадавших).

Основным принципом оказания психиатрической помощи на передовом этапе является минимальный ее объем с быстрой эвакуацией пострадавших из зоны очага бедствия

Единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС)

Государственная организационно-правовая структура, объединяющая органы управления, силы и средства федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и организаций, в полномочия которых входит решение вопросов защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций.

РСЧС имеет 5 уровней:

федеральный, региональный, территориальный, местный, объектовый

Основные задачи РСЧС

- ◆ разработка и реализация правовых и экономических норм, связанных с обеспечением защиты населения и территорий от ЧС;
- ◆ осуществление целевых и научно-технических программ, направленных на предупреждение ЧС;
- ◆ обеспечение готовности к действиям органов управления, сил и средств, предназначенных для предупреждения и ликвидации ЧС;
- ◆ сбор, обработка, обмен и предоставление информации в области защиты населения и территорий от ЧС;
- ◆ подготовка населения к действиям в ЧС;
- ◆ прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС;
- ◆ создание финансовых и материальных резервов для ликвидации ЧС;
- ◆ осуществление государственной экспертизы, надзора и контроля в области защиты населения и территорий от ЧС;
- ◆ ликвидация ЧС;
- ◆ осуществление мероприятий по социальной защите, реализации прав и обязанностей населения, пострадавшего от ЧС, а также лиц, участвующих в ликвидации их последствий;
- ◆ международное сотрудничество в области защиты населения и территорий от ЧС

**Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны,
чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных
бедствий (МЧС России)**

Центральный орган федеральной исполнительной власти РФ, разрабатывающий и реализующий государственную политику, координацию деятельности органов государственного управления в области предупреждения и ликвидации ЧС и общее руководство созданием, функционированием и дальнейшим развитием РСЧС в рамках имеющихся полномочий

Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК)

ВСМК является подсистемой РСЧС и функционально объединяет службы медицины катастроф МЗ РФ, МО РФ, а также силы и средства МЧС РФ, МВД РФ и других федеральных органов исполнительной власти, предназначенных для ликвидации *медико-санитарных последствий ЧС*

ВСМК создана и действует в соответствии с постановлением Правительства РФ от 03.05.94 г. 420 «О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами»

Основные задачи ВСМК

- ♦ прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий ЧС;
- ♦ организация и осуществление медико-санитарного обеспечения при ликвидации ЧС;
- ♦ обеспечение готовности органов управления, систем связи и оповещения, формирований и учреждений ВСМК к действиям в условиях ЧС;
- ♦ сбор, обработка, обмен и предоставление информации медико-санитарного характера по защите населения и территорий в ЧС;
- ♦ участие в осуществлении государственной экспертизы, надзора и контроля по защите населения и территорий в ЧС;
- ♦ создание и рациональное использование финансовых, медицинских и материально-технических резервов для обеспечения работы ВСМК;
- ♦ участие в разработке и осуществлении мер по социальной защите, реализации прав и обязанностей населения, пострадавшего от ЧС, а также лиц, участвующих в ликвидации их последствий;
- ♦ разработка и совершенствование единой системы медико-санитарного обеспечения населения в ЧС;
- ♦ участие в обучении населения и спасателей правилам оказания первой медицинской помощи в ЧС;
- ♦ научно-исследовательская работа по развитию и совершенствованию структуры и деятельности ВСМК;
- ♦ международное сотрудничество в области медицины катастроф

**Всероссийский центр медицины катастроф «Защита»
(ВЦМК «Защита»)**

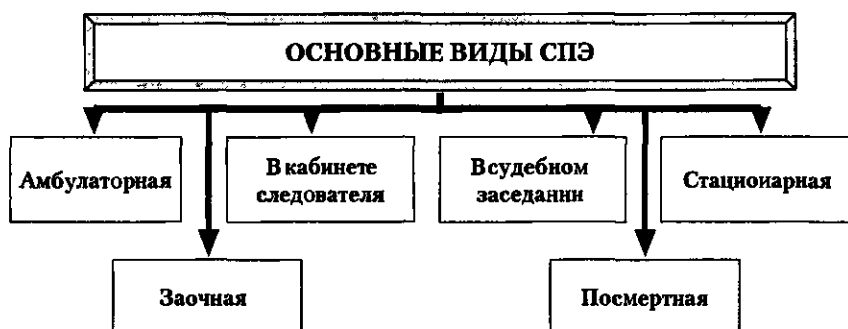
**Главное научно-практическое государственное учреждение
МЗ РФ по проблемам службы медицины катастроф**

Раздел 2. Отдельные аспекты судебной психиатрии

Основные задачи судебно-психиатрической экспертизы

- ♦ определение психического состояния и заключение о вменяемости подозреваемых и подсудимых, в отношении которых у органов дознания, следствия и суда возникло сомнение в их психическом здоровье, а также заключение о необходимости применения медицинских мер в отношении лиц, признанных невменяемыми или заболевших психической болезнью после совершения преступления;
- ♦ определение психического состояния свидетелей и потерпевших, заключение о способности обследуемых правильно воспринимать, запоминать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для дела, в случаях, когда у органов следствия и суда возникают сомнения в психической полноценности указанных лиц;
- ♦ определение психического состояния истцов, ответчиков, а также лиц, в отношении которых решается вопрос о их дееспособности.

Судебно-психиатрическая экспертиза *проводится* по постановлению следователя, прокурора, органа дознания, определению военного трибунала (суда) и по определению (постановлению), вынесенному единолично судьей по делу частного обвинения или в порядке досудебной подготовки гражданского дела.



Условия невменяемости (ст. 21 УК РФ)

Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики.

Формула невменяемости

Медицинский критерий	Юридический критерий
– хроническое душевное заболевание – временное расстройство психической деятельности (транзиторные психотические расстройства, отмечавшиеся в момент совершения противоправных действий) – слабоумие – иное болезненное состояние (как правило, расстройства личности, при которых отсутствует психотическая основа, но имеются качественные отклонения от нормы)	– интеллектуальный признак (невозможность отдавать себе отчет в своих действиях) – волевой признак (невозможность руководить своими действиями)

* — для вынесения заключения о невменяемости необходимо наличие обоих критериев

Медицинские критерии невменяемости

Медицинские критерии невменяемости представляют собой обобщающий перечень психических болезней, которые подразделяются на 4 группы: хроническая и временное психическое расстройство, слабоумие, «иное» болезненное состояние

- ♦ **Первая группа** включает непрерывно или приступообразно протекающие психические заболевания, имеющие тенденцию к прогрессированию и приводящие к глубоким и стойким личностным изменениям (шизофрения, старческое слабоумие, пресенильные психозы, прогрессивный паралич и др.)
- ♦ **Вторая группа** включает кратковременные психические заболевания, заканчивающиеся выздоровлением (алкогольные психозы в форме делирия, галлюциноза, параноида; исключительные состояния; реактивные психозы; симптоматические психозы, пароксизмальные расстройства)
- ♦ **Третья группа** объединяет все случаи различных по этиологии состояний стойкого снижения психической деятельности, сопровождающихся поражением интеллекта
- ♦ **Четвертая группа** включает состояния, не являющиеся психическими заболеваниями в узком смысле этого слова, но характеризующиеся теми или иными нарушениями психической деятельности: психопатии, психический инфантилизм и некоторые случаи глухоноты

Формула недееспособности

Медицинский критерий	Юридический критерий
– душевная болезнь	– неспособность понимать значение своих действий
– слабоумие	– неспособность руководить своими действиями

* — недееспособность определяется наличием обоих критериев (их совпадением)

Раздел 3. Военно-врачебная экспертиза при психических расстройствах

ПРИНЦИПИАЛЬНАЯ СХЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ В МИРНОЕ ВРЕМЯ



Военно-врачебная экспертиза

Военно-врачебная экспертиза в Вооруженных Силах проводится в мирное и военное время в целях комплектования и медицинского обеспечения Вооруженных Сил РФ в соответствии с законодательством Российской Федерации

(Приказ Министра Обороны РФ 2003 г. № 200)

Расписание болезней (психические расстройства)

Наименование болезней	Категория годности к военной службе			
	I графа	II графа	III графа	IV графа
1	2	3	4	5
Ст. 14 Органические психические расстройства				
а) при резко выраженных стойких психических нарушениях;	Д	Д	Д	НГ
б) при умеренно выраженных психических нарушениях;	В	В	В	НГ
в) при легких кратковременных болезненных проявлениях;	Г	Г	Г	НГ
г) при стойкой компенсации болезненных расстройств после острого заболевания головного мозга или закрытой ЧМТ	Б-4	Б	Б	НГ
Ст. 15 Эндогенные психозы				
а) шизофрения, шизотипические расстройства, хронические бредовые расстройства и аффективные психозы	Д	Д	Д	НГ
Ст. 16 Симптоматические психозы и другие психические расстройства экзогенной этиологии				
а) при резко выраженных стойких болезненных проявлениях;	Д	Д	Д	НГ
б) при умеренно выраженных, длительных или повторных, болезненных проявлениях;	В	В	Б, В - Инд	НГ
в) при умеренно или незначительно выраженном, затянувшемся астеническом состоянии;	Г	Г	Г	НГ
г) при легком и кратковременном астеническом состоянии закончившемся выздоровлением	Б-4	Б	А	НГ (О/М - Инд)

**Расписание болезней (психические расстройства)
(продолжение таблицы)**

1	2	3	4	5
Ст. 17	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства			
а) при резко выраженных стойких болезненных проявлениях;	Д	Д	Д	НГ
б) при умеренно выраженных, длительных или повторных болезненных проявлениях;	В	В	В	НГ
в) при умеренно выраженных, кратковременных болезненных проявлениях;	В	В	В	НГ
г) при легких и кратковременных болезненных проявлениях, закончившихся выздоровлением	Б-4	Б	А	НГ (О/М - Инд)
Ст. 18	Расстройства личности			
а) резко выраженные, со склонностью к повторным длительным декомпенсациям или патологическим реакциям;	Д	Д	Д	НГ
б) умеренно выраженное с неустойчивой компенсацией или компенсированные;	В	В	В	НГ
Ст. 19	Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ			
а) при синдроме зависимости с выраженными, стойкими психическими нарушениями;	Д	Д	Д	НГ
б) при синдроме зависимости с умеренными или незначительными психическими нарушениями	В	В	В	НГ
Ст. 20	Умственная отсталость			
а) в глубокой, тяжелой и умеренной степени выраженности;	Д	Д	Д	НГ
б) в легкой степени выраженности	В	В	В	НГ

Примечания к «Расписанию болезней...»

I графа	граждане при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу;
II графа	военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;
III графа	военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, офицеры запаса, не проходившие военную службу, при призыве их на военную службу и военные сборы;
IV графа	граждане, предназначенные для прохождения военной службы на подводных лодках и военнослужащие, проходящие службу на подводных лодках;
«А»	годен к военной службе;
«Б»	годен к военной службе с незначительными ограничениями;
«В»	ограниченно годен к военной службе;
«Г»	временно не годен к военной службе;
«Д»	не годен к военной службе;
«НГ»	не годен к службе в виде ВС, роде войск, по отдельным военно-учетным специальностям (ВУС), не годен к поступлению в училища и военно-учебные заведения;
«Инд»	годность к военной службе, службе в виде ВС, роде войск, по отдельным ВУС, к поступлению в училища и военно-учебные заведения МО РФ определяется индивидуально;
«О/М – Инд»	Офицеры и мичманы – индивидуально

**Катамнез лиц, уволенных из Вооруженных Сил (ВС)
с пограничными психическими расстройствами
(по А.А.Марченко, 2003)**

Вид диспансерного учета	Диагноз при увольнении из ВС							
	Невротические расстройства		Личностные расстройства		Органические психические расстройства		Всего	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Диспансерный	1	2,1	6	12,5	2	10,0	9	7,8
Консультативный	5	10,4	13	27,1	4	20,0	22	19,0
Не состоят на учете	42	87,5	29	60,4	14	70	85	73,2

**Структура психических расстройств в катамнезе лиц,
уволненных из Вооруженных Сил с пограничной психической
патологией (по А.А.Марченко, 2003)**

Диагноз в катамнезе	Диагноз на момент увольнения из ВС			
	Невротические расстройства	Расстройства личности	Органические расстройства	Всего
	%	%	%	%
Органические психические расстройства (F0)	0	2,1	80,0	14,7
Расстройства вследствие злоупотребления ПАВ (F1)	6,3	2,1	0	3,4
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F2)	4,2	10,4	0	6,0
Аффективные расстройства (F3)	4,2	0	0	1,7
Невротические и связанные со стрессом расстройства (F4)	16,7	6,3	0	9,5
Расстройства личности (F6)	22,9	35,4	0	24,1
Здоров (Z54)	45,8	43,6	20,0	40,5
Всего:	100	100	100	100

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Словарь основных психиатрических терминов

* **Абстиненция** — совокупность соматовегетативных и психических расстройств, развивающихся после прекращения приема (введения) психоактивных веществ и купируемых их повторным принятием.

* **Абулия** — «отсутствие» волевых побуждений, стремления к деятельности.

* **Автоматизм психический** — переживание отчужденности своих психических актов.

* **Агнозия** — утрата способности к узнаванию предметов.

* **Агорафобия** — страх открытых пространств.

* **Акинезия** — обездвиженность.

* **Акоазмы** — элементарные слуховые галлюцинации (шум, шипение, скрип, звон, скрежет и т.д.).

* **Амбивалентность (амбигуэнтность)** — сосуществование двух (и более) взаимоисключающих желаний (поступков).

* **Амнезия** — утрата памяти на события определенного промежутка времени.

* **А. антероградная** — утрата памяти на события, последовавших за состоянием нарушенного сознания.

А. аффектогенная — утрата памяти на события в период бурной эмоциональной реакции (аффекта).

* **А. конградная** — утрата памяти на события периода нарушенного сознания.

А. мотивированная — утрата памяти на отдельные психотравмирующие события.

* **А. перфорационная (палимпсесты)** — утрата памяти на отдельные события периода алкогольного опьянения.

* **А. прогрессирующая** — нарастающее опустошение запасов памяти.

* **А. ретроградная** — утрата памяти на события, непосредственно предшествовавшие состоянию нарушенного сознания.

А. систематизированная — утрата специализированных видов памяти (на лица, цвета, запахи, навыки).

* **А. фиксационная** — утрата памяти на текущие события.

* **Анастрофа** — этап бредообразования (по К. Конраду), характеризующийся переживанием того, что больной стал «центром» всех явлений, всего происходящего.

* **Анестезия (гипостезия)** — выпадение (ослабление) одного или нескольких видов чувствительности.

* **Анестезия психическая** — тягостное переживание «утраты» способности к эмоциональному реагированию.

* **Анорексия** — ослабление или отсутствие чувства голода:

* **Антропофобия** — страх толпы.

* **Апатия** — состояние безучастности, равнодушия, полного безразличия.

* **Апокалипсис** — заключительный этап бредообразования (по К. Конраду), характеризующийся полным распадом структуры личности (собственного «Я»).

* **Апофения** — этап бредообразования (по К. Конраду), характеризующийся появлением нового для больного смысла всего происходящего (определяет готовность к возникновению идей значения и отношения).

* **Апраксия** — утрата двигательных навыков.

* **Аура** — кратковременный пароксизм (вегетативный, сенсорный, моторный, психический), являющийся начальной стадией эпилептического припадка.

* **Аутизм** — погруженность в мир собственных переживаний, проявляющаяся отсутствием стремления к общению, деятельности, познанию окружающей действительности.

* **Аутометаморфозия («расстройство схемы тела»)** — искажение восприятия собственного тела.

* **Афазия** — утрата способности к произвольной речи или к ее пониманию.

* **Аффект (физиологический)** — кратковременная и сильная эмоциональная (положительная или отрицательная) реакция, сопровождающаяся выраженными соматовегетативными проявлениями.

* **Аффект (патологический)** — кратковременное психогенно обусловленное помрачение («сужение») сознания, с последующим аффективным разрядом, ретроградной и конградной амнезией.

* **Бессвязанность мышления (инкогеренция)** — нарушение грамматической и смысловой направленности речи.

* **Брадипсихия** — «замедление» психических процессов.

* **Брадифазия** — замедление речи.

* **Бредовые идеи** — ошибочные, некорректируемые умозаключения, формирующиеся на патологической основе и полностью определяющие мировоззрение больного:

* **Б. антагонистический («манихеский»)** — характеризуется убежденностью в том, что больной находится в центре борьбы сил добра и зла (имеющей обычно глобальное значение).

* **Б. аффективный (голотимный)** — бред, формирующийся на основе первичных нарушений в эмоциональной сфере.

* **Б. величия** — бред, характеризующийся грандиозным преувеличением своих способностей.

* **Б. воздействия** — бред, характеризующийся убеждением в наличии постороннего влияния на больного.

* **Б. вторичный** — бред, формирующийся на фоне других психических расстройств (галлюцинаций, депрессии и пр.).

* **Б. высокого происхождения** — бред, характеризующийся убежденностью больного в происхождении от лиц, занимающих более значительное положение в обществе, чем реальные родители (**Б. иного происхождения, Б. чужих родителей**).

* **Б. индуцированный** — бред, возникающий как результат переработки бредовых идей больного (индуктора) с которым длительно соприкасается реципиент.

* **Б. инсценировки** — бред, характеризующийся убеждением больных в том, что окружающее специально подстроено, изменено, происходит по заранее составленному сценарию.

* **Б. интерметаморфозы** — бред, характеризующийся убеждением больных в перевоплощении людей, животных, предметов.

* **Б. ипохондрический** — бред, характеризующийся убеждением больных в том, что они страдают тяжелым, неизлечимым заболеванием.

* **Б. Котара** — см. нигилистический бред.

* **Б. кататимный** — систематизированный, интерпретативный бред с чувственно окрашенными переживаниями.

* **Б. метаморфозы** — бред, характеризующийся убеждением больных в его перевоплощении в другого человека, животного или неодушевленный предмет.

* *Б. нелепый* — бред, содержание которого грубо не соответствует действительности.

* *Б. нигилистический* — бред, характеризующийся уверенностью больных в отсутствии внутренних органов, собственной смерти, «гибели мира».

* *Б. образный (чувственный)* — вторичный бред, формирующийся на фоне обманов восприятия.

* *Б. одержимости* — бред, характеризующийся убеждением больного во «вселении» в его тело («душу») живых существ (дьявол, ведьма и т.п.).

* *Б. отношения* — бред, характеризующийся уверенностью больного в том, что все происходящее связано с ним, имеет к нему непосредственное отношение.

* *Б. отравления* — бред, характеризующийся убежденностью больного в том, что его пытаются отравить (или уже отравили).

* *Б. первичный (интерпретативный, толкования)* — систематизированный, паралогичный бред, характеризующийся преимущественным нарушением логического познания (при сохранности чувственного).

* *Б. преследования* — бред, характеризующийся убеждением больного в том, что он является объектом постоянного наблюдения, слежки.

* *Б. ревности («синдром Отелло»)* — бред, характеризующийся убеждением в неверности супруга.

* *Б. резидуальный* — бредовые идеи, сохраняющиеся в качестве моносимптома после редукции других болезненных проявлений.

* *Б. реформаторства* — бред, проявляющийся идеями социального переустройства.

* *Б. самоуничтожения* — бред, характеризующийся убеждением в собственной несостоятельности, никчемности, бездарности, виновности и т.п.

* *Б. сутяжный* — бред, характеризующийся убежденностью больного в том, что окружающие относятся к нему несправедливо, умышленно принижают его заслуги, нарушают законные права.

* *Б. физического уродства (дисморфомания)* — бред, характеризующийся убеждением больных в наличии у них телесного уродства.

* *Б. эротический («любовного очарования»)* — бред, характеризующийся убеждением в том, что окружающие испытывают (но скрывают) к ним любовные чувства.

* *Булимия* — патологическое чувство голода.

* *Вербигерации* — однообразное, многократное повторение одних и тех же слов.

* *Возбуждение психомоторное* — двигательное возбуждение.

* *В. галлюцинаторное* — двигательное возбуждение, развивающееся под влиянием устрашающих галлюцинаций.

* *В. гебефреническое* — двигательное возбуждение, проявляющееся нелепо-дурашливым поведением (гримасничанье, кривляние, немотивированный смех и т.п.).

* *В. депрессивное (меланхолический раптус)* — двигательное возбуждение, сочетающееся с безысходным отчаянием, мучительной, невыносимой тоской.

* *В. истерическое* — демонстративное, чрезмерно выразительное, полиморфное двигательное возбуждение (часто психогенной природы).

* *В. кататоническое* — двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий.

* *В. маниакальное* — двигательное возбуждение, проявляющееся чрезмерным стремлением к деятельности, с незаконченностью и немотивированными переходами от одного его вида к другому.

* *В. паническое (психогенное)* — хаотичное двигательное возбуждение, возникающее под влиянием психотравмирующих (жизнеопасных) обстоятельств.

* *В. эпилептическое (эпилептиформное)* — двигательное возбуждение, развивающееся на фоне дисфории или сумеречного помрачения сознания.

* *В. эретическое* — двигательное возбуждение у больных олигофренией.

* **Галлюцинации** — мнимое восприятия (возникающее без реального объекта):

* *Г. Боннэ (Попова)* — зрительные (слуховые) обманы восприятия, возникающие у больных со сниженным зрением (слухом).

* *Г. вербальные* — слуховые обманы восприятия (в виде отдельных слов, фраз, речи).

* *Г. гипнагогические* — зрительные (реже слуховые) обманы восприятия, возникающие при засыпании.

* *Г. гипнопомпические* — зрительные (реже слуховые) обманы восприятия, возникающие при пробуждении.

* *Г. Дюпре (воображения)* — обманы восприятия, связанные с длительно вынашиваемыми, эмоционально значимыми представлениями, идеями (созвучны последним по содержанию).

* *Г. императивные* — вербальные обманы восприятия приказывающего (реже запрещающего) характера.

* *Г. истинные* — обманы восприятия, характеризующиеся проекцией патологических образов в окружающее пространство, чувственной яркостью, отсутствием ощущения «сделанности» и влияния извне.

* *Г. комментирующие* — вербальные обманы восприятия, проявляющиеся в виде «голосов», интерпретирующих действия больных.

* *Г. ложные (псевдогаллюцинации)* — обманы восприятия, характеризующиеся проекцией патологических образов в субъективное пространство, отсутствием чувственной яркости, ощущением «сделанности» и влияния извне.

* *Г. рефлекторные* — обманы восприятия, возникающие в одном из анализаторов при действии раздражителя на другой.

* *Г. Сегла* — обманы восприятия, возникающие при реактивных психозах с содержанием, отражающим психотравмирующую ситуацию.

* *Г. простые* — мнимое восприятие единичных оформленных (зрительных, слуховых) образов.

* *Г. сложные (сценические)* — мнимое восприятия множественных образов (часто сюжетно связанных и последовательно вытекающих один из другого).

* *Г. сочетанные* — сосуществование разных видов галлюцинаций (зрительных, слуховых и пр.).

* *Г. функциональные* — галлюцинации сосуществующие с восприятием реального раздражителя.

* *Г. элементарные* — мнимое восприятие неоформленных образов (шум, скрип, вспышки и т.п.).

* *Гипербулия* — патологическое усиление побуждений.

* *Гиперестезия* — субъективно переживаемое усиление одного или нескольких видов чувствительности.

* *Гиперкинезия* — непроизвольно возникающее двигательное возбуждение.

* *Гипертимия* — повышенное настроение.

* *Гипобулия (понижение волевой активности)* — ослабление побуждений.

* *Гипокинезия* — двигательная заторможенность.

* *Гипотимия* — сниженное настроение.

* *Гипсофобия* — страх высоты.

* *Деменция* — приобретенное слабоумие.

* *Д. парциальная (лакунарная)* — характеризуется «неравномерностью» интеллектуального снижения с преобладанием мнестических расстройств (при сохранении «ядра личности»).

* *Д. психогенная (псевдодеменция)* — см. синдром псевдодеменции.

* *Д. психопатическая* — характеризуется неспособностью к коррекции своего поведения, при формально сохраненном интеллекте.

* *Д. сенильная* — органическое (атрофическое) заболевание головного мозга с прогрессирующим распадом психической деятельности, развивающимся в старческом возрасте.

* *Д. сосудистая («синдром Бинсвангера», постинсультная)* — характеризуется грубыми мнестическими расстройствами и сопутствующими неврологическими нарушениями.

* *Д. тотальная* — характеризуется резко выраженным интеллектуально-мнестическим снижением (с распадом «ядра личности»).

* *Д. шизофреническая (апатически-диссоциативная)* — определяется аспонтанностью больных (при сохранности словарного запаса, профессиональных навыков и знаний).

* *Д. эпилептическая («концентрическая»)* — характеризуется инертностью и ригидностью психических процессов, обеднением словарного запаса (олигофазией).

* *Деперсонализация* — расстройство самосознания, проявляющееся переживанием измененности собственных психических процессов.

* *Дереализация (аллопсихическая деперсонализация)* — расстройство самосознания, проявляющееся переживанием измененности восприятия окружающего мира.

* *Дефектные состояния* — стойкие психопатологические изменения, возникающие вследствие перенесенных психических заболеваний.

* *Дисмегалопсия* — разновидность метоморфопсии, проявляющаяся в восприятии окружающих предметов удлинненными, расширенными или перекрученными вокруг оси.

* *Дисмнезия* — расстройства памяти.

* *Дистимия* — снижение настроения, сочетающееся с раздражительностью.

* *Дисфория* — выраженное снижение настроения, сочетающееся со злобно-агрессивным аффектом.

* *Закупорка мышления (шперрунг)* — обрыв («блокада») мысли.

* *Замедление мышления* — уменьшение количества ассоциаций в единицу времени.

* *Иллюзия* — ошибочное восприятие объекта:

* *И. аффективные* — возникают на фоне страха, тревоги.

* *И. вербальные* — слуховые иллюзии.

* *И. парейдолические* — возникают на фоне сниженного тонуса сознания.

* *И. физиологические* — обманы восприятия, обусловленные физиологическими или физическими факторами.

* *Импульсивные явления* — внезапно и неотвратимо (без «борьбы мотивов») реализуемые действия или влечения.

* *Клаустрофобия* — боязнь закрытых помещений.

* *Криптомнезии* — стирание грани между реально имевшими место событиями и событиями, о которых больной услышал, прочитал или увидел.

* *К. ассоциированные* — расстройства памяти при которых прочитанное, услышанное или увиденное расценивается как происходившее с больным.

* *К. отчужденные* — расстройства памяти при которых события реально имевшие место с больным расцениваются как события о которых он услышал, прочитал или увидел.

* *Конфабуляции* — ложные воспоминания.

* *К. замещающие* — замещение пробелов памяти вымыслами обыденного, правдоподобного содержания.

* *К. фантастические* — замещение пробелов памяти вымыслами неправдоподобного (приключенческого, фантастического) содержания.

* *Конфабулез* — психопатологический синдром, проявляющийся наплывом фантастических кофабуляций (без помрачения сознания) и нарушениями ориентировки.

* *Конфабуляторная спутанность* — синдром, проявляющийся обильными конфабуляциями, сопровождающихся ложным узнаванием окружающей обстановки и лиц, бессвязностью мышления и растерянностью.

* *Макропсия* — разновидность метаморфопсии, проявляющаяся в пропорционально увеличенном восприятии окружающих предметов.

* *Ментизм* — произвольно возникающий поток мыслей или воспоминаний.

* *Метаморфопсия* — искаженное восприятие окружающего мира

* *Мизофобия* — боязнь загрязнения.

* *Микропсия* — разновидность метаморфопсии, проявляющаяся в пропорционально уменьшенном восприятии окружающих предметов.

* *Мимоговорение, миморечь* — несоответствие ответов (по смыслу) задаваемым вопросам.

* *Монофобия* — страх одиночества.

* *Мория* — повышенное настроение, сочетающееся с дурашливостью, гримасничанием, грубо неадекватным поведением.

* **Мутизм** — неспособность к речевому общению (при сохранности «речевого аппарата»).

* **Настроение** — устойчивое эмоциональное состояние.

* **Навязчивые идеи (обсессии)** — непроизвольно возникающие, не адекватные ситуации переживания, доминирующие в сознании больного, к которым сохраняется критическое отношение (сопровождаются «борьбой мотивов»).

* **Н. влечения (мании)** — обсессии, проявляющиеся стремлением к совершению бессмысленных, иногда опасных, поступков.

* **Н. воспоминания** — обсессии, проявляющиеся наплывом образных, детальных воспоминаний (как правило, о неприятном для больного событии).

* **Н. действия** — обсессии, проявляющиеся выполнением бессмысленных, часто нелепых, поступков.

* **Н. контрастные** — обсессии, содержание которых противоречит взглядам и установкам больного (как правило, развиваются в обстановке, исключающей возможность их выполнения).

* **Н. (бесплодное) мудрствование** — обсессии, проявляющиеся доминированием в сознании не имеющих отношения к ситуации, часто бессмысленных, идей.

* **Н. образные** — аффективно насыщенные обсессии.

* **Н. опасения (сомнения)** — обсессии, проявляющиеся переживаниями в удачном исходе привычных действий.

* **Н. отвлеченные** — обсессии, не сопровождающиеся выраженным аффективным напряжением.

* **Н. страхи** — см. фобии.

* **Н. счет** — обсессии, характеризующиеся непреодолимым стремлением производить бессмысленные и ненужные счетные операции.

* **Нарушение восприятия времени** — ощущение изменения скорости и плавности течения времени.

* **Негативизм** — немотивированное противодействие любому воздействию извне.

* **Нозофобия** — навязчивый страх тяжелого заболевания.

* **Обстоятельность мышления** — «застревание» на несущественных деталях, вследствие неспособности отделения главного от второстепенного.

* **Оксифобия** — боязнь острых предметов.

* **Ориентировка аллопсихическая** — ориентировка во времени и месте.

* **Ориентировка аутопсихическая** — ориентировка в собственной личности.

* **Паралогическое мышление** — болезненные, неадекватные действительности и обстоятельства суждения и умозаключения о реальных фактах.

* **Парамимия** — несоответствие мимики больного его поступкам и переживаниям.

* **Паратимия (неадекватный аффект)** — качественно неадекватное причине эмоциональное реагирование.

* **Парестезии** — разнообразные трудноформализуемые неприятные тактильные ощущения.

* **Патологическая гипосексуальность (гиперсексуальность)** — болезненно обусловленное понижение (повышение) полового влечения.

* **Перверсии** — половые извращения:

* **П. истинные** — разновидность перверсии, при которой достижение полового удовлетворения возможно только извращенным способом.

* **П. ложные (псевдоперверсии)** — разновидность перверсии, при которой половое удовлетворение достигается извращенным способом вследствие наличия объективных препятствий для нормальной половой жизни.

* **Полидипсия** — неутолимая жажда.

* **Полифагия** — поедание несъедобных веществ.

* **Порропсия** — разновидность метоморфопсии, проявляющаяся в измененном восприятии «структуры» окружающего пространства.

* **Псевдореминисценции** — качественное нарушение памяти, проявляющееся в «переносе» реально имевших место событий во времени.

* **Психические автоматизмы** — переживание отчуждения своих психических актов (идеаторных, сенсорных, моторных).

* **Разноплановость мышления** — одновременная оценка событий или явлений с двух (и более) взаимоисключающих позиций.

* **Разорванность мышления** — утрата смысловой направленности речи при сохранности ее грамматического строя.

* **Растерянность** — аффект «недоумения» (испонимания происходящего) на фоне тревоги.

* **Резонерство** — утрата целенаправленности мышления.

* **Ритуалы** — навязчивые действия, сочетающиеся с фобиями и имеющие значение защиты от них.

* **Сверхценные идеи** — аффективно окрашенные, доминирующие (не соответствующее их значимости) суждения, сформировавшиеся вследствие реальных событий (не сопровождаются «борьбой мотивов»).

* **Сенестезии** — субъективное ощущение разнообразных двигательных расстройств.

* **Сенестопатии** — трудно формализуемые полиморфные, крайне тягостные ощущения неопределенной локализации без типичной соматоневрологической проекции.

* **Символическое мышление** — абстрактное, не связанное с действительностью мышление, отражающее аутистический мир больного.

* **Синдром** — типичная совокупность патогенетически родственных симптомов.

* **С. аментивный («инкогерентное» помрачение сознания)** — синдром помрачения сознания, характеризующийся глубокой дезориентировкой, бессвязностью мышления, аффектом недоумения, двигательными стереотипиями (по типу яктации) и последующей полной амнезией.

* **С. амнестический (Корсаковский синдром)** — расстройство, проявляющееся ранообразными мнестическими нарушениями (фиксационная, ретро- и антероградная амнезии, конфабуляции) на фоне эйфории.

* **С. астенический** — невротический синдром, проявляющийся повышенной психической и физической истощаемостью, различными висцеро-вегетативными расстройствами и нарушениями сна.

* **С. галлюциноза** — патологическое состояние, клиническая картина которого, практически, полностью исчерпывается наличием истинных галлюцинаций.

— **острый галлюциноз** — разновидность галлюциноза, характеризующаяся аффектом растерянности, тревоги, с чувственно яркими галлюцинаторными переживаниями и двигательным возбуждением.

— **хронический галлюциноз** — разновидность галлюциноза, характеризующаяся монотонностью аффекта и однообразием галлюцинаций.

* **С. галлюцинаторно-параноидный** — расстройство, характеризующееся преобладанием псевдогаллюцинаций на фоне бредовых идей (преследования, воздействия) и других психических автоматизмов.

* **С. Ганзера** — вариант психогенного сумеречного помрачения сознания, характеризующийся явлениями «мимоответов» и «мимодействий».

* **С. гебефренический** — характеризуется манерно-дурашливыми формами поведения, безмотивными действиями и непродуктивной эйфорией («триада О.В. Кербикова»).

* **С. делириозный («галлюцинаторное» помрачение сознания)** — форма помрачения сознания, характеризующаяся расстройствами аллопсихической ориентировки и обилием фрагментарных истинных галлюцинаций (иллюзий).

* *С. депрессивный* — вариант аффективного синдрома, характеризующийся снижением настроения, двигательной заторможенностью и замедлением мышления («депрессивная триада»).

* *С. ипохондрический* — расстройство, характеризующееся необоснованным беспокойством больного за состояние своего здоровья.

* *С. истерический* — невротический синдром, характеризующийся наличием конверсионных и (или) диссоциативных расстройств на фоне специфических особенностей личности.

* *С. Кангра* — расстройство, проявляющееся нарушением узнавания, идентификации людей.

* *С. кататонический* — расстройство, характеризующееся сочетанием выраженных двигательных нарушений (в форме гипо-, гипер- и паракинезий), с разнообразными психопатологическими проявлениями.

* — люцидная кататония — кататонический синдром без онейроидного помрачения сознания.

* — онейроидная кататония — кататонический синдром, сочетающийся с онейроидным помрачением сознания.

* *С. Котара* — парафренный ипохондрический бред.

* *С. «лобный»* — расстройство, характеризующееся преобладанием аффективных нарушений на фоне интеллектуально-мнестического снижения, аспонтанности или расторможенности.

* *С. маниакальный* — аффективный синдром, характеризующийся повышенным настроением, двигательной расторможенностью и ускорением мышления («маниакальная триада»).

* *С. обсессивный* — невротический синдром, проявляющийся разнообразными навязчивостями (часто в сочетании с ритуалами) на фоне психастенических личностных особенностей.

* *С. онейроидный («сновидное» помрачение сознания)* — форма помрачения сознания, характеризующаяся ауто- и аллопсихической дезориентировкой, наплывом псевдогаллюцинаций фантастического содержания.

* *С. параноидный* — расстройство, характеризующееся преобладанием первичного бреда преследования и (или) воздействия на фоне псевдогаллюцинаций и других психических автоматизмов.

* *С. паранойяльный* — расстройство, клиническая картина которого, практически, полностью исчерпывается первичным (интерпретативным) бредом.

— острый вариант — разновидность паранойяльного синдрома, при которой бред возникает как «озарение» и формируется на фоне выраженного аффективного напряжения (тревоги).

— хронический вариант — разновидность паранойяльного синдрома с прогрессивным развитием бреда.

* *С. парафренный* — расстройство, проявляющееся нелепым бредом (преследования, воздействия, величия), разнообразными явлениями психического автоматизма, фантастическими конфабуляциями и эйфорией.

* *С. псевдодемении* — разновидность психогенного (истерического) сумеречного помрачения сознания, проявляющаяся утратой элементарных знаний и навыков.

* *С. психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо)* — расстройство, характеризующееся разнообразными психическими автоматизмами в сочетании с бредовыми идеями (преследования, воздействия) и псевдогаллюцинациями.

* *С. психоорганический* — расстройство, характеризующееся выраженным интеллектуальным снижением, недержанием аффекта и мнестическими нарушениями («триада Вальтер-Бюэля»):

— *апатический вариант* — разновидность синдрома с преобладанием явлений аспонтанности, сужения круга интересов, безразличия.

— *астенический вариант* — разновидность синдрома с преобладанием явлений психической и физической истощаемости.

— *локальный (диффузный) вариант* — разновидности синдрома, отличающиеся выраженностью расстройств и степенью сохранности «ядра личности».

— *острый (хронический) вариант* — разновидности синдрома, отличающиеся остротой развития и длительностью течения.

— *эйфорический вариант* — разновидность синдрома с преобладанием явлений благодушия, расторможенности влечений и резкого снижения критики.

— *эксплозивный вариант* — разновидность синдрома с преобладанием психопатоподобных расстройств (крайней раздражительности, брутальности).

* *С. сумеречного («концентрического») помрачения сознания* — форма помрачения сознания, характеризующаяся пароксизмальностью возникновения, автоматизмом действий, глубокой дезориентировкой и последующей полной амнезией.

* *С. пугилизма* — разновидность психогенного (истерического) сумеречного помрачения сознания, проявляющаяся «детскостью» поведения, речи, мимики.

* *С. эпилептиформный* — пароксизмальные (судорожные и бессудорожные) расстройства, развивающиеся при экзогенно или эндогенно-органическом поражении головного мозга.

* *Синестезии* — расстройство, проявляющееся «наслоением» ощущений в разных анализаторах («окрашенный звук», «теплая музыка» и т.д.).

* *Стереотипии* — многократное автоматическое повторение одних и тех же психических актов (двигательных, речевых, мыслительных).

* *Страх* — выраженная немотивированная тревога.

* *Ступор* — состояние двигательной заторможенности:

* *С. апатический* — разновидность ступора, характеризующаяся абсолютной безучастностью к происходящему.

* *С. галлюцинаторный* — разновидность ступора, развивающаяся под влиянием императивных галлюцинаций.

* *С. депрессивный (мрачное оцепенение)* — разновидность ступора, развивающаяся на высоте депрессии.

* *С. истерический* — разновидность ступора, развивающаяся в ответ на психотравмирующее воздействие (как правило, при наличии «аудитории»).

* *С. кататонический* — разновидность ступора с явлениями мышечного гипертонуса и отказом от речи (мутизмом).

* *С. психогенный (аффектогенный)* — разновидность ступора, развивающаяся в жизнеопасных ситуациях и сопровождающаяся аффектом страха.

* *Танатофобия* — страх смерти.

* *Тревога* — немотивированное беспокойство.

* *Трема* — начальный этап бредаобразования (по К. Конраду), характеризующийся нарастающим чувством напряженности, тревоги, угрозы жизни больному.

* *Тугоподвижность (обстоятельность, вязкость) мышления* — инертность ассоциативного процесса.

* *Ускорение процесса мышления (тахифрения)* — увеличение количества ассоциаций, возникающих в единицу времени.

* *Фобии* — навязчивые страхи.

* *Фобофобия* — навязчивое опасение возникновения новых фобий.

* *Фонемы* — элементарные речевые галлюцинации.

* *Фотопсии (фосфены)* — элементарные зрительные галлюцинации.

* *Эйфория* — повышенное настроение, сочетающееся с беспечной радостью, благодушием.

* **Экстаз** — крайняя степень экзальтированно-восторженного настроения.

* **Эмоциональная лабильность (неустойчивость)** — легкая изменчивость поверхностных, неглубоких эмоциональных проявлений.

* **Эмоциональная монотонность** — отсутствие адекватных (суточных, ситуационных) колебаний настроения.

* **Эмоциональное оскудение** — утрата способности к тонким и адекватным происходящему эмоциональным реакциям.

* **Эмоциональная парадоксальность** — ослабление адекватных происходящему эмоциональных реакций в сочетании с их оживлением на незначительные (случайные) обстоятельства.

* **Эмоциональная слабость (слабодушие)** — резко выраженная эмоциональная лабильность.

* **Эмоциональная холодность (тупость)** — утрата «эмоционального отклика» (способности к сопереживанию).

* **Эхолалия** — автоматическое повторение услышанных слов.

* **Эхопраксия** — автоматическое повторение увиденных жестов, поз, действий.

* **Яктация** — двигательное возбуждение «в пределах постели».

Приложение 2

Краткий словарь психоаналитических терминов

Абстиненция — выраженность состояния фрустрации *в процессе* психоаналитической терапии.

Агглютинация образов — слияние нескольких образов в один (в сновидениях, болезненных переживаниях).

Агрессивность — форма инстинктивного поведения, проявляющаяся желанием причинить *кому-либо* ущерб.

Актинг аут — отреагирование *в действиях* подавляемых тягостных переживаний.

Амбиверсия — сбалансированность двух противоположных тенденций, личностных установок, экстра- и интроверсии.

Анализ — синоним психоанализа (в зависимости от техники проведения выделяют: «активный», пассивный, трансактивный, обучающий, фракционный и др. виды).

Аналитик — психотерапевт, пользующийся психоаналитической техникой.

Ананке — «запреты» окружающего мира, мешающие удовлетворению инстинктивных влечений индивида (по З. Фрейду).

Апатия — форма психологической защиты, характеризующаяся «отключением эмоций».

Аутизм — феномен подчиненности познавательных процессов внутренним желаниям и тенденциям индивида.

Аффект — термин, характеризующий любые проявления эмоций и чувств.

Бегство в болезнь — форма преодоления «комплекса неполноценности» путем «развития» болезненных симптомов.

Бисексуальность — сосуществование мужских и женских сексуальных побуждений.

Блок аффекта — неспособность проявлять эмоции, адекватные ситуации.

Влечения — инстинктивные побуждения.

Внутренняя блокада — специфические субъективные ощущения индивида при невозможности самореализации (по Э. Фромму).

Вторичная переработка — искажение содержания сновидения в процессе его осмысления и воспроизведения.

Вытеснение (подавление, репрессия) — форма психологической защиты, характеризующаяся устранением из сознания представлений, несовместимых с установками личности.

Деструктивность — форма несознательного «саморазрушительного» поведения человека.

Динамизмы — типичные шаблоны в поведении человека (по Х. Сэливену).

Дополнительные ряды — последовательно развертывающиеся во времени переживания, формирующие невроз.

Защитные механизмы — бессознательные психические процессы, компенсирующие тревогу («эмоциональный конфликт»).

Игры — «ролевые» формы человеческих взаимоотношений (по Э. Берну).

Идеал-Я (Сверх-Я) — «высшая психическая инстанция», контролирующая социальное поведение индивида.

Идентификация — форма психологической защиты, характеризующаяся отождествлением собственных личностных особенностей с такими у других лиц.

Индивидуация — процесс образования, обособления и развития индивидуальных психологических свойств и качеств, делающих человека неповторимым.

Интеллектуализация — форма психологической защиты, проявляющаяся в абстрагировании от психотравмирующих переживаний.

Интернолизация — форма психологической защиты (противоположная экстернолизации), при которой непреодолимые препятствия отвергаются как «нежеланные» (по К. Хорни).

Интроверсия — тип личности, характеризующийся интроспекцией, склонностью к рефлексии (по К. Юнгу).

Интуиция — неформализуемые знания, основанные на опыте.

Катарсис (абреакция) — эмоциональное отреагирование ранее подавляемых тягостных переживаний.

Комплекс — совокупность представлений (сознательных и бессознательных), оказывающих влияние на поведение человека. (Эдипов комплекс и др.).

Конверсия — форма психологической защиты, проявляющаяся в соматизации психопатологических проявлений.

Контрперенесение — «перенесение» в процессе терапии отношения врача к пациенту (и наоборот).

Копинг-механизмы (копинг-поведение) — осознанные действия, направленные на адаптацию, путем активного изменения своего поведения в конфликтной ситуации.

Либи́до — совокупность «жизнеутверждающих» инстинктов (в узком смысле слова — половое влечение).

Личность — синоним понятия «характер».

Мазохизм (садизм) — удовлетворение от собственной (*чужой*) боли.

Мезоморфы (экторморфы, эндоморфы) — психолого-антропометрические типы личности.

Невроз — заболевание, характеризующееся «расходом энергии» на неадекватные цели.

— *неврозы актуальные* — неврозы, обусловленные «актуальной» жизнью (по З. Фрейду).

— *психоневрозы* — неврозы, причины которых обусловлены «прошлой» жизнью (по З. Фрейду).

Образ — представление человека о самом себе и окружающем.

Объект — предмет, используемый для снятия эмоционального напряжения в процессе психотерапии.

Отреагирование — адекватное осознание ранее «вытесненной» психотравмирующей ситуации.

Перцептивная защита — форма психологической защиты, проявляющаяся в бессознательном «затруднении» восприятия психотравмирующей информации.

Подсознательное — термин, объединяющий *предсознательное* (факты, которые могут быть осознаны) и *бессознательное*.

Представление — форма «психического образа» (сознательного или подсознательного).

Привязанность — комплекс положительных чувств, исключаящий сексуальность.

Проекция — форма психологической защиты, проявляющаяся переносом эмоционально значимых переживаний вовне.

Психодинамика — одна из психоаналитических теорий, описывающих человеческое поведение и мотивацию.

Психологическая аутопсия — посмертная оценка поведения человека, обусловившего суицид.

Рационализация — форма психологической защиты, проявляющаяся стремлением к «разумному» объяснению собственных неправильных или бессознательных действий.

Реверсия — «обращение» инстинкта в противоположный по знаку.

Регрессия — «возвращение» к более инфантильному реагированию.

Свободный страх — немотивированная тревога.

Снушение — один из бессознательных психических процессов, определяющий возникновение сна.

Символизация — один из бессознательных психических процессов, определяющие «искажение сновидений».

Сублимация — форма психологической защиты, при которой инстинктивные влечения, неприемлимые для сознания, направляются на социально- и личностно допустимые цели.

Субституция — форма психологической защиты, при которой недостижимые и (или) неприемлимые цели заменяются реальными.

Супрессия — сознательный контроль над неприемлимыми побуждениями.

Тип реакции — варианты реагирования на состояние фрустрации:

— *инпунитивный (примирительный)* — тип реакции, характеризующийся «обесцениванием» конфликтной ситуации и конструктивным поиском выхода из нее;

— *интропунитивный (самообвиняющий)* — тип реакции, характеризующийся обвинением в конфликтной ситуации исключительно себя, с игнорированием объективных, внешних обстоятельств;

— *необходимо-упорствующий* — тип реакции, при котором неосуществленное желание приобретает сверхценное значение для индивида;

— *препятственно-доминантный* — тип реакции, при котором сама борьба за какую-либо цель имеет большее значение, чем ее достижение.

— *экстрапунитивный (внешнеобвиняющий)* — тип реакции, характеризующийся игнорированием собственной роли в конфликтной ситуации и обвинением в ней других лиц или внешних обстоятельства.

Удовлетворение — мысль (действие), снимающая эмоциональное напряжение.

Фрустрация — состояние психологического напряжения, возникающее в конфликтной ситуации.

Эго (Ид) — понятие, характеризующее «разумную» («инстинктивную») деятельность.

Эго-анализ — направление в психоанализе, рассматривающее защитные психологические механизмы.

Экстернолизация — форма психологической защиты (противоположная интериализации), при которой непреодолимые препятствия осознаются как «вынужденные», обусловленные внешними факторами (по К. Хорни).

Экстраверсия — тип личности, при котором «психологическая установка» обращена вовне (по К. Юнгу).

Приложение 3

Основные психофармакологические препараты

НЕЙРОЛЕПТИКИ — препараты, оказывающие *антипсихотическое* (устраняют бред, галлюцинации) и *седативное* (уменьшают чувство тревоги, беспокойства) действие.

По химической структуре нейролептики подразделяют на:

- производные фенотиазина
- производные бутирофенона и дифенилбутилпиперидина
- производные тioxантена
- производные индола
- нейролептики из других химических групп

А. Производные фенотиазина

Аминазин (*Aminazinum*) — нейролептик с выраженным общеседативным эффектом. Используется для купирования психомоторного возбуждения, острых бредовых и маниакальных состояний, выраженной тревоги. Возможные *побочные явления*: ортостатический коллапс, экстрапирамидные нарушения, расстройства сна, повышение свертываемости крови, лейкопения. *Форма выпуска*: драже по 0,025, 0,05 и 0,1; ампулы по 1, 2, 5 и 10 мл 2,5% раствора. Синонимы: *хлорпромазин*.

Мажептил (*Majeptil*) — нейролептик с относительно слабым седативным, но мощным антипсихотическим действием. Используется при лечении шизофрении (в особенности, кататонической формы) и других острых и хронических психозов. Возможные *побочные явления*: те же, что и у трифазина. *Форма выпуска*: таблетки по 0,001 и 0,01; ампулы по 1 мл 1% раствора.

Неулептил (*Neuleptil*) — нейролептик, сочетающий антипсихотическое действие с седативным («корректор поведения»). Используется при лечении психопатоподобных состояний различной этиологии. Возможные *побочные явления*: экстрапирамидные нарушения, аллергические реакции. *Форма выпуска*: капсулы по 0,01; флаконы 4% раствора (1 капля содержит 1 мг препарата).

Пипортил L4 (Piportil L4) — пролонгированный нейролептик с антипсихотическим действием (ослабляет седативный эффект). Используется при лечении шизофрении, хронических психозов (с преобладанием галлюцинаторных проявлений). *Противопоказания:* закрытоугольная глаукома, нарушение функции мочек (может быть задержка мочи). *Форма выпуска:* таблетки по 10 мг; капли — 30 мл 4% раствора; ампулы по 1 мл (25 мг) и 4 мл (100 мг).

Пропазин (Propazinum) — нейролептик, близкий по своему действию к аминазину, но менее токсичен и уступает по силе антипсихотического и седативного эффектов. Показания те же, что и у аминазина, но при более легких расстройствах (в том числе, у ослабленных больных, детей и лиц пожилого возраста). Возможные *побочные явления:* те же, что и у аминазина. *Форма выпуска:* таблетки по 0,025 и 0,05; ампулы по 2 мл 2,5% раствора.

Сонапакс (Sonapax) — нейролептик, с мягким антипсихотическим действием и умеренным стимулирующим, тимолептическим и антидепрессивным эффектами. Используется при лечении острой и подострой шизофрении, органических психозах, неврозах и других состояниях. *Противопоказан* при коматозных состояниях, аллергических заболеваниях, глаукоме. *Форма выпуска:* драже по 0,01 и 0,025. Синонимы: *тиоридазин, меллерил*.

Терален (Teralen) — нейролептик, с выраженным седативным и умеренным антипсихотическим действием. Показан при нейровегетативных и психосоматических расстройствах (в том числе, у детей и лиц пожилого возраста). *Противопоказан* при тяжелых заболеваниях печени и почек. *Форма выпуска:* таблетки по 0,005; ампулы по 5 мл 0,5% раствора; капли — 4% раствор.

Тизерцин (Tisercin) — нейролептик, с выраженным и быстрым общеседативным и слабым антидепрессивным эффектом. Используется при психомоторном возбуждении, ажитированных депрессиях, депрессивно-параноидных состояниях. Возможные *побочные явления:* те же, что и при лечении аминазином. *Форма выпуска:* драже по 0,025; ампулы по 1 мл 2,5% раствора. Синонимы: *левопромазин*.

Трифтазин (Triphthazinum) — один из наиболее активных нейролептиков, с выраженным антипсихотическим и умеренным стимулирующим действием. Используется при лечении шизофрении и других психозов (в том числе, алкогольных), протекающих с бредом и галлюцинациями. Возможные *побочные явления:* экстрапирамидные расстройства, вегетативные нарушения, агранулоцитоз, аллергические реакции. *Противопоказан* при заболеваниях печени, почек, декомпенсации сердечной дея-

тельности, беременности. *Форма выпуска:* таблетки по 0,005 и 0,01; ампулы по 1 мл 0,2% раствора. *Синонимы:* трифлюоперазин, стелазин.

Френолон (Phrenolon) — нейролептик, с психостимулирующим и умеренно выраженным антипсихотическим действием. Показан при шизофрении с психомоторной заторможенностью и апатоабулическими расстройствами, а также неврозах (в малых дозах) и неврозоподобных состояниях. Возможные *побочные явления* и *противопоказания* — те же, что и у трифтазина. *Форма выпуска:* таблетки (драже) по 0,005; ампулы по 1 мл 0,5% раствора.

Фторфеназин (Phthorphenazinum) — нейролептик, с выраженным антипсихотическим действием в сочетании с активирующим и, при высоких дозах, общеседативным эффектом. Используется при лечении шизофрении и других психозов. Возможные *побочные явления:* экстрапирамидные расстройства, аллергические реакции, иногда — судорожные проявления. *Противопоказан* при заболеваниях печени, кроветворных органов, декомпенсации сердечной деятельности, беременности. *Форма выпуска:* ампулы по 1 и 2 мл 2,5% масляного раствора. *Синонимы:* флуфеназин, лиородин, модитен.

Этаперазин (Aethaperazinum) — нейролептик, с более активным, чем у амназина, антипсихотическим, миорелаксantным и противорвотным действием (другие эффекты выражены слабее). Используют при шизофрении (особенно, с апатоабулическими расстройствами), других психозах, психопатии, неукротимой рвоте (в том числе, у беременных), икоте. Возможные *побочные явления:* экстрапирамидные расстройства, аллергические и сосудистые реакции. *Противопоказан* при заболеваниях печени, почек, кроветворных органов, эндокардитах. *Форма выпуска:* таблетки по 0,01 и 0,004.

Б. Производные бутирофенона и дифенилбутилпиперидина

Галоперидол — нейролептик с выраженным антипсихотическим, умеренным седативным и противорвотным действием. Используется при лечении различных психических заболеваний с явлениями галлюцинаций, бреда, агрессивности, а также неукротимой рвоте. Возможные *побочные явления:* экстрапирамидные расстройства, бессонница (при передозировке). *Противопоказан* при органических заболеваниях головного мозга, нарушении сердечного ритма, заболеваниях почек. *Форма выпуска:* таблетки по 0,0015 и 0,005; ампулы по 1 мл 0,5% раствора; флаконы по 10 мл 0,2% раствора.

Дроперидол (*Droperidolum*) — нейролептик, отличающийся сильным, быстрым, но непродолжительным действием. Используется в анестезиологической практике и для купирования реактивных состояний. Возможные *побочные явления*: экстрапирамидные расстройства, депрессия с преобладанием чувства страха, гипотония (при передозировке). *Противопоказан* при паркинсонизме, гипотонии. *Форма выпуска*: ампулы по 10 мл 0,25% раствора.

Пимозид (*Pimozidum*) — близок к галоперидолу, но с более продолжительным действием. Используется в амбулаторной практике для поддерживающей терапии. Возможные *побочные явления* и *противопоказания* те же, что и у галоперидола (нельзя назначать беременным). *Форма выпуска*: таблетки по 0,001.

Семап (*Semap*) — аналогичен пимозиду, но с еще более пролонгированным действием. Используется в амбулаторной практике для поддерживающей терапии у больных малопрогредиентной и вялотекущей шизофренией. Возможные *побочные явления* и *противопоказания* те же, что и у галоперидола (нельзя назначать беременным). *Форма выпуска*: таблетки по 0,02.

Триседил (*Trisedyl*) — нейролептик с выраженным антипсихотическим эффектом, оказывает противосудорожное действие. Используется при купировании психомоторного возбуждения, острых маниакальных и галлюцинаторно-бредовых состояний, ажитированной депрессии. Возможные *побочные явления* и *противопоказания* те же, что и у дроперидола. *Форма выпуска*: таблетки по 0,0005; ампулы по 1 мл 0,25% раствора; флаконы по 10 мл 0,1% раствора. Синонимы: *трифлуперидол*

Флуспирилен (*Fluspirilenum*) — близок к галоперидолу, но со значительно более продолжительным (в течение недели) действием. Используется в амбулаторной практике для поддерживающей терапии. Возможные *побочные явления* и *противопоказания* те же, что и у галоперидола. *Форма выпуска*: ампулы по 2 мл (в 1 мл суспензии содержится 0,002 г препарата).

В. Производные тioxантена, индола и нейролептики из других химических групп

Азалептин (*Asaleptinum*) — нейролептик, обладающий сильным антипсихотическим и умеренным седативным действием. Не вызывает экстрапирамидных расстройств. Используется при лечении различных

форм шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, купировании психомоторного возбуждения. Возможные побочные явления: мышечная слабость, сонливость, ортостатическая гипокинезия. Противопоказан при тяжелых заболеваниях печени, почек, кроветворных органов, сердечно-сосудистой системы, острых алкогольных и интоксикационных психозах, эпилепсии, глаукоме, беременности. **Форма выпуска:** таблетки по 0,025 и 0,1; ампулы по 2 мл 2,5% раствора. **Синонимы:** лепонекс, клозапин.

Карбидин (*Carbidinum*) — нейролептик, сочетающий антипсихотический и антидепрессивный эффекты. Используется при лечении различных форм шизофрении, алкогольных психозов, абстинентных состояний. Возможные *побочные явления*: экстрапирамидные расстройства. **Противопоказан** при заболеваниях печени. **Форма выпуска:** таблетки по 0,025; ампулы по 2 мл 1,25% раствора.

Оланзепин (*ziprexca*) — нейролептик с широким спектром действия. Показан для лечения обострений, поддерживающей и длительной противорецидивной терапии больных шизофренией и другими психотическими расстройствами с продуктивной и/или негативной симптоматикой. Терапевтическая доза — от 5 до 20 мг/сут. **Форма выпуска:** таблетки по 2,5; 5; 7,5 и 10 мг.

Рисполепт (*Rispolept*) — атипичный нейролептик, производное бензизоксазола. Используется для лечения различных форм шизофрении. Оказывает терапевтический эффект в отношении как продуктивных, так и негативных симптомов, а также для профилактики рецидивов и в фармакорезистентных случаях. Возможные *побочные явления*: бессонница, тревога, тошнота, запоры, редко — экстрапирамидные расстройства. **Противопоказан** при повышенной чувствительности к препарату. **Форма выпуска:** таблетки по 0,001, 0,002, 0,003 и 0,004 г; флаконы по 30 и 100 мл.

Хлорпротиксен (*Chlorprothixen*) — нейролептик, обладающий антипсихотическим, седативным, антидепрессивным и противорвотным действием. Потенцирует действие снотворных и анльгетиков. Используется при лечении различных психозов, невротических и неврозоподобных состояний с явлениями тревоги, страха, агрессивности. Возможные *побочные явления*: гипотония, тахикардия, редко — экстрапирамидные расстройства. **Противопоказан** при паркинсонизме, отравлении алкоголем и барбитуратами, эпилепсии. **Форма выпуска:** таблетки (драже) по 0,015 и 0,05. **Синонимы:** *труксал*

Эглонил (*Eglonyl*) — нейролептик, обладающий умеренным антипсихотическим, вегетотропным, стимулирующим, тимолептическим и

противорвотным действием. Не вызывает привыкания. Используется при лечении различных психических заболеваний с явлениями апатии (в том числе, у детей и лиц пожилого возраста). Возможные *побочные явления*: расстройства сна, возбуждение, повышение артериального давления. *Противопоказан* при явлениях паркинсонизма, эпилепсии. *Форма выпуска*: капсулы по 0,05; ампулы по 2 мл 5% раствора; флаконы по 200 мл 0,5% раствора (0,025 г в чайной ложке). Синонимы: *сультирид*.

АНТИДЕПРЕССАНТЫ -- препараты, устраняющие проявления депрессии

По химической структуре антидепрессанты подразделяют на:

- трициклические
- четырехциклические
- производные гидразина — ингибиторы МАО
- средства из разных химических групп

А. Трициклические антидепрессанты

Азафен (*Azaphenum*) — антидепрессант с седативным эффектом. Показан при астенодепрессивных и тревожнодепрессивных состояниях. Возможные *побочные явления*: в редких случаях головокружение, тошнота, рвота. *Противопоказано* назначение с ингибиторами МАО. *Форма выпуска*: таблетки по 0,025.

Амитриптилин (*Amitriptylinum*) — по действию близок к мелипрамину, но в отличие от него с седативным эффектом, обладает выраженным антигистаминным и холинолитическим эффектом. Показан при депрессиях различной этиологии. Возможные *побочные явления* те же, что и у мелипрамина, за исключением возбуждения и бессонницы. *Противопоказания* те же, что и у мелипрамина. *Форма выпуска*: таблетки по 0,025; ампулы по 2 мл 1% раствора. Синонимы: *триптизол*.

Анафранил (*Anaphranil*) — высокоактивный антидепрессант. Показан при депрессиях различной этиологии, навязчивых состояниях, фобиях. Возможные *побочные явления* и *противопоказания* те же, что и у мелипрамина. *Форма выпуска*: драже по 0,025; ампулы по 2 мл (0,025 г препарата).

Мелипрамин (*Melipramin*) — антидепрессант со стимулирующим действием. Показан при депрессиях различной этиологии, особенно с явлениями заторможенности. Возможные *побочные явления*: головок-

ружение, потливость, сердцебиение, сухость во рту, нарушение аккомодации, эозинофилия, лейкоцитоз, при передозировке — бессонница, возбуждение. *Противопоказан* при заболеваниях печени, почек, кровеносных органов, сахарном диабете, глаукоме, атеросклерозе, беременности. Не следует назначать с ингибиторами МАО. *Форма выпуска:* таблетки по 0,025; ампулы по 2 мл 1,25% раствора. *Синонимы:* имизин, имипрамин.

Нортриптилин (*Nortriptylin*) — по действию близок к амитриптилину, но с менее выраженным седативным и холинолитическим эффектом. Показан при депрессиях различной этиологии. Возможные *побочные явления:* редко аллергические реакции. *Противопоказано* назначение с ингибиторами МАО. *Форма выпуска:* таблетки по 0,025. *Синонимы:* сенсиван.

Фторацизин (*Phthoracizinum*) — антидепрессант с седативным эффектом, обладает выраженным холинолитическим действием. Показан при депрессиях различной этиологии, может использоваться как корректор экстрапирамидных расстройств. Возможные *побочные явления:* сухость во рту, нарушение аккомодации, задержка мочеиспускания, тошнота, боль в мышцах. *Противопоказан* при глаукоме, аденоме предстательной железы, атонии мочевого пузыря. *Форма выпуска:* таблетки по 0,025; ампулы по 1 мл 1,25% раствора.

Б. Четырехциклические антидепрессанты

Инказан (*Incazanum*) — антидепрессант со стимулирующим эффектом. Показан при депрессиях с заторможенностью, ипохондрической симптоматикой. Возможные *побочные явления* и *противопоказания* те же, что и у пиразидола. *Форма выпуска:* таблетки по 0,025 г. *Синонимы:* метралиндог.

Лудиомил (*Ludiomil*) — по действию близок к амитриптилину, но с менее выраженными побочными явлениями. *Форма выпуска:* драже по 0,01; 0,025 и 0,05; ампулы по 2 мл 1,25% раствора. *Синонимы:* мапротилин.

Миансерин (*Mianserin*) — антидепрессант с широким спектром действия. Показан при соматогенных, эндогенных и психогенных депрессиях (в том числе, лицам пожилого возраста). Возможные *побочные явления:* редко сонливость и слабость. *Противопоказан прием с ингибиторами МАО и средствами угнетающими ЦНС (в том числе, алкоголем).* *Форма выпуска:* таблетки по 0,03 г. *Синонимы:* миансан, леривон.

Пиразидол (*Pirazidolum*) — антидепрессант с широким спектром действия. Показан при депрессиях различной этиологии, обладает как седативным (при тревожных депрессиях), так и стимулирующим (при заторможенных депрессиях) эффектом. Возможные *побочные явления*: тошнота, головокружение, тремор рук, потливость. *Противопоказан* при заболеваниях печени и кроветворных органов, нельзя назначать с ингибиторами МАО. *Форма выпуска*: таблетки по 0,025 и 0,05 г.

В. Производные гидразина (ингибиторы МАО) и антидепрессанты из разных химических групп

Бефол (*Verphol*) — селективный, обратимый ингибитор МАО типа А. Показан при депрессиях различной этиологии, используют в наркологической практике. Возможные *побочные явления*: гипотензия, головная боль. *Противопоказан* при заболеваниях печени, почек, в периоде острой абстиненции, нарушениях мозгового кровообращения. Нельзя сочетать с приемом средств, угнетающих ЦНС. *Форма выпуска*: таблетки по 0,01; ампулы по 2 мл 0,25% раствора.

Герфонал (*Gerphonal*) — антидепрессант с широким спектром действия. Показан при депрессиях различной этиологии, в том числе в климатическом периоде. Эффективен при реактивных депрессиях с психомоторным возбуждением. Не имеет выраженных *побочных явлений*. *Форма выпуска*: драже по 0,025 г.

Иксел (*Ixel*) — антидепрессант активирующего действия из группы селективных ингибиторов обратного захвата моноаминов. Показан при лечении депрессивных расстройств различной степени тяжести у взрослых. Возможные *побочные явления*: головокружение, потливость, тошнота, запоры, дизурия. *Противопоказания*: возраст до 15 лет; одновременный прием неселективных и В-селективных ИМАО, а также суматриптана. *Форма выпуска*: капсулы по 0,025 и 0,05 г.

Ниламид (*Nialamidum*) — ингибитор МАО смешанного действия (типа А и Б). Показан при депрессиях различной этиологии, с явлениями заторможенности. Возможные *побочные явления*: сухость во рту, диспепсические расстройства. *Противопоказан* при заболеваниях печени, почек, декомпенсации сердечной деятельности, нарушениях мозгового кровообращения. Нельзя сочетать с трехциклическими и некоторыми четырехциклическими антидепрессантами, с приемом продуктов, содержащих тиамин (сыр, творог и др.). *Форма выпуска*: таблетки по 0,025 г. Синонимы: *нуредаль*.

Симбалта (Duloxetine) — сбалансированный селективный ингибитор обратного захвата двух нейротрансмиттеров. Показан при депрессиях различной этиологии. Возможные *побочные явления*: тошнота, сухость во рту, головокружение. *Противопоказания*: повышенная чувствительность к препарату; одновременное применение с ингибиторами МАО; некомпенсированная закрытоугольная глаукома. *Форма выпуска*: капсулы по 0,03 и 0,06 г.

Триттико (Trittico) — мягкий антидепрессант широкого спектра. Показан при депрессиях различной этиологии, в том числе у лиц пожилого возраста. Не имеет выраженных *побочных явлений*. *Форма выпуска*: капсулы по 0,025; 0,05 и 0,1; ампулы по 5 мл 1% раствора.

Цефедрин (Cephedrin) — по действию близок к мелипрамину. имеет те же показания и противопоказания. *Форма выпуска*: таблетки по 0,025 г.

А. Производные бензодиазенина

Альпразолам (Alprazolam) — транквилизатор с выраженным анксиолитическим эффектом. Применяют при тревожных и тревожно-депрессивных расстройствах различного (преимущественно, психогенного) генеза. Не имеет выраженных *побочных явлений*. *Противопоказан* при беременности, в период лактации. *Форма выпуска*: таблетки по 0,25; 0,5 и 1 мг. Синонимы: ксанакс.

Медазепам (Medazepam) — дневной транквилизатор, оказывающий седативное, анксиолитическое, противосудорожное и миорелаксантное действие. Применяют при лечении неврозов, алкоголизма и других пограничных расстройств. Возможные *побочные явления*: головокружение, тахикардия, нарушение аккомодации. *Противопоказания* те же, что и у седуксена. *Форма выпуска*: таблетки по 0,01 г. Синонимы: мезапам, нобриум, рудотель.

Нозепам (Nozerpatim) — транквилизатор, оказывающий преимущественно седативное действие. *Показания*, возможные *побочные явления* и *противопоказания* те же, что и у седуксена. *Форма выпуска*: таблетки по 0,01 г. Синонимы: тазепам, оксазепам.

Седуксен (Seduxen) — препарат с выраженным седативным и противосудорожным действием. Потенцирует действие наркотических средств, алкоголя, анальгетиков. Показан при лечении неврозов, психопатий, неврозо- и психопатоподобных состояний, психосоматических расстройств, купировании психомоторного возбуждения. Возможные

побочные явления: мышечная слабость, сонливость, вялость, атаксия, сухость во рту, головокружение. *Противопоказан* при тяжелых заболеваниях печени, почек, миастении и беременности. *Форма выпуска:* таблетки по 0,005; ампулы по 2 мл 0,5% раствора. *Синонимы:* *сибазон, диазепам, реланиум.*

Темазепам (Temazepam) — транквилизатор, с выраженным анксиолитическим и анальгезирующим действием. Применяют при лечении пограничных расстройств с явлениями тревоги, страха, судорожных состояний, бессоницы. Возможные *побочные явления:* головокружение, тошнота, утомляемость, сонливость. *Противопоказания:* беременность, глаукома. *Форма выпуска:* таблетки по 0,01 г. *Синонимы:* *сигнопам.*

Феназепам (Phenazepam) — мощный транквилизатор (по степени седативного действия близок к нейролептикам), обладает анксиолитическим, выраженным противосудорожным, снотворным и миорелаксирующим эффектами. Применяют при лечении пограничных расстройств, эпилепсии, бессоницы. Возможные *побочные явления и противопоказания* те же, что и у седуксена. *Форма выпуска:* таблетки по 0,0005 и 0,001; ампулы по 1 мл 3% раствора.

Хальцион (Halcion) — препарат с выраженным снотворным действием (не выявляет постсомнических расстройств). *Показан* при бессоннице. *Побочные явления* редки (сонливость, головокружение, нарушение координации, атаксия). *Противопоказан* при лактации. *Форма выпуска:* таблетки по 0,25 мг. *Синоним:* *триазолам.*

Элениум (Elenium) — транквилизатор, с менее выраженным чем у седуксена действием. *Показания, возможные побочные явления и противопоказания* те же, что и у седуксена. *Форма выпуска:* таблетки по 0,005; драже по 0,01; ампулы по 0,1 г (в комплекте с дистиллированной водой — 2 мл). *Синонимы:* *хлорзепид, хлордиазепоксид.*

Б. Карбаматы пропандиола и производные дифенилметана

Амизил (Amizylum) — центральный холинолитик, помимо выраженного транквилизирующего, обладает спазмолитическим, антигистаминным, антисеротониновым и анестезирующим эффектами. *Показан* при лечении неврозов, паркинсонизма, купировании экстрапирамидных расстройств. Возможные *побочные явления:* сухость слизистых, тахикардия, мидриаз, диспепсические расстройства, при передозировке — головокружение, эйфория, бессонница, галлюцинации. *Противопоказан* при глаукоме. *Форма выпуска:* таблетки по 0,002 г.

Мепробамат (Meprobatat) — транквилизатор, с менее выраженным чем бензодиазепины действием. *Показания*, возможные *побочные явления* и *противопоказания* те же, что и у седуксена. *Форма выпуска*: таблетки по 0,2 г. Синонимы: *андаксин*.

В. Средства из разных химических групп

Грандаксин (Grandaxinum) — аналогичен седуксену, но не оказывает снотворного, противосудорожного и миорелаксирующего действия. Занимает промежуточное положение между малыми транквилизаторами и психостимуляторами, являясь психоvegetативным регулятором. *Показания* те же, что и у седуксена. Возможные *побочные явления*: аллергические реакции, повышенная возбудимость. *Противопоказан* при беременности. *Форма выпуска*: таблетки по 0,05 г.

Дибунол (Dibunolum) — препарат, сочетающий транквилизирующий, анксиолитический и ноотропный эффекты (обладает свойствами антиоксиданта). Используется при лечении тревожно-ипохондрических, тревожно-астенических и собственно тревожных расстройств. *Показан* при астениях различного (в особенности, цереброгенного) генеза. Отчетливых *побочных явлений* и *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: желатиновые капсулы (1 мл 20% раствора дибунولا в растительном масле).

Имован (Imovane) — препарат с выраженным снотворным действием (не выявляет постсомнических расстройств). *Показан* при бессоннице. *Побочные явления* крайне редки (при приеме — металлический привкус во рту). *Противопоказан* при беременности, лактации. *Форма выпуска*: таблетки по 0,0075 г.

Инсидон (Insidon) — препарат с выраженным седативным действием, обладает анксиолитическим, тимолиптическим и вегетотропным эффектами. Наряду с общими (см. седуксен) *показаниями* применяется в коррекции вегетативных расстройств. Возможные *побочные явления*: сухость во рту, головокружение, легкая утомляемость. Отчетливых *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: драже по 0,05 г.

Мебикар (Mebicarum) — препарат с выраженным седативным действием, без снотворного и миорелаксирующего эффекта. *Показания* те же, что и у седуксена. Возможные *побочные явления*: редко — *аллергические реакции*. Отчетливых *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: таблетки по 0,3 г.

Оксилидин (Oxylidinum) — обладает седативным и гипотензивным эффектами. Имеет общие для транквилизаторов (см. седуксен) *показа-*

ния. Возможные *побочные явления*: кожные сыпи, тошнота, нарушение функции почек. *Противопоказан* при выраженной гипотонии, болезнях почек. *Форма выпуска*: таблетки по 0,02 и 0,05; ампулы по 1 мл 2% и 5% растворов.

Пирроксан (*Pyrroxanum*) — препарат (альфа-адреноблокатор), сочетающий транквилизирующее и вегетотропное действие. Используется при коррекции астено-тревожных состояний, купировании морфинной и алкогольной абстиненции, диэнцефальных и гипертонических кризов. Возможные *побочные явления*: выраженная гипотония, брадикардия, боли в сердце. *Противопоказан* при нарушениях мозгового кровообращения, тяжелом атеросклерозе, сердечно-сосудистой недостаточности. *Форма выпуска*: таблетки по 0,015; ампулы по 1 мл 1% раствора.

Триоксазин (*Trioxazin*) — транквилизирующий препарат, без миорелаксирующего эффекта. Имеет общие для транквилизаторов (см. седуксен) *показания*. Возможные *побочные явления*: сухость во рту, при передозировке — сонливость, слабость, тошнота. Отчетливых *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: таблетки по 0,3 г.

СЕДАТИВНЫЕ СРЕДСТВА — препараты, оказывающие менее выраженное, чем транквилизаторы успокаивающее действие

Седативные средства подразделяют на:

- бромиды
- средства растительного происхождения

А. Бромиды

Бромкамфора (*Bromcamphora*) — оказывает успокаивающее действие, улучшает сердечную деятельность. *Показан* при невротических расстройствах (неврастении), неврозах сердца. Отчетливых *побочных явлений* и *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: таблетки по 0,25 г и порошок.

Калия бромид (*Kalii bromidum*) — оказывает успокаивающее действие. *Показан* при невротических расстройствах (неврастении), повышенной раздражительности. Отчетливых *побочных явлений* и *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: порошок и таблетки по 0,5 г.

Натрия бромид (*Natrii bromidum*) — оказывает успокаивающее действие. *Показан* при невротических расстройствах (неврастении), повышенной раздражительности. Отчетливых *побочных явлений* и про-

тивопоказаний не имеет (иногда, при передозировке, насморк, кашель, кожные высыпания). *Форма выпуска*: порошок и таблетки по 0,5; 3% раствор.

Б. Средства растительного происхождения

Валериана (*Rhizoma cum radicibus Valerianae*) — оказывает успокаивающее и спазмолитическое действие. *Показана* при повышенной возбудимости, невротических расстройствах, бессоннице, неврозах сердца, спазмах желудочно-кишечного тракта. *Отчетливых побочных явлений и противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: настойка во флаконах по 30 мл; густой экстракт; жидкий экстракт для приготовления микстур; таблетки по 0,02 г.

Валоседан (*Valosedan*) — комбинированный препарат (экстракт валерианы, барбитал натрия, настойка хмеля, боярышник, ревеня). Действие аналогично корвалолу. *Показания общие* (см. валериану) для средств данной группы. *Отчетливых побочных явлений и противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: флаконы по 100,0 мл.

Корвалол (*Corvalolum*) — оказывает успокаивающее и спазмолитическое действие, рефлекторно расширяет коронарные сосуды. Наряду с общими *показаниями* (см. валериану) для средств данной группы, используется в начальных стадиях гипертонической болезни. *Отчетливых побочных явлений и противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: флаконы по 15 мл. Синонимы: *валокордин*.

Настойка пиона (*Tinctura Paeoniae*) — оказывает успокаивающее действие. Применяют при неврастении, бессоннице, вегето-сосудистых нарушениях. *Отчетливых побочных явлений и противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: флаконы по 200 мл.

Настойка пустырника (*Tinctura Leonuri*) — оказывает аналогичное валериане действие. Наряду с общими *показаниями* (см. валериану) для средств данной группы, используется в начальных стадиях гипертонической болезни. *Отчетливых побочных явлений и противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: флаконы по 25 мл.

Ново-пассит (*Novo-Passit*) — комбинированный препарат (валериана, хмель, боярышник, зверобой, Melissa, пассифлора, бузина). Наряду с общими *показаниями* (см. валериану) для средств данной группы, используется при климактерических расстройствах. *Возможные побочные явления*: сонливость, мышечная слабость, тошнота. *Противопоказан* при миастении, сонливости. *Форма выпуска*: флаконы по 100,0 мл.

ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ — препараты, оказывающие стимулирующее действие на ЦНС и повышающие физическую и умственную работоспособность (как правило, быстро, но на короткий промежуток времени)

Индопан (Indopan) — обладает психостимулирующим и антидепрессивным эффектом. Используют при астениях (с явлениями заторможенности), депрессиях, вялотекущей шизофрении. Возможные *побочные явления*: бессонница, повышение артериального давления, тахикардия, дерматиты. *Противопоказан* при возбуждении, гипертонии. Нельзя сочетать с ингибиторами МАО. *Форма выпуска*: таблетки по 0,005 и 0,01 г.

Кофеин (Coffeinum) — обладает выраженным психостимулирующим эффектом, повышает умственную и физическую работоспособность, возбуждает дыхательный и сосудодвигательный центры. Используют при угнетении ЦНС, отравлении наркотическими средствами, недостаточности сердечно-сосудистой системы. Возможные *побочные явления*: бессонница, тахикардия, аритмия. *Противопоказания*: повышенная возбудимость, бессонница, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, глаукома. *Форма выпуска*: порошок; таблетки по 0,1 и 0,2; ампулы по 1 и 2 мл 10% и 20% раствора.

Меридил (Meridil) — по психостимулирующему действию уступает фенамину, однако лишен периферического адреномиметического эффекта. Используют для повышения умственной работоспособности, при невротических состояниях с явлениями вялости, апатии. Возможные *побочные явления*: бессонница, повышенная раздражительность (они же являются *противопоказанием* к назначению препарата). *Форма выпуска*: таблетки по 0,01 г. Синонимы: *центедрин*.

Милдронат (Mildronat) — повышает, преимущественно, физическую работоспособность. Используется, как правило, спортсменами. Вызывает привыкание. *Противопоказан* длительный прием. *Форма выпуска*: капсулы по 0,25; ампулы по 5 мл 10% раствора.

Сиднокарб (Sydnocarbum) — сильный психостимулятор, не вызывающий привыкания и не имеющий отчетливой (в отличие от фенамина) периферической симпатомиметической активности. Используют при астениях (с явлениями заторможенности), вялотекущей шизофрении. Возможные *побочные явления*: бессонница, головная боль, повышение артериального давления. *Противопоказан* при бессоннице, гипертонии, атеросклерозе, заболеваниях печени. *Форма выпуска*: таблетки по 0,005 и 0,01 г. Синонимы: *мезокарб*.

Сиднофен (*Sydnophenit*) — аналогичен сиднокарбу, но в отличие от него обладает умеренным антидепрессивным действием. Поэтому, наряду с теми-же показаниями, используется при астено-депрессивных состояниях. *Форма выпуска:* таблетки по 0,005 г.

Фенамин (*Rhenaminum*) — сильный психостимулятор с центральным адрено- и дофаминергическим действием. Снижает явления утомления, потребность во сне, временно повышает работоспособность, уменьшает чувство голода. Используют при переутомлении, астенических и субдепрессивных состояниях. Возможные *побочные явления*: головокружение, бессонница, аритмии, порой парадоксальная реакция (угнетение ЦНС вместо возбуждения), вызывает привыкание. *Противопоказан* при бессоннице, заболеваниях печени, гипертонии, атеросклерозе, сахарном диабете. *Форма выпуска:* таблетки по 0,01 г.

АДАПТОГЕНЫ — препараты, повышающие физическую и умственную работоспособность (как правило, медленно, но на длительное время)

Бемитил (*Bemithyl*) — актопротектор, обладает психоэнергизирующей и антигипоксической активностью, повышает устойчивость организма к физическим нагрузкам, сохраняет и восстанавливает работоспособность. *Показан* при астенических и астеноподобных состояниях. Отчетливых *побочных явлений* не имеет. *Противопоказан* при лихорадочных состояниях. *Форма выпуска:* таблетки по 0,25 г.

Женьшеня настойка (*Tinctura Ginsengi*) — активное тонизирующее средство. *Показан* при переутомлении, астенических состояниях. Отчетливых *побочных явлений* и *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска:* флаконы по 50 мл.

Родиолы экстракт жидкий (*Extractum Rhodiolae fluidum*) — препарат, обладающий мягким стимулирующим действием. *Показан* при переутомлении и астенических состояниях. Из возможных *побочных явлений*: бессонница, головная боль, иногда повышение артериального давления. *Противопоказан* при гипертонии, лихорадочных состояниях. *Форма выпуска:* флаконы по 30 мл. *Экстракт родиолы сухой* — в таблетках по 0,25 г.

Томерзол — актопротектор, с более выраженным, чем у бемитила действием. Используется, преимущественно, при коррекции постинтоксикационных астений. Из *побочных явлений*: болевые ощущения при инъекциях. *Противопоказан* при острых инфекциях, лихорадочных состояниях. *Форма выпуска:* ампулы по 2 мл.

Элеутерококка экстракт жидкий (*Extractum Eleutherococci fluidum*) — активное тонизирующее средство. Показан при переутомлении, астенических состояниях. Отчетливых побочных явлений не имеет. Противопоказан при острых инфекциях, лихорадочных состояниях. Форма выпуска: флаконы по 50 мл; в таблетированной форме (по 0,1 г) выпускается экселекокк.

**НООТРОПЫ, ГАМК-ЕРГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА И ПЕПТИД-
НЫЕ БИОРЕГУЛЯТОРЫ** — препараты, нормализующие метаболические процессы в ЦНС и восстанавливающие нарушенные функции мозга («метаболические психостимуляторы»)

Аминалон (*Aminalonum*) — гамма-аминомасляная кислота. Препарат малотоксичен, с метаболическим, вазоактивным и мягким психостимулирующим действием. Показан при сосудистых и органических поражениях головного мозга, олигофрении. Возможные побочные явления: расстройства сна, диспепсические явления, чувство жара, колебания артериального давления (быстро проходят при снижении дозы). Форма выпуска: таблетки по 0,25 г. Синонимы: гаммалон.

Ацефен (*Acerphenum*) — активизирует обменные процессы в ЦНС, оказывает психостимулирующее действие. Показан при сосудистых, травматических и органических поражениях головного мозга. Препарат хорошо переносится, побочные явления редки. Противопоказан при нейроинфекциях. Форма выпуска: таблетки по 0,1 г.

Глиатилин (*Gliatilin*) — препарат из группы центральных холиномиметиков. Показан в остром периоде черепно-мозговой травмы, при ишемических инсультах, хронической церебральной недостаточности, деменции. Положительно влияет на познавательные процессы и поведенческие реакции, улучшает запоминание и воспроизведение информации. Возможные побочные явления: тошнота. Противопоказан при беременности, лактации. Форма выпуска: капсулы по 0,4 г; ампулы по 4 мл (1 г активного вещества).

Кортексин (*Cortexin*) — пептидный биорегулятор, способствует улучшению интеллектуально-мнестических функций. Используется, преимущественно, при коррекции цереброгенных астений (более эффективен чем пирацетам). Отчетливых побочных явлений и противопоказаний не имеет. Форма выпуска: ампулы по 1 мл (10 мг).

Натрия оксibuтират (*Natrii oxybutyras*) — натриевая соль гамма-аминомасляной кислоты. Хорошо проникает через гематоэнцефалический барьер, обладает отчетливым антигипоксическим и седативным эффектом (в больших дозах вызывает наркоз). В соответствии с этим и

показания. Противопоказан при гипокальемии, миастении. *Форма выпуска:* порошок; ампулы по 10 мл 20% раствора; флаконы — 5% сироп (400 мл) и 66, 7% раствор (37,5 мл).

Пантогам (*Pantoganum*) — аналогичен аминалону и натрия оксibuтирату, с теми-же *показаниями* и *побочными явлениями*. *Форма выпуска:* таблетки по 0,25 и 0,5 г.

Пикамилон (*Picamilonum*) — быстро проникает через гематоэнцефалический барьер и длительно удерживается в тканях организма. *Показан* при астенических состояниях разной этиологии, депрессиях, сенильных психозах. Возможные *побочные явления:* повышенная раздражительность, возбуждение, тревога, головокружение, головная боль, аллергические реакции. *Противопоказан* при заболеваниях почек. *Форма выпуска:* таблетки по 0,02 и 0,05 г.

Пирацетам (*Pyracetatum*) — один из наиболее распространенных ноотропов. *Показан* при интоксикационных, сосудистых, травматических и органических поражениях головного мозга. Возможные *побочные явления:* повышенная раздражительность, расстройства сна, диспепсические явления, обострение коронарной недостаточности (у лиц пожилого возраста). *Противопоказан* при заболеваниях почек, беременности. *Форма выпуска:* таблетки по 0,2; капсулы по 0,4; ампулы по 5 мл 20% раствора. *Синонимы:* ноотропил.

Пиридитол (*Pyriditolum*) — аналогичен пирацетаму, с теми-же *показаниями* и *побочными явлениями*. *Противопоказан* при психомоторном возбуждении, судорожных состояниях, эпилепсии. *Форма выпуска:* таблетки по 0,05 и 0,1; для детей «энцефабол» в виде сиропа по 200 мл (в 5 мл — 0,1 г препарата). *Синонимы:* пиритинол, энцефабол.

Тимоген (*Timogen*) — пептидный биорегулятор, способствует редукции астенических, неврозоподобных и сомато-вегетативных нарушений. *Отчетливых побочных явлений и противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска:* ампулы по 1 мл (10 мг).

Фенибут (*Phenibutum*) — гамкергическое средство, обладает транквилизирующей активностью, без противосудорожного и миорелаксирующего компонентов. *Показан* при невротических и других состояниях сопровождающихся тревогой, страхом, повышенной раздражительностью, расстройствами сна. Из *побочных явлений* может отмечаться сонливость. *Форма выпуска:* таблетки по 0,25 г.

Церебролизин (*Cerebrolysinum*) — препарат, содержащий 18 незаменимых аминокислот. *Показания и побочные явления* те же, что у аминалона. *Форма выпуска:* ампулы по 1 мл 5% раствора.

Эпиталамин (*Epitalamin*) — пептидный биорегулятор, способствует редукции астенических, неврозоподобных и сомато-вегетативных нарушений. Отчетливых *побочных явлений* и *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: ампулы по 1 мл (10 мг).

СОЛИ ЛИТИЯ — препараты, предупреждающие возникновение мании и депрессии (при маниакально-депрессивных и шизофренических психозах), а также оказывающие лечебный эффект при маниях

Лития карбонат (*Lithii carbonas*) — оказывает выраженное антимааниакальное действие. Возможные *побочные явления*: диспепсические явления, мышечная слабость, адинамия, жажда, тремор. *Противопоказан* при заболеваниях почек, щитовидной железы, декомпенсации сердечной деятельности, язвенной болезни. *Форма выпуска*: таблетки по 0,3 г.

Лития оксибутират (*Lithii oxybutyras*) — в отличие от лития карбоната оказывает более выраженное седативное действие, обладает меньшей токсичностью и более высокой активностью. *Показания, побочные явления и противопоказания* те же, что и у лития карбоната. *Форма выпуска*: таблетки по 0,5 г и ампулы по 2 мл 20% раствора.

Микалит (*Micalitum*) — пролонгированная лекарственная форма лития карбоната. *Показания, побочные явления и противопоказания* те же, что и у лития карбоната. *Форма выпуска*: капсулы (0,4 г лития карбоната).

Приложение 4

Перечень основных учебников, справочников и руководств по психиатрии (изданных на русском языке)

- Авербух Е.С., Авербух И.Е.** Краткое руководство по психиатрии. — Л.: Медицина, 1973. — 200 с.
- Александровский Ю.А.** Пограничные психические расстройства / Руководство для врачей. — Изд. 2-е. — М.: Феникс, 1997. — 571 с.
- Балинский И.М.** Лекции по психиатрии / Под ред. Бондарева Н.И. и Тимофеева Н.Н. — Л.: Медгиз, 1958. — 216 с.
- Банников В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф.** Методическое пособие по психиатрии. — М., 1965. — 51 с.
- Банников В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф.** Практическое руководство по психиатрии. — М., 1966. — 194 с.
- Банников В.М., Невзорова Т.А.** Психиатрия. — М.: Медицина, 1969. — 344 с.
- Барабаш В.И., Богаченко В.П., Иванов Ф.И.** Пособие к практическим занятиям по психиатрии / Под ред. профессор Портнова А.А. — Л., 1965. — 32 с.
- Барсук А.Л.** Краткое руководство по психиатрии. Для участковых врачей / Под ред. профессор Зиновьева П.М. — М., 1949. — 312 с.
- Барсук А.Л.** Краткое руководство по психиатрии для участковых врачей / Под ред. профессор Гуревича М.О. и Бергера И.А. — М., 1941. — 178 с.
- Беляков С.А.** Элементарный курс психиатрии. — Самара, 1908. — 355 с.
- Бернштейн А.Н.** Клинические лекции о душевных болезнях / Записал С.И. Заидер. Под ред. и с доп. авт. — М.: Саблии, 1912. — 332 с.
- Бехтерев В.М.** Классификация душевных болезней. — Казань, 1891. — 60 с.
- Бинсвангер и Зиммерлинг.** Учебник психиатрии / Пер. с нем. — СПб., 1908. — 423 с.
- Блейлер Э.** Руководство по психиатрии / Пер. с нем. — М.: Изд-во независ. психиатр. ассоц., 1993. — 542 с.
- Блейхер В.М.** Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: Словарь — Киев: Вища школа, 1984. — 488 с.
- Блейхер В.М., Крук И.В.** Толковый словарь психиатрических терминов: в 2-х т. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1996 (т. 1. — 480 с.; т. 2. — 448 с.).
- Блуменау Л.В.** Мозг человека. Анатомо-физиологическое введение в клинику нервных и душевных болезней. — Л.-М.: Госиздат, 1925. — 370 с.

- Бондарев Н.И.** Краткое руководство по психиатрии и уходу за душевно-больными. — Л.: Военвестник, 1928. — 86 с.
- Бондарев Н.И.** Методика психиатрического исследования / Пособие для слушателей. — Л., 1943. — 46 с.
- Буматов П.Н., Степанов Н.И.** Краткий учебник нервных и душевных болезней. — Пг.: Риккер, 1917. — 169 с. (Пред. изд.: 1902, 1909, 1912 гг.).
- Бухановский А.О.** Общая психопатология: Пособие для врачей / А.О. Бухановский, Ю.А. Кутявин, М.Е. Литвак — 2-е изд. перераб. и доп. — Ростов н/Д.: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2000. — 416 с.: ил.
- Виндштейн Ф., Фукс В.** Профилактика нервных болезней и психиатрии / Пер. с нем. — СПб.: Практ. медицина, 1902. — 90 с.
- Виноградов Н.В.** Лекции по психиатрии. — Минск: Беларусь, 1963. — 188 с.
- Воениная психиатрия** / Под ред. профессор Иванова Ф.И. — Л., 1974. — 424 с.
- Воениная психиатрия** / Под ред. С.В. Литвинцева, В.К. Шамрея. — СПб.: ВмедА, ЭЛБИ-СПб., 2001. — 336 с.
- Войтенко Р.М.** Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и психологов. — СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002. — 256 с.
- Воробьев В.В.** Повторительный курс по психиатрии. — Киев. Тип. Милельского, 1891. — 113 с.
- Вудс Ш.** Психиатрия в вопросах и ответах. — СПб: Питер Ком, 1998. — 320 с.
- Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р.** Оксфордское руководство по психиатрии: в 2-х т. — К.: Сфера, 1999. (т. 1. — 300 с., т. 2. — 436 с.).
- Гиляровский В.А.** Психиатрия / Руководство для врачей и студентов. — М.: Медгиз, 1954. — 520 с. (Пред. изд.: 1931, 1935, 1938 гг.)
- Гризингер В.** Душевные болезни. Для врачей и учащихся / Пер. с нем. — СПб., 1881. — 558 с. (Пред. изд.: 1867 г.).
- Гуревич М.О.** Психопатология детского возраста. — М., 1932. — 150 с.
- Гуревич М.О., Серейский М.Я.** Учебник психиатрии. — М.: Медгиз, 1946. — 440 с. (Пред. изд.: 1928, 1931, 1932, 1937, 1940 гг.).
- Гуревич М.О.** Психиатрия / Учебник для медицинских институтов. — М.: Медгиз, 1949. — 502 с.
- Гуськов В.С.** Терминологический словарь психиатра / Под ред. Плессо Г.И. — М.: Медицина, 1965. — 219 с.
- Детенгоф Ф.Ф.** Учебное пособие по психиатрии / Для медицинских институтов. — Ташкент: Медицина, 1969. — 246 с.
- Жариков Н.М., Ильин В.И., Логинова М.С.** Учебное пособие по психиатрии для студентов: Симптомы, синдромы, болезни. — М.: И ММИ, 1978. — 57 с.
- Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф.** Судебная психиатрия. — М.: Издат. группа ИНФРА — Норма, 1997. — 425 с.

- Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Ф.** Психиатрия. — М.: Медицина, 1989. — 495 с.
- Жмуров В.А.** Психопатология: в 2-х частях / Учебное пособие. — Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1994. (ч.1. — 240 с., ч.2. — 304 с.).
- Завилянский И.Я., Блейхер В.М.** Психиатрический диагноз. — Киев: Вища школа, 1979. — 200 с.
- Зейгарник Б.В.** Патопсихология. — М.: Изд-во МГУ, 1976. — 237 с.
- Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж.** Клиническая психиатрия. Из синописа по психиатрии: в 2-х т. / Пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. (т. 1. — 670 с., т. 2. — 522 с.)
- Карвасарский Б.Д.** Психотерапия. — М.: Медицина, 1985. — 303 с.
- Кербиков О.В.** Лекции по психиатрии / Избр. главы. — М.: Медгиз, 1955. — 240 с.
- Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В.** Психиатрия: Учебник для медицинских институтов. — Л.: Медицина, 1968. — 448 с.
- Кербиков О.В., Озерский Н.И., Попов Е.А., Снежневский А.В.** Учебник психиатрии. — Л.: Медгиз, 1958. — 367 с.
- Кирпиченко А.А., Лапицкий А.И., Федосеенко В.С.** Пособие по психиатрии / С элементами программированного обучения. — Минск: Вышэйш. школа, 1976. — 68 с.
- Кирпиченко А.А.** Психиатрия / Учебник для медицинских институтов. — Минск: Вышэйш. школа, 1989. — 380 с.
- Кирпиченко А.А.** Психиатрия / Учебное пособие для медицинских институтов. — Минск: Вышэйш. школа, 1984. — 240 с.
- Клиническая психиатрия:** Справочное пособие / Под ред. Бачерикова Н.Е. — Киев: Здоровья, 1989. — 508 с.
- Клиническая психиатрия:** в 2-х т. / Пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. — 1200 с.
- Клоустон Т.** Клинические лекции по душевным болезням / Пер. с англ. — СПб., 1885. — 672 с.
- Ковалев В.В.** Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1979. — 608 с.
- Ковалевский П.И.** Душевные болезни. Курс психиатрии для врачей и юристов: в 2-х т. — СПб., 1905. (т.1. — 298 с., т.2. — 299-656 с.). (Пред. изд.: 1880, 1882, 1885, 1886 гг.).
- Коркина М.В., Цивилько М.А., Коссова Е.А.** Практикум по психиатрии. — М., 1973. — 143 с.
- Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е.** Психиатрия: Учебник. — М.: Медицина, 1995. — 608 с.
- Корсаков С.С.** Курс психиатрии: в 2-х т. — М., 1913. (т.1. — 523 с., т.2. — 342 с.). (Пред. изд.: 1891, 1893, 1901 гг.).
- Крафт-Эбинг Р.** Учебник психиатрии / Пер. с нем. — СПб.: Риккер, 1897. — 889 с. (Пред. изд.: 1881, 1882, 1890 гг.).

- Крепелин Э.** Введение в психиатрическую клинику / Пер. с нем. — М., 1923. — 458 с. (Пред. изд.: 1902 г.).
- Крепелин Э.** Психиатрия: Учебник для студентов и врачей / Пер с нем.: в 2-х ч. — СПб., 1898 (ч.1. — 293 с., ч.2. — 503 с.).
- Лекции по клинической наркологии** / Под ред. Иванца Н.Н. — М., 1995. — 314 с.
- Лурия А.Р.** Основы нейропсихологии. — М.: Изд-во МГУ, 1973. — 374 с.
- Матвеев В.Ф.** Учебное пособие по психиатрии / Для стоматол. фак-тов медицинских институтов. — М.: Медицина, 1975. — 352 с.
- Меграбян А.А.** Общая психопатология. — М.: Медицина, 1972. — 285 с.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр).** Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. — СПб.: Оверлайд, 1994. — 300 с.
- Менделевич В.Д.** Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство для врачей и студентов. — М.: ТОО «Техлит»; Медицина, 1997. — 496 с.
- Менделевич В.Д.** Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. — М.: «МЕДпресс», 1999. — 592 с.
- Мендель Э.** Краткое руководство к психиатрии / Пер. с нем. — СПб., 1904. — 256 с.
- Муратов В.А.** Клинические лекции по нервным и душевным болезням: в 2-х т. — М., Карцев, 1899–1900.
- Мясищев В.Н.** Личность и неврозы. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. — 425 с.
- Невзорова Т.А.** Лекции по психиатрии. — М.: Медицина, 1976. — 382 с.
- Носачев Г.Н., Романов В.В., Носачев И.Г.** Семиотика и диагностика психических и наркологических заболеваний в схемах, таблицах и комментариях к ним. — Самара, 2002. — 515 с.
- Осипов В.П.** Курс общего учения о душевных болезнях. — Берлин: Госиздат РСФСР, 1923. — 704 с. (Пред. изд.: 1917 г.).
- Осипов В.П.** Руководство по психиатрии. — М.-Л.: Госиздат, 1931. — 596 с.
- Портнов А.А., Федотов Д.Д.** Психиатрия: Учебник для медицинских институтов. — М.: Медицина, 1971. — 471 с. (Пред. изд.: 1960, 1965 гг.).
- Практический справочник врача-психиатра** / Под ред. Воронкова Г.Л., Видренко А.Е. — Киев: Здоровья, 1981. — 190 с.
- Психиатрия.** Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов / под ред. В.П. Самохвалова. — Ростов н/Д.: «Феникс», 2002. — 576 с.
- Психиатрия.** / Под ред. Шейдера Р. / Пер. с англ. — М., Практика, 1998. — 485 с.
- Пятницкая И.Н.** Наркомании. — М.: Медицина, 1994. — 541 с.
- Ранняя диагностика психических заболеваний** / Под общ. ред. Блейхера В.М., Воронкова Г.Л., Иваиова Вл. — Киев: Здоровья, 1989. — 288 с.
- Рубинштейн С.Л.** Основы общей психологии. — М., 1946. — 704 с.

- Руководство по психиатрии:** в 2-х т./ Под ред. Морозова Г.В. — М.: Медицина, 1988 (т. 1. — 639 с., т.2. — 640 с.).
- Руководство по психиатрии:** в 2-х т./ Под ред. Снежневского А.В. — М.: Медицина, 1983 (т.1. — 480 с., т.2. — 544 с.).
- Руководство по психиатрии:** в 2-х т./ Под ред. Тиганова А.С. — М.: Медицина, 1999 (т. 1. — 712 с., т. 2. — 784 с.).
- Руководство по психотерапии** / Под ред. Рожиова В.Е. — Ташкент: Медицина, 1985. — 720 с.
- Рыбаков Ф.Е.** Душевные болезни. — М., 1916. — 486 с.
- Саарма Ю.М., Мехилане Л.С.** Психиатрическая синдромология: Учебное пособие. — Тарту: ТГУ, 1980. — 80 с. (Пред. изд.: 1977 г.).
- Семке В.Я.** Превентивная психиатрия — Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. — 403 с.
- Сербский В.** Психиатрия: Руководство к изучению душевных болезней. — М., 1912. — 654 с. (Пред. изд.: 1906 г.).
- Серейский М.Я., Гуреев М.О.** Учебник психиатрии. — М.-Л., 1937.
- Сикорский И.А.** Основы теоретической и клинической психиатрии. С кратким очерком судебной психологии. — Киев, 1910. — 702 с.
- Сметанников П.Г.** Психиатрия: Краткое руководство для врачей. — СПб.: Изд-во СПбМАПО, 1994. — 304 с.
- Снежневский А.В.** Общая психопатология: Курс лекций. — Валдай, 1970. — 190 с.
- Сорокина Т.Т., Гайдук Ф.М., Евсегнеев Р.А.** Практическое пособие по психиатрии. — Минск: Вышэйш. школа, 1991. — 198 с.
- Справочник врача-психиатра** / Под ред. Воронкова Г.Л. и др. — Киев: Здоровья, 1990. — 351 с.
- Справочник невропатолога и психиатра** / Под общ. ред. Гращенкова Н.И. и Снежневского А.В. — М.: Медицина, 1969. — 508 с. (Пред. изд.: 1965, 1968 гг.).
- Справочник по психиатрии** / Под ред. Снежневского А.В. — М.: Медицина, 1985. — 414 с. (Пред. изд.: 1974 г.).
- Стрельчук И.В.** Клиника и лечение наркоманий. — Изд-е 2-е. — М.: Медгиз, 1949. — 229 с.
- Словарь психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов** / Пер. с англ. — Т.1. — М.: Медицина, 1991. — 79 с.
- Суханов С.А.** Душевные болезни: Руководство по частной психопатологии для врачей, юристов и учащихся. — СПб.: Медицина, 1904. — 345 с.
- Суханов С.А.** Семиотика и диагностика душевных болезней: в 3-х ч. — М., 1904–1905 (ч. 1. — 175 с., ч.2. — 180 с., ч. 3. — 206 с.).
- Сухарева Г.Е.** Клинические лекции по психиатрии детского возраста. в 2-х т. — М.: Медгиз, 1955–1959 (т. 1. — 459 с., т. 2. — 406 с.). (Пред. изд.: 1940 г.).
- Фреге А.У.** Краткий курс психиатрии. — Вып. 1–2. — СПб.: Риккер, 1881 (вып.1. — 208 с., вып.2. — 209–351 с.).

- Фрумкин Я.П.** Краткая дифференциальная диагностика некоторых психических заболеваний. — Киев: Медгиз, 1950. — 198 с.
- Фрумкин Я.П., Воронков Г.Л., Шевчук И.Д.** Психиатрия: Таблицы и схемы. — Киев: Вища школа, 1977. — 79 с.
- Циген Т.** Руководство к психиатрии: Для врачей и студентов / Пер. с нем. — СПб.: Гл. воен.-медицинское упр., 1897. — 522 с.
- Чиж В.Ф.** Учебник психиатрии. — Пг. — Киев: Сотрудник, 1911. — 345 с.
- Чистович А.С.** Пособие по психиатрии / Избранные главы. — Л., 1954. — 239 с.
- Чудновский В.С., Чистяков Н.Ф.** Основы психиатрии. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1997. — 448 с.
- Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю.** Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. Изд. 2-е, перераб. и доп. / Под ред. А.Я. Гриненко. — СПб.: Издательство «Лань», 2001. — 464 с.
- Шамрей В.К., Рустанович А.В.** Атлас военной психиатрии — СПб., ВМедА, 2003. — 350 с.
- Штернберг Э.Я.** Геронтологическая психиатрия. — М.: Медицина, 1977. — 216 с.
- Штромайер В.** Лекции по психопатологии детского возраста для врачей и педагогов / Пер. с нем. — М., 1913. — 478 с.
- Штромайер В.** Психопатология детского возраста. Лекции для врачей и педагогов / Пер. с нем. — М.-Л.: Госиздат, 1926. — 220 с.
- Шюле Г.** Руководство к душевным болезням / Пер. с нем. — Харьков, 1880. — 639 с.
- Щербак А.Е.** Клинические лекции по нервным и душевным болезням. — Варшава, 1901. — 664 с.
- Эрлицкий А.Ф.** Клинические лекции по душевным болезням. — СПб.: Петров, 1896. — 421 с.
- Юдин Т.И.** Очерки истории отечественной психиатрии. — М.: Медгиз, 1951. — 479 с.
- Якубович И.** Заметки из психиатрии. — Б.И., 1867. — 302 с.
- Ясперс К.** Общая психопатология / Пер. с нем. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
- Якубович И.** Заметки из психиатрии. — Б.И., 1867. — 302 с.
- Ясперс К.** Общая психопатология / Пер. с нем. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
ВВЕДЕНИЕ	5
Часть I. ОБЩАЯ ПСИХИАТРИЯ	7
Раздел 1. Основные понятия. Этапы развития	9
Раздел 2. Симптомы психических расстройств	17
Раздел 3. Основные психопатологические синдромы	26
Раздел 4. Этиология и патогенез психических заболеваний	41
Раздел 5. Диагностика психических расстройств	45
Раздел 6. Основы терапии психических расстройств	62
Часть II. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	79
Часть III. ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ	90
Раздел 1. Эндогенные психические заболевания	92
Раздел 2. Эндогенно-органические заболевания	106
Раздел 3. Экзогенно-органические заболевания	109
Раздел 4. Экзогенные психические нарушения	111
Раздел 5. Психогенные заболевания	127
Раздел 6. Патологии психического развития	138
ЧАСТЬ IV. ОСНОВЫ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ	156
Раздел 1. Избранные вопросы психиатрии катастроф	157
Раздел 2. Отдельные аспекты судебной психиатрии	163
Раздел 3. Военно-врачебная экспертиза при психических расстройствах	166
ПРИЛОЖЕНИЯ	171

Рустанович А.В., Шамрей В.К.
Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках
Издание 3-е дополненное и переработанное

Верстка: Филоsoфова Л.А.

Отпечатано в ООО «Каскад»
197101, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 19., пом. 3Н

ИД № 01520 от 14.04.00
Издательство «ЭЛБИ-СПб»
195197, г. С.Петербург, Лабораторный пр. 23, 162-5784, an@elbi.spb.su

Подписано в печать 15.12.2005 г. Формат 60 x 88 ¹/₁₆. Печать офсетная Бумага офсетная
Гарнитура «Петербург»,
Объем. 13,5 п.л. Заказ № 3912.