

Основные синдромы психических заболеваний



Психиатрия
слушает.

Психиатрия

Психиатрия в глазах непосвященных часто предстает (не без помощи средств массовой информации) загадочным и страшноватым разделом медицины. О ее пациентах бытует представление как о безнадежно больных людях, которые, заболев однажды психическим заболеванием, никогда не смогут вылечиться. Попробуем разобраться в этих вопросах.

Если пациент угрожает

Если пациент угрожает врачу с требованием дать немедленное решение настоящей проблемы, лучшим ответом врача будет:

- А. Попросить коллегу присоединиться во время интервью.
- В. Попытаться перевести внимание пациента на другую тему.
- С. Заверить пациента что врач проведет нужное лечение.
- Д. Обсудить с пациентом невозможность излечения всех клинических заболеваний.
- Е. Информировать пациента о том, что врач нашел необходимым перевести его на лечение к другому врачу.

Диагностика в психиатрии

- *В процессе психиатрической диагностики врач опирается на идентификацию симптомов (знаков) заболевания. Именно с определения отдельных признаков болезни начинается психиатрическая диагностика. При этом идентифицируется отношение данного симптома к тому или иному синдрому и к нозологической форме заболевания*

Симптомы и синдромы

Однако отдельные симптомы не несут достаточной информации для постановки психиатрического диагноза. Только анализ целого ряда признаков болезни, сходных между собой по клинической картине, т. е. выделение синдромов заболевания, позволяет определить клинические границы того или иного процесса.

Синдромальный диагноз более точен, чем симптоматический. Синдром отражает деятельность целой функциональной системы и, как правило, тесно связан с другими синдромами.

Диагностика

Установление диагноза является завершающим этапом психиатрической диагностики, которая осуществляется на основании комплексного анализа психопатологической симптоматики, индивидуальных особенностей личности, данных объективного и субъективного анамнеза, динамики болезни и результатов параклинических исследований.

Психическое состояние

Суждение о психическом состоянии складывается из анализа типологии и структуры поведения, речи, результатов опроса и тестирования пациента с помощью психологических тестов.

Собственно психический статус представляет описание психических функций (сознание, личность, восприятие, мышление, память, моторика, воля, эмоции, интеллект) и их отражение в поведении.

Метод клинического наблюдения

Многообразии клинических проявлений различных психических заболеваний нередко создает исключительные трудности при определении нозологической принадлежности той или иной психопатологической симптоматики. В этом случае врач использует важнейший метод диагностики психических болезней – метод клинического наблюдения. Врач должен видеть больного, слушать, исследовать его.

К сожалению, в психиатрии в отличие от других медицинских областей меньше возможностей для применения инструментальной техники, позволяющей непосредственно изучать пораженный патологическим процессом орган – мозг. Поэтому в психиатрии основным методом исследования

Общая психопатология

1. Расстройства восприятия

Восприятие – психический процесс отражения предметов и явлений в целом, в совокупности их свойств. Не зависит от воли индивидуума.

Расстройства восприятия

Иллюзии – ошибочное восприятие реально существующих предметов и событий.

Галлюцинации – расстройство восприятия в виде образов и представлений, возникающих без реального объекта.

Расстройства восприятия

По анализаторам (по модальностям) выделяют следующие типы галлюцинаций.

Зрительные галлюцинации.

Слуховые (вербальные) галлюцинации.

По содержанию выделяют:

- 1) императивные, или приказывающие, галлюцинации;
- 2) комментирующие (мнимый собеседник комментирует действия и мысли больного);
угрожающие, оскорбляющие;
- 3) антагонистические (противоположное по смыслу содержание – то обвиняющие, то защищающие).



Расстройства восприятия

Тактильные (осязательные)

галлюцинации носят предметный характер, больной четко описывает свои ощущения: «паутина на лице», «ползание насекомых».

Вкусовые галлюцинации – чувство в ротовой полости непривычных вкусовых ощущений, обычно неприятных, не связанных с приемом пищи. Нередко являются причиной отказа больного от еды.

Расстройства восприятия

Обонятельные галлюцинации – мнимое восприятие запахов, исходящих от предметов или от собственного тела, чаще неприятного характера

Расстройства восприятия

Гипнагогические галлюцинации – чаще всего зрительные галлюцинации.

Появляются при закрытии глаз в покое, предшествуют засыпанию.

Гипнапомпические галлюцинации – то же самое, но при пробуждении.

Расстройства восприятия

Дереализационный синдром. Ведущим симптомом является отчужденное и искаженное восприятие окружающего мира в целом. При этом возможны нарушения восприятия темпа времени (время течет быстрее или медленнее), цвета (все в серых тонах или наоборот яркое), искаженное восприятие окружающего пространства.

Расстройства восприятия

Деперсонализационный синдром

выражается в нарушении самосознания, искаженном восприятии собственной личности и отчуждении отдельных физиологических или психических проявлений.

Расстройства восприятия

Ощущение измененности собственного «я», раздвоенности, другому реагирующей на окружающее.

Потеря высших эмоций, неудовольствие, радость, любовь, способности чувствовать, переживать. Характерны жалобы на мучительное бесчувствие.

Больные сосредоточены на своих переживаниях, выявляется обилие жалоб на затрудненность мыслительной деятельности, трудность концентрации внимания.

Характерны изменения восприятия внутренних органов, отчуждение восприятия отдельных процессов с утратой их чувственной яркости. Отсутствие удовлетворения от мочеиспускания, дефекации, приема пищи, полового акта.

Ощущения диспропорции тела и конечностей, «неправильного расположения» рук или ног. Под контролем зрения явления исчезают. Например, у больного постоянно возникает ощущение громадности пальцев рук. Но при взгляде на руки эти ощущения

2. Расстройства мышления

Мышление – это функция познания, с помощью которой человек анализирует, связывает, обобщает, классифицирует.

Расстройства мышления

Ускоренный темп– мышление носит поверхностный характер, мысли текут быстро, легко сменяют друг друга. Характерна повышенная отвлекаемость, больные постоянно перескакивают на другие темы. Речь ускоренная, громкая. Больные не соотносят силу голоса с обстановкой. Высказывания перемежаются стихотворными фразами, пением. Ассоциации между мыслями поверхностные, но все-таки они понятны.

Расстройства мышления

Наиболее выраженная степень ускоренного мышления – **скачка идей**. Мыслей так много, что больной не успевает их проговорить, характерны незаконченные фразы, речь захлеб. Необходимо дифференцировать с разорванным мышлением, при котором ассоциации полностью отсутствуют, темп речи остается обычным, нет характерной эмоциональной насыщенности. Ускоренный темп мышления характерен для маниакального синдрома и для опьянения стимуляторами.

Расстройства мышления

Blocking – обрывы мыслей, «закупорка мышления», больной внезапно теряет мысль. Чаще всего переживания субъективные и в речи могут быть не заметны. В тяжелых случаях – внезапное прекращение речи.

Расстройства мышления

Соскальзывающее мышление (derailment)– отклонение, соскальзывание рассуждений на побочные мысли, нить рассуждений теряется.

Разорванность мышления. При данном расстройстве наблюдается утрата логических связей между отдельными мыслями. Речь становится непонятной, грамматический строй речи сохраняется.

Для **бессвязного (инкогерентного) мышления** характерна полная утрата логических связей между отдельными короткими высказываниями и отдельными словами (словесная крошка), речь теряет грамматическую правильность.

Расстройства мышления

Персеверативное мышление – застревание в сознании одной мысли или представления. Характерно повторение одного ответа на разные последующие вопросы.

Вербигерация – характерное нарушение речи в виде повторения слов или окончаний с их рифмованием.

Патологическая обстоятельность мышления. В высказываниях и рассуждениях присутствует чрезмерная детализация. Больной «застревает» на обстоятельствах, ненужных деталях, тема рассуждений не теряется.

Расстройства смыслового содержания ассоциативного процесса

Сверхценные идеи – мысли, тесно спаянные с личностью больного, определяющие его поведение, имеющие основу в реальной ситуации, вытекающие из нее. Критика к ним ущербна, неполна. По содержанию выделяют сверхценные идеи ревности, изобретательства, реформаторства, личного превосходства, сутяжного, ипохондрического содержания.

Интересы больных суживаются до сверхценных идей, которые занимают доминирующее положение в сознании.

Расстройства смыслового содержания

Бредовые идеи – ложные умозаключения, возникающие на болезненной основе, больной к ним не критичен, не поддается разубеждению. Содержание бредовых идей определяет поведение больного.

Бредовые идеи

В зависимости от содержания бредовых идей выделяют несколько характерных разновидностей бреда.

При **бреду преследования** больной убежден, что группа лиц или один какой-то человек преследуют его. Больные социально опасны, потому что сами начинают преследовать подозреваемых лиц, круг которых постоянно растет.

Бред отношения – больные убеждены, что окружающие изменили к ним свое отношение, стали враждебны, подозрительны, постоянно на что-то намекают, больные считают, все происходящее вокруг носит определенный смысл. что специально для них подбираются телепередачи,

Бредовые идеи величия. Бред величия включает в себя группу различных бредовых идей, которые могут сочетаться у одного и того же больного: больной утверждает, что наделен особыми способностями, властью, убеждение в свершении великого открытия; убежденность больных в том что они потомки великих

Бредовые идеи

Бред самообвинения (убеждают, что грешники).

Нигилистический бред– больные убеждены, что у них нет внутренних органов, нет возможности благополучного функционирования органов, больные считают себя живыми трупами.

Ипохондрический бред – больные убеждены в наличии у них какого-либо физического заболевания.

Бред ревности.

Расстройства речевого общения

Мутизм – немота, отсутствие словесного общения при сохранности речевого аппарата. Может носить избирательный характер (проявляться в отношении отдельных тем, ситуаций, лиц).

Неологизм – характеризуется новыми словами, придуманными больными, непонятными окружающим.

Словотворчество может доходить до создания собственного языка

Расстройства речевого общения

Эхолалия– повторение отдельных слов и фраз, услышанных от окружающих, повторение заданных вопросов.

часто сочетается с эхопраксией – повторением поз и жестов окружающих.

Кататонические синдромы

протекают с преобладанием двигательных нарушений - ступора или возбуждения, нередко сменяющих друг друга. Чаще всего наблюдаются при шизофрении, но могут также возникать при органических психозах.

Кататонический ступор проявляется обездвиженностью, повышением мышечного тонуса, полным молчанием (мутизм). В одних случаях больной долго сохраняет приданное ему положение (восковая гибкость), в других всякая попытка изменить позу больного вызывает его резкое сопротивление (негативизм), при этом иногда больной сопротивляется попыткам накормить его.

Кататоническое возбуждение - нелепое, дурашливое поведение; выражается кривляньем, гримасничаньем, немотивированным смехом, бессмысленными стереотипными движениями, повторением слов и движений окружающих. Больные импульсивны, агрессивны, легко впадают в состояние ярости, внезапно вскакивают, стремятся ударить.



20 век-век шизофрении

В каждый исторический период, каждая культура выбирает болезнь, которая представит собой символическое отображение основных, глубинных страхов человека – умереть и потерять рассудок. И затем, само название такой болезни, становится в обыденной речи понятием безумия, душевной болезни вообще.

XX век, с точки зрения культурной истории умопомешательства, - это век шизофрении

Шизофрения

В общественном сознании психические заболевания, а особенно шизофрения, часто окутываются мифами и предрассудками, еще больше мифов создано вокруг психиатров и их деятельности. Психически больных боятся, считают «одержимыми» и вместо того, чтобы вовремя обратиться к врачу, родственники пациентов охотней прибегают к нетрадиционной медицине или оккультизму, к психиатру же идти зачастую боятся или не считают нужным.

Шизофрения

– болезнь, относительно которой мнения исследователей, врачей, а также публицистов, писателей, режиссеров кино, а также политиков и т. д. существенно разнятся, но она привлекает к себе пристальный интерес.

Несмотря на значительные прилагаемые усилия, до сих пор остается не до конца ясным вопрос об этиологии (происхождении) данной болезни.

Однозначно доказанным является тот факт, что в возникновении шизофрении участвуют как генетические, так и биологические и социально-психологические факторы. Удельный вес этих факторов, однако, по-разному оценивается разными авторами.

Относительно клинической картины, проявлений, а также лечения шизофрении тоже встречается широкий разброс мнений, описаний и диагностических критериев.

Шизофрения

В соответствии с современными международными классификациями болезней, классическое определение шизофрении – заболевание, протекающее с психотическими симптомами (например, ощущение приема или передачи мыслей на расстоянии или их отнятия; бред воздействия, контроля со стороны, чувство «сделанности» движений, поступков, ощущений и мыслей; слуховые галлюцинации либо комментирующие поведение больного, либо в форме диалога, другие голоса, идущие из определенных частей тела, стойкий бред вычурного содержания), которые нарушают поведение больного, изменяют его мышление, эмоциональные реакции и восприятие окружающего.

Начинается шизофрения в среднем в возрасте от 10 до 30 лет и страдает ею примерно 1,5% всего населения земного шара



Schizophrenic

шизофрения

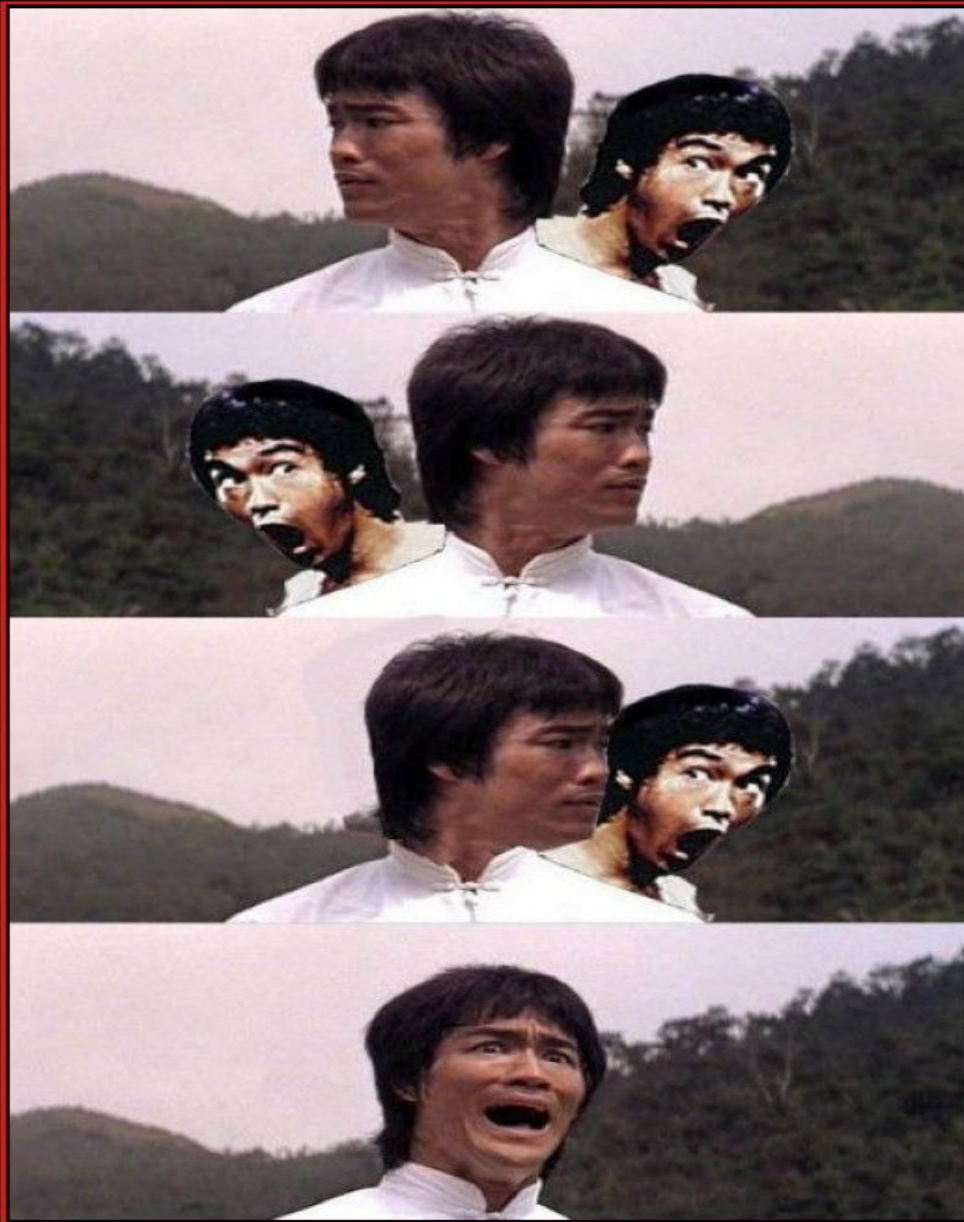
Шизофрения - хроническая психическая болезнь с отчетливыми симптомами психоза, нарушениями мышления, эмоциональными расстройствами и неадекватным поведением. Сознание при этом заболевании не нарушено, как и не изменены многие интеллектуальные процессы, хотя при длительном течении шизофрении нарушается процесс восприятия, внимание и память.

По мере течения болезни возможны периоды ее обострения и, наоборот,

Формы шизофрении и различные типы ее течения.

Параноидная шизофрения (F.20.0) отличается стойкими бредовыми идеями, достаточно часто сочетающимися со слуховыми галлюцинациями. Нарушения со стороны волевой или эмоциональной сферы выражены мене отчетливо , чем при других формах шизофрении.

Гебефреническая форма шизофрении (F.20.1) обычно начинается в подростковом возрасте. При данной форме шизофрении эмоции поверхностны и неадекватны , бредовые и галлюцинаторные переживания фрагментарны, поведение носит непредсказуемый характер, манерно и вычурно, сравнительно быстро обнаруживается негативная симптоматика, волевой дефект и эмоциональное



SCHIZOPHRENIA

you're never alone

Шизофрения

При кататонической форме шизофрении (F.20.2) имеют место выраженные психомоторные нарушения, которые варьируют от ступора до интенсивного возбуждения. При данной форме шизофрении достаточно часто встречается автоматическое подчинение и негативизм. Вычурные позы могут сохраняться продолжительное время. Кататония может сочетаться со сновидным помрачением сознания, яркими зрительными галлюцинациями.

Резидуальная (остаточная) шизофрения (F.20.5) по сути является хронической стадией ее течения и в основном проявляется негативной симптоматикой: психомоторной заторможенностью, снижением активности, притуплением эмоций, пассивностью и безынициативностью, нарушениями волевой сферы, бедностью речи.

Шизофрения

Простая шизофрения (F.20.6) , еще одна из форм шизофрении, с незаметным, но прогрессирующим развитием странностей в поведении, неспособностью отвечать требованиям общества, снижением активности. Характерные остаточные симптомы шизофрении в данном случае формируются без эпизодов острого психоза

Синдромы психических болезней

Синдром **Котара** – сложный, депрессивно-параноидный синдром, сочетающий в себе нигилистический бред громадного масштаба, ипохондрические бредовые идеи и идеи собственной греховности.

Синдром **Капгра** - больные с этим синдромом утверждают, что они постоянно или периодически встречаются с двойником кого-то из близких людей.

Синдромы психических болезней

Близким к синдрому Капгра является синдром **Фреголи - бред положительного и отрицательного двойника и бред метаморфозы**. Для этого психического феномена характерны бредовые идеи преследования, сочетающиеся с постоянным ложным узнаванием преследователя во многих окружающих больного лицах.

Бред **положительного двойника** заключается в том, что больной ранее незнакомых ему людей считает своими родственниками или близкими знакомыми. При бреде отрицательного двойника больной начинает считать чужими ранее хорошо ему знакомых людей.

Бред **интерметаморфозы** проявляется в высказываниях больного о том, что окружающие его люди подверглись каким-то значительным внешним или внутренним изменениям.

Лечение шизофрении

Лечение шизофрении представляет собой достаточно сложную задачу. В настоящее время трудно представить себе лечение шизофрении без квалифицированной клинической диагностики, учитывающей динамику продуктивной симптоматики (навязчивые состояния, галлюцинации, бред, явления деперсонализация, аффективные расстройства и др.), негативные признаки (апатия, снижение энергетического потенциала, аутизм и др.), а также особенности нарушения памяти, внимания, мышления (нейрокогнитивный дефицит).

Лечение шизофрении

Современное лечение шизофрении подразумевает использование так называемой биопсихосоциальной модели.

Биопсихосоциальный подход

предполагает не только проведение биологической терапии (медикаменты и др.), но и обязательное включение в лечебно – реабилитационный процесс многих методов психотерапии в ее различных формах (индивидуальная, групповая и семейная терапия). Важной значение имеет доверие к лечащему врачу, сотрудничество с ним (комплаинс), активная социальная работа, учитывающая особенности семьи больного, его социальный статус.

Лечение шизофрении

Основной метод лечения шизофрении – медикаментозный, поэтому подбор препаратов – это важный этап. Для лечения шизофрении применяются препараты из группы антипсихотиков (или нейролептики). Они устраняют продуктивную симптоматику, предотвращают прогрессирование негативных симптомов, а также положительно влияют на когнитивные функции.



v102.ru



Психиатрия часть 2

Рис. С. ПОПОВА



Паркинсонизм



Паркинсонизм

При паркинсонической ригидности затронутые мышцы равномерно тверды и напряжены, даже если больной не беспокоен и отдыхает. Наилучший тест для обнаружения ригидности - это тест на объем пассивных движений. Врач чувствует повышенное сопротивление пассивному движению на всем протяжении такого движения в затронутой конечности. Иногда также выявляется ригидность по типу шестеренки (то есть ригидность "зубчатого колеса").

паркинсонизм

Паркинсонические симптомы (маскообразное лицо, акинезия, тремор покоя, ригидность) связаны, как полагают, с блокадой дофаминовых D2-рецепторов в базальных ганглиях. Эти симптомы возникают вскоре после начала приема нейролептика и в отсутствие коррекции могут длительно сохраняться. Их важно отличать от внешне схожих негативных симптомов шизофрении, таких как эмоциональное отчуждение, притупление аффекта и апатия. Для коррекции паркинсонических симптомов назначают антихолинергические препараты (например, бензотропин или тригексифенидил), снижают дозу нейролептика или заменяют его на препарат нового поколения

паркинсонизм

Среди других признаков ригидности - скованность при походке, трудность начала движения и трудность поворотов, пациент роняет руку медленно и неслышно. Чтобы оценить, как пациент роняет руку, сначала попросите его расставить руки в стороны горизонтально. Потом попросите его бросить руки по швам. Если у пациента есть ригидность, то при этом руки опускаются медленно и нет хлопка при их ударе о бедра, что бывает в норме.

Депрессия – бич 20 века



Депрессия - болезнь нашего времени

Исследования во всех странах мира показывают: депрессия, подобно сердечно-сосудистым заболеваниям, становится наиболее распространенным недугом нашего времени.

Проявления депрессии очень разнообразны и варьируют в зависимости от формы заболевания.



СИМПТОМЫ

- Тоска, страдание, угнетенное, подавленное настроение, отчаяние
- Раздражительность
- Чувство вины, частые самообвинения
- Снижение или утрата способности переживать удовольствие от ранее приятных занятий
- Снижение интереса к окружающему миру
- Замедленность мышления
- Нарушения сна
- Изменения аппетита (его утрата или переедание)

Депрессия

- Снижение энергии, повышенная утомляемость при обычных физических и интеллектуальных нагрузках, слабость
- Трудности сосредоточения, концентрации внимания
- Трудности принятия решений
- Преобладание мрачных, негативных мыслей о себе, о своей жизни, о мире в целом
- Мрачное, пессимистическое видение будущего с отсутствием перспективы, мысли о бессмысленности жизни
- Мысли о самоубийстве
- Наличие мыслей о собственной ненужности, незначимости, беспомощности. Недовольство собой, снижение уверенности в себе, снижение самооценки

Депрессия

Для постановки диагноза «депрессия» необходимо, чтобы часть перечисленных симптомов сохранялась не менее двух недель.

Женщины страдают депрессией чаще мужчин

Депрессия



Биполярные расстройства

Биполярное аффективное расстройство отличается от униполярного аффективного расстройства наличием различных фаз: мании, гипомании и депрессии.

Биполярные расстройства (маниакально-депрессивные психозы, циклотимия)



Критерии для маниакального эпизода

- *Маниакальный эпизод* является отличительной особенностью биполярного расстройства и определяется следующим образом:
- Отчетливый период, в котором устойчиво сохраняется приподнятое настроение, экспансивность и/или раздражительность, длящийся, по крайней мере, неделю (или любой продолжительности при необходимости госпитализации).
- В тот период, когда отмечаются расстройства настроения, устойчиво проявляются три (или более) из следующих симптомов, имеющих ярко выраженный характер (четыре - в том случае, если расстройство настроения характеризуется только раздражительностью):

Критерии для маниакального эпизода

- (1) Чрезмерно завышенная самооценка или бред величия.
- (2) Снижение потребности во сне (например ощущение отдыха после всего лишь 3-х часов сна).
- (3) Чрезмерная разговорчивость или трудности в поддержании разговора.
- (4) Быстрая смена мыслей или субъективное ощущение быстрой смены мыслей.
- (5) Неустойчивость внимания (внимание чрезвычайно легко притягивается к совершенно незначительным или посторонним внешним раздражителям).
- (6) Усиление целенаправленной активности (социальной, на работе, в школе или сексуальной) или же психомоторное возбуждение.
- (7) Чрезмерная увлеченность занятиями, доставляющими удовольствие, что чревато негативными последствиями (например необузданность, несдержанность, проявляемая при покупке каких-либо вещей, нескромное сексуальное поведение или безрассудная трата денег).

Диагностические критерии гипоманиакального эпизода

- Четко очерченный период, характеризующийся неизменно приподнятым настроением, экспансивностью или раздраженностью, которые явно отличаются от обычного для больного нормального (не депрессивного) настроения и сохраняются не менее 4 дней
- В период нарушения настроения стойко присутствуют не менее трех (если изменения настроения ограничиваются только раздраженностью - то не менее четырех) из перечисленных ниже симптомов, причем их выраженность достигает значительной степени:

Диагностические критерии гипоманиакального эпизода

- Завышенная самооценка, преувеличенное ощущение собственной значимости
- Сниженная потребность в сне (для ощущения полноценного отдыха достаточно 3 часов сна)
- Необычная разговорчивость или постоянная потребность говорить
- Скачка идей или субъективное ощущение переполнения мыслями

Диагностические критерии гипоманиакального эпизода

- Отвлекаемость (внимание легко переключается на несущественные или случайные внешние стимулы)
- Усиление целенаправленной активности (социальной, на работе или в школе, сексуальной) либо психомоторное возбуждение
- Чрезмерное увлечение видами деятельности, приносящими удовольствие, несмотря на высокую вероятность неприятных последствий (например, участие в кутежах, неразборчивые сексуальные связи или нерациональные финансовые вложения)

Маниакальное состояние



Психиатр:

-Так вы говорите, что платите налоги с радостью?
И давно это у вас началось?...

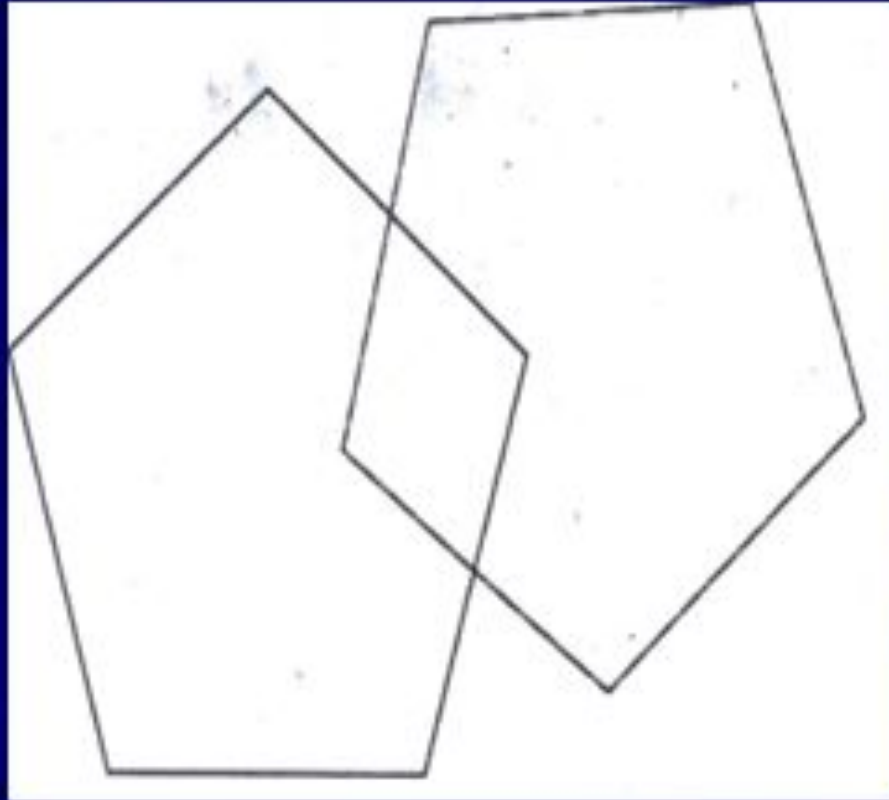
VOTRUBE.RU

Диагностические критерии гипоманиакального эпизода

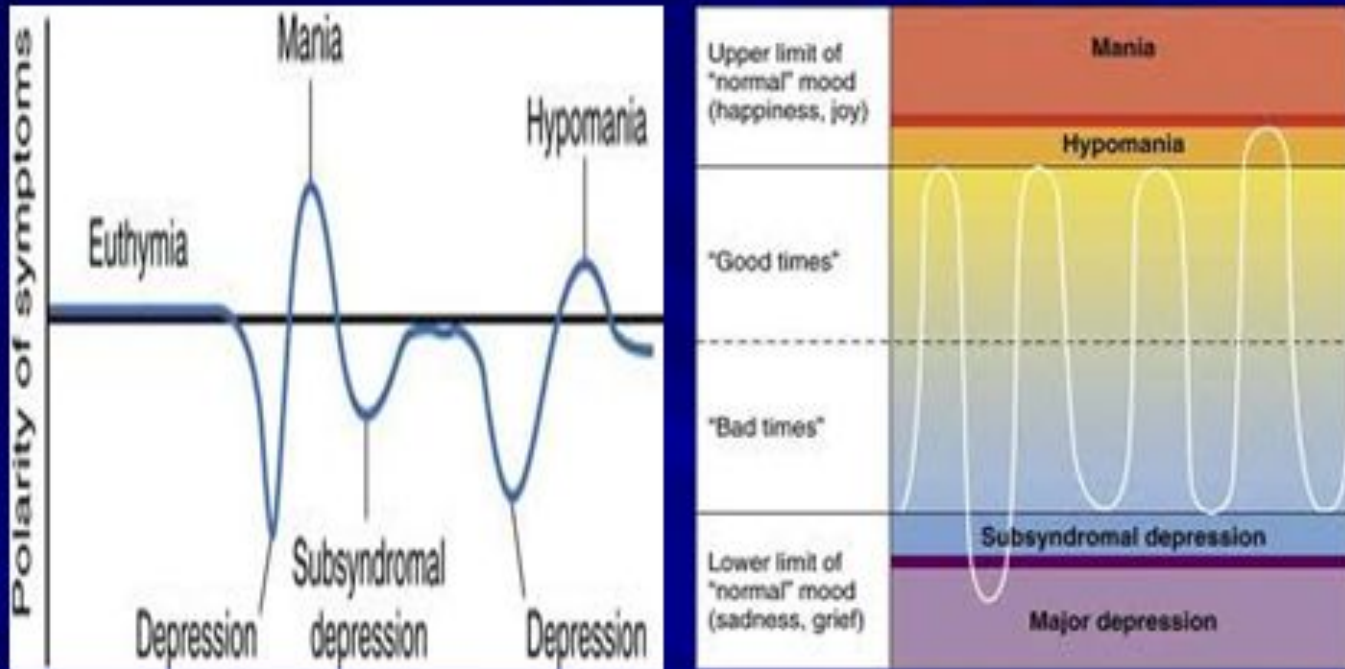
- Эпизод сопровождается явным изменением жизнедеятельности больного, не свойственным для него в отсутствие симптоматики Расстройство настроения и изменение жизнедеятельности больного заметны окружающим
- Расстройство не настолько тяжело, чтобы существенно нарушить профессиональную деятельность больного, его социальную активность, не требует госпитализации и сопровождается психотическими симптомами.

Диагностические критерии гипоманиакального эпизода

- Имеющиеся симптомы не вызваны прямым физиологическим действием экзогенных веществ (в том числе, веществ, вызывающих зависимость, или лекарственных средств) либо общими заболеваниями (например, тиреотоксикозом)



Биполярность



Маниакально-депрессивный ПСИХОЗ



Маниакально-депрессивный ПСИХОЗ

различают два основных вида биполярных расстройств — биполярное расстройство I и II типа. У людей с биполярным расстройством I типа отмечаются ярко выраженные маниакальные и тяжелые депрессивные эпизоды. У большей части таких людей происходит чередование эпизодов; однако у некоторых бывают смешанные эпизоды, при которых в течение одного и того же дня маниакальные симптомы сменяются депрессивными.

Маниакально-депрессивный

ПСИХОЗ

При биполярном расстройстве II типа гипоманиакальные — т. е. легкие маниакальные — эпизоды чередуются во времени с тяжелыми депрессивными эпизодами. В отсутствии лечения у людей с обоими видами расстройств маниакальные и депрессивные эпизоды, как правило, принимают хронический характер.

Если в течение одного года у людей имеют место четыре или более эпизода расстройства настроения, их расстройство классифицируется как быстрая циркуляция (rapid cycling).

Циклотимия

- Циклотимия - это биполярное расстройство, при котором колебания настроения и психические нарушения выражены значительно меньше, чем при БПАР I типа. Тем не менее циклотимия, как и дистимическое расстройство, может быть причиной выраженных психических нарушений и нетрудоспособности.
- **Диагностические критерии циклотимии**
- Наличие периодов гипоманиакальной симптоматики и периодов депрессивной симптоматики (не удовлетворяющих критериям большого депрессивного эпизода), которые многократно повторяются на протяжении не менее 2 лет. **Примечание:** у детей и подростков длительность симптомов должна быть не менее 1 года.
- За 2 года (у детей и подростков за 1 год) выше названные симптомы отсутствовали не более 2 месяцев кряду.
- В течение первых 2 лет от начала заболевания, не было больших депрессивных, маниакальных или смешанных эпизодов.

Дистимическое расстройство (дистимия)

1. Снижение настроения в течение большей части дня (с преобладанием таких дней) на протяжении двух лет и более.
2. Во время пониженного настроения присутствуют по крайней мере два из нижеследующих признаков:
 - снижение аппетита или переедание;
 - бессонница или повышенная сонливость;
 - чувство усталости;
 - низкая самооценка;
 - снижение концентрации, трудности с принятием решения;
 - чувство беспомощности.
3. В течение двух лет симптомы не исчезают на срок больший, чем два месяца.
4. Отсутствие в анамнезе маниакальных или гипоманиакальных эпизодов.
5. Выраженный дистресс или ухудшение



ДИСТИМИЯ

Тревожно-фобические расстройства





Тревога

Тревога – эмоциональное очень тягостное переживание внутреннего дискомфорта от неопределенности перспективы.

Тревога является одним из наиболее частых нарушений психики. Она сопровождает многие жизненные стрессы, а так же соматические заболевания или имитирует их симптомы

тревога

Тревога является универсальным феноменом, связанным с реакцией на стресс. Ее предназначение – адаптация, мобилизация всех сил организма для быстрого изменения поведения и приспособления к изменившимся условиям существования.

Исходя из выше изложенного понятна необходимость деления тревоги на нормальную (способствующую адаптации) и патологическую.

Нормальная (адаптивная) тревога связана с угрожающей ситуацией, усиливается при повышении ее значимости для организма, возрастает в условиях дефицита времени и информации. Адаптивная тревога, как правило, - преходящее состояние, и она серьезно не нарушает деятельность человека.

Патологическая тревога

Возникновение патологической тревоги определяется внутренними (как физиологическими, так и психологическими) причинами, хотя может провоцироваться и внешними обстоятельствами (но тогда выраженность тревоги неадекватна силе психотравмы). Итак, патологическая тревога не связана с реальной угрозой и неадекватна значимости ситуации. Коренное отличие патологической тревоги от нормальной состоит в том, что она существенно нарушает качество жизни человека и его деятельность

стрессы

Стрессы могут быть острые, или шоковые, вызванные различными катастрофами — войнами, землетрясениями, стихийными бедствиями, — словом, экстремальными ситуациями, выходящими за рамки нашего жизненного опыта. И есть не менее распространенные стрессы — психосоциальные.

Они существуют в рамках нашего непосредственного опыта и вызваны чаще всего смертью супруга — эта причина стресса стоит на первом месте в системе американского психоневролога Холмса (100 баллов). На втором месте, кстати сказать, развод с разделением имущества (около 95 баллов).

А заключение в тюрьму, например, «тянет» всего на 60 баллов. Разумеется, не все люди подвластны стрессовой ситуации и совсем не обязательно становятся потенциальными клиентами психиатра, например, после развода.

Паническое расстройство

Паническое расстройство - это заболевание, протекающее в виде спонтанных, эпизодически возникающих приступов интенсивного страха, сопровождающихся разнообразными неприятными ощущениями (сердцебиение, боли в груди, чувство нехватки воздуха, головокружение, головная боль, дрожь, потливость, тошнота, чувство жара или озноба, онемение или покалывание на коже и др.). В период приступа паники человек испытывает неопределенное чувство тревоги или конкретный страх: смерти, развития тяжелого заболевания (инсульта, инфаркта), внезапной потери сознания в одиночестве, когда он останется без помощи, страх сойти с ума, совершить неадекватные действия

Паническое расстройство

Приступ паники, как правило, оканчивается ощущением общей слабости, резкой потливости, обильным мочеиспусканием. Вне приступов паники может оставаться повышенная тревожность с ожиданием нового приступа.

Приступы паники нередко сочетаются с агорафобией - боязнью находиться в определенных местах или ситуациях, создающих сложности в случае развития приступа паники. Типичными ситуациями являются страх езды в транспорте, страх попадания в толпу. В выраженных случаях болезни человек активно избегает этих ситуаций, боится выходить на улицу без сопровождения.

Приступы паники в типичных случаях продолжаются не более часа и могут возникать с различной частотой - от одного в несколько месяцев до практически



Паника

Фобические тревожные расстройства

Группа расстройств, в которой тревога вызывается исключительно или преимущественно определенными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), которые в настоящее время не являются опасными. В результате эти ситуации обычно характерным образом избегаются или переносятся с чувством страха. Фобическая тревога субъективно, физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги и может различаться по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса

Типы фобий

Фобии разделяют на три категории: агорафобия, социофобии и специфичные фобии. **Агорафобия** (от греческого "страх рыночной площади") - это страх появления в общественных местах, особенно без сопровождения. *Социофобии* - страх социальных ситуаций или ситуаций выступления, когда может возникнуть замешательство. Все другие фобии классифицируются как *специфические фобии*

фобии

большая часть людей со специфическими фобиями - почти 90% - не обращается за лечением. Им проще избегать встречи с предметами своего страха

фобии

Более чем у 14% населения развивается фобия на каком-то отрезке их жизни. Женщины страдают фобиями в два раза чаще мужчин

фобия

В широком смысле слова фобия – это страх.

У всех людей есть страх к самым разнообразным вещам: высота, змеи, крысы, темнота и т.д. Но в большинстве случаев эти страхи не являются настолько сильными, чтобы повлиять на нашу жизнь.

Если страхи превращаются для человека в проблему и мешают его повседневной жизни, они уже рассматриваются как фобии.

Существует огромное количество фобий, которыми страдают люди. Одной из наиболее «популярных» фобий в сегодняшней жизни является социальная фобия.

Многие люди, при первом знакомстве или оказавшись в новом окружении, могут нервничать или испытывать неловкость. Однако, когда новая обстановка или знакомство с новыми людьми становится настолько трудно-воспринимаемой, что люди начинают избегать ситуаций, где им приходится с кем-то знакомиться и общаться, мы имеем дело с социальной фобией.

Фобии

Многие люди волнуются, когда им предстоят встречи с другими, или беседы, или выступление перед людьми. Оперная певица Мария Каллас, например, часто дрожала от страха, ожидая за кулисами момента выхода на сцену

Фобии

Социальная фобия проявляется у человека в виде страха - стать центром внимания окружающих его людей. В данном случае присутствует ощущение, что все на него смотрят, оценивают каждое его слово и смотрят, как он себя ведет. Тем самым для людей с этой проблемой становится трудно входить в места, где находится большое количество людей, потому что они постоянно ощущают на себе взгляд.

Эта фобия может возникнуть также у людей, у которых специфика работы связана с постоянными выступлениями перед большими аудиториями.

Проявление фобии сопровождается рядом соматических изменений, таких как сухость во рту, сильное потоотделение, сердцебиение, дрожь в теле и др. Побочным эффектом социальной фобии может быть возникновение панических атак



Навязчивые состояния

- **Навязчивые идеи (обсессии)** - стойкие мысли, идеи, импульсы или образы, которые являются повторяющимися и назойливыми и вызывают тревогу.
- **Навязчивые действия (компульсии)** - повторяющиеся и устойчивые поведенческие или мыслительные акты, которые люди вынуждены производить, чтобы предотвратить или снизить тревогу.

Навязчивые мысли

Навязчивые мысли (обсессии) - это беспрестанное повторение нежелательных, нередко тягостных мыслей, представлений и влечений, от которых нельзя избавиться усилием воли. Всегда есть ощущение их насильственности. Больной понимает, что навязчивые мысли берут начало в нем самом (в отличие от больного шизофренией, который уверен, что его мыслями кто-то управляет).

Содержание навязчивых мыслей неприемлемо для больного или бессмысленно, поэтому он пытается бороться с ними. В этом принципиальное отличие навязчивостей от сверхценных идей и бреда - во-первых, сверхценные и бредовые идеи не сопровождаются ощущением насильственности, во-вторых, критика к ним отсутствует, больной не сопротивляется, а наоборот, защищает свои мысли

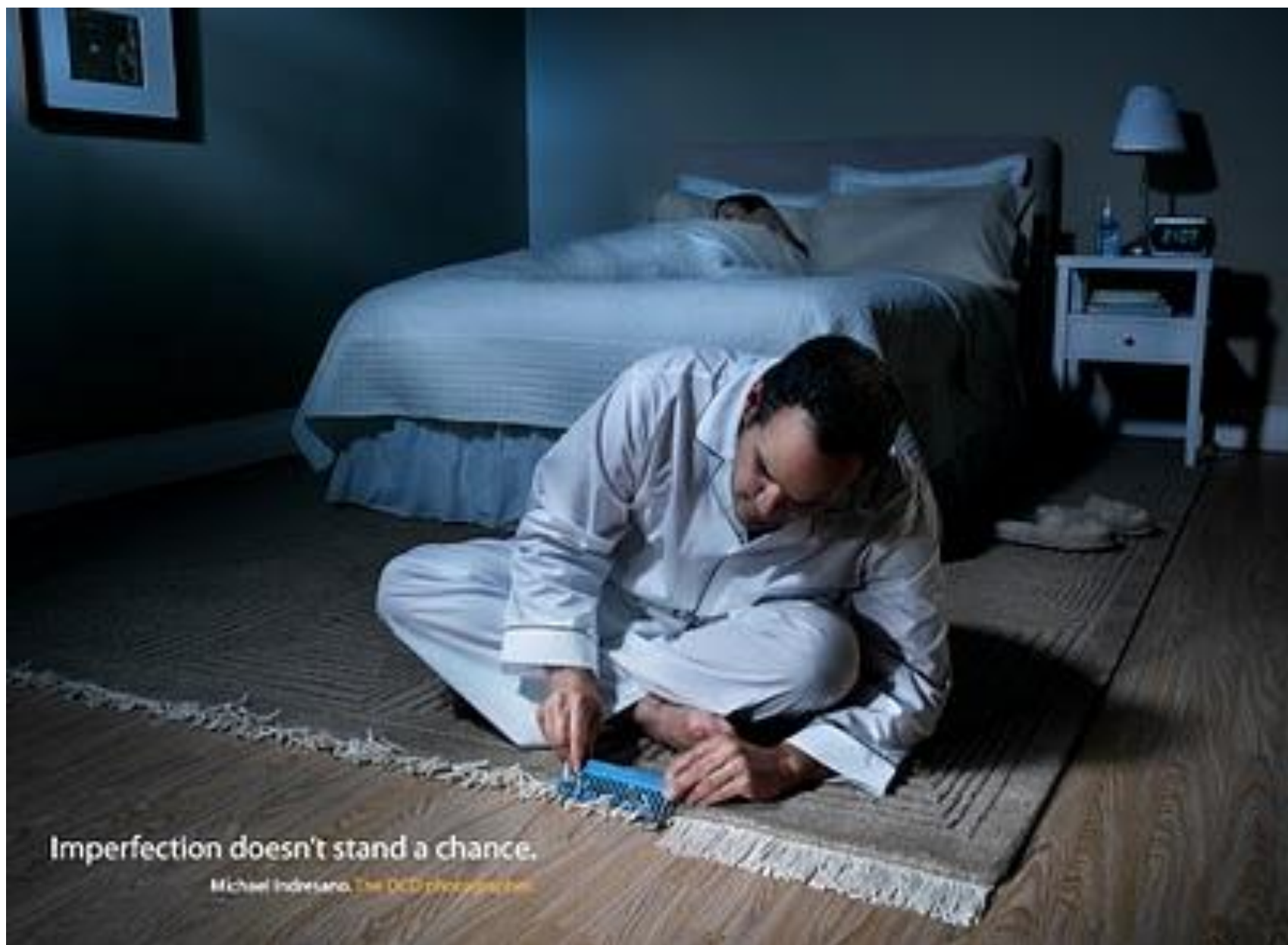


Obsessive-Compulsive Disorder To Do List

For use only on www.mentalhealthhumor.today.com







Imperfection doesn't stand a chance.

Michael Indresano, *The OCD Photographer*

Посттравматическое стрессовое расстройство

А. Человек подвергся действию травмирующего события, в котором присутствовали оба фактора из ниже перечисленных.

1. Человек непосредственно столкнулся или был свидетелем события, связанного с реальной либо грозящей смертью или с реальным либо возможным нанесением серьезных телесных повреждений себе или другим.

2. Реакция человека включала сильный страх, чувство беспомощности или ужаса (Примечание: у детей реакция на такое событие может выражаться в виде дезорганизованного или возбужденного поведения).

Посттравматическое стрессовое расстройство

- Б. Переживание травматического события, присутствует один или более из ниже перечисленных симптомов.
1. Навязчивое и мучительное вспоминание эпизода, включающее образы, мысли или ощущения (Примечание: у маленьких детей могут наблюдаться повторяющиеся игры, в к-рых находят выражение темы или аспекты травмы).
 2. Повторяющиеся кошмарные сновидения, связанные с эпизодом (Примечание: у детей могут быть пугающие сновидения без распознаваемого содержания).
 3. Поведение или чувство, как если бы травматический эпизод повторился (включая чувство оживления воспоминаний, иллюзии, галлюцинации, эпизоды диссоциативного «флэшбек», в т. ч. при пробуждении или в состоянии опьянения) (Примечание: у маленьких детей может наблюдаться повторяющееся проигрывание аспектов травмирующего события).
 4. Интенсивный психол. дистресс при воздействии внутренних или внешних сигналов, символизирующих или напоминающих аспекты травмирующего события.

Посттравматическое стрессовое расстройство

В. Стойкое избегание стимулов, связанных с травмой, и снижение общей реактивности, присутствуют три и более симптомов.

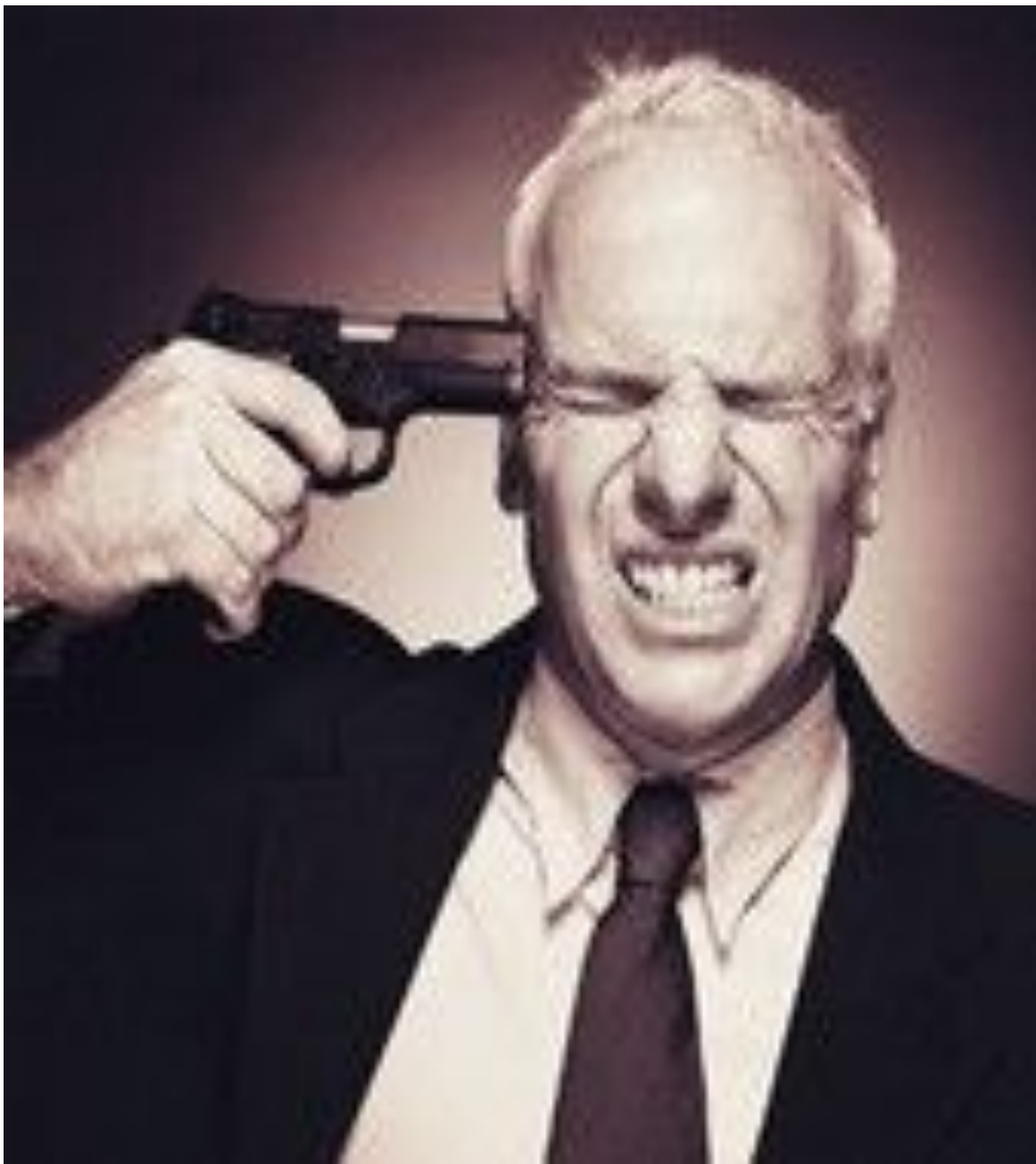
1. Усилия, направленные на то, чтобы избежать мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.

2. Усилия, направленные на то, чтобы избежать действий, мест или людей, вызывающих воспоминания о травме.

3. Неспособность вспомнить важные аспекты травматического эпизода.

4. Выраженное снижение интереса к участию в важной деятельности.

5. Сужение спектра эмоций (напр., нет ожиданий по поводу профессионального роста, брака детей или нормальной продолжительности жизни).



суицид

Суицид

- К группе повышенного риска суицида относятся лица мужского пола 16 -25 и 55 – 70 лет. В последнем случае риск самоубийства возрастает у одиноких лиц, особенно страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями, а также у тех больных, родственники которых покончили жизнь самоубийством.
- К суицидально опасному периоду при аффективном расстройстве относятся годовщины трагических для больного событий. У людей с низким уровнем в спинномозговой жидкости основного метаболита серотонина – 5 – гидрооксииндолуксусной кислоты согласно результатам многих исследований высок риск самоубийства



суицид

СУИЦИД

Самоубийство встречается в 15% случаев нераспознанных расстройств настроения, и наиболее часто возникают спустя 4-5 лет после начала заболевания. При тяжелой депрессии, больные бывают настолько слабы, что не находят сил лишиться себя жизни, но когда они начинают выходить из депрессии или получают препараты, усиливающие их активность, возможны попытки самоубийства. Фактически, у людей с сильной депрессией риск суицида возрастает по мере того, как их настроение улучшается и они с большей энергией вновь стремятся осуществить суицидные желания.

суицид

Женщины в три раза чаще мужчин совершают попытки самоубийства, тем не менее количество смертельных исходов у мужчин в три раза больше чем у женщин

суицид

Одна из причин различия показателей у мужчин и женщин заключается, по-видимому, в способах, к которым прибегают мужчины и женщины при совершении самоубийства. Мужчины имеют тенденцию применять более грубые способы самоубийства; они стреляются, перерезают себе вены, вешаются, тогда как женщины, как правило, действуют не столь жестко и целенаправленно, они кончают с собой, например, при помощи передозировки лекарственных препаратов.

суицид

На склонность к самоубийству оказывает влияние и семейное положение. Среди людей, состоящих в законном браке, особенно у имеющих детей, наблюдается самый низкий уровень самоубийств, у холостых и овдовевших этот уровень несколько выше, а наиболее высокий процент самоубийств наблюдается среди людей, состоящих в разводе

суицид

Несмотря на то, что люди, пытающиеся покончить с собой, испытывают проблемы или обладают повышенной тревожностью, вовсе необязательно, что они страдают от психического расстройства, тем не менее больше чем у половины всех самоубийц такие расстройства имелись

суицид

У людей с наиболее ярко выраженной тенденцией к самоубийству встречаются *расстройства настроения* (монополярная или биполярная депрессия), *расстройства, связанные с употреблением алкоголя*, и *шизофрения*. В исследовании делается вывод, что 15 % людей с расстройствами такого типа пытаются покончить с жизнью. Люди, склонные и к депрессии и к алкогольной зависимости, особенно часто проявляют импульс к суициду

суицид

1 июля 1996 года фотомоделль и актриса Марго Хемингуэй покончила с собой, приняв большую дозу барбитуратов. Она была пятым человеком из четырех поколений членов семьи, покончивших с собой. Ее смерть наступила спустя почти 35 лет с того дня, как покончил с собой ее знаменитый отец, Эрнест Хемингуэй, застреливший себя. Он находился в сильной депрессии из-за прогрессирующей болезни и отказался переносить лечение электрошоковой терапией.

Марго Хэмингуэй страдала от сильной депрессии, алкоголизма и булимии. В 70-е она сделала очень успешную карьеру модели и актрисы, но в последние годы ее работа заключалась в основном в рекламе и участии в малобюджетных фильмах. Как говорили ее друзья, она на протяжении нескольких лет пыталась справиться со своими страданиями и проблемами.

"Меня учили, что это по-хэмингуэевски, сносить удары и стоически терпеть их".

Электросудорожная терапия





Тестовая диагностика психических расстройств

Используются также проективные тесты, где на малоструктурированные цветные квадраты (кляксы, картинки с многозначным неопределенным содержанием и др.) как бы переносятся (проецируются) особенности личности испытуемого.

Таков тест тематической апперцепции (ТАТ), представленный рядом картин с сюжетами, допускающими множественное толкование. По тому, какие рассказы составляет по ним испытуемый, кого делает героем, какие конфликты описывает, как раскрывает временную последовательность (прошлое – настоящее – будущее) опытные специалисты оценивают его эмоциональное состояние, проблемы, переживания, зачастую им самим не осознаваемые

Тест Роршаха состоит из 10 стандартных чернильных клякс. Испытуемый должен сказать, на что похожа та или иная из них.

Тест «незаконченных предложений» представляет собой 60 начатых фраз, которые требуется быстро завершить.

ест Роршаха



Психиатрия



Расстройства влечений – Анорексия

Anorexia nervosa



Основные особенности диагностических критериев нервной анорексии

A. Отказ поддерживать вес тела на уровне, минимально нормальном для данного возраста и роста, или выше этого уровня.

B. Сильный страх перед прибавлением в весе или ожирением, несмотря на чрезмерную худобу.

C. Нарушенное восприятие веса или формы своего тела, чрезмерное влияние веса или формы тела на самооценку или отрицание серьезности проблемы, связанной с низким весом тела.

D. У девушек, у которых начались менструации, - аменорея или отсутствие, по крайней мере, трех последовательных менструальных циклов.

Специфические виды:

Ограничительный: Во время текущего эпизода нервной анорексии человек не предавался регулярному обжорству или очищению желудочно-кишечного тракта (т. е. не вызывал у себя рвоту или не злоупотреблял слабительными, мочегонными средствами или клизмами).

Обжорство/очищение: Во время текущего эпизода нервной анорексии человек регулярно предавался обжорству или очищал желудочно-кишечный тракт (т. е. вызывал у себя рвоту или злоупотреблял слабительными, мочегонными средствами или клизмами).

Нервная анорексия

По крайней мере половина людей с нервной анорексией сбрасывают вес, ограничивая потребление продуктов, то есть придерживаются модели поведения, названной введением ограничений. Сначала они отказываются от закусок, сладостей, а затем и от других продуктов, один за другим исключая их из своего рациона. Люди с анорексией такого вида почти все, без исключения, соблюдают диету.

Другая половина страдающих анорексией худеют, искусственно вызывая у себя рвоту после приема пищи, или применяя слабительные или мочегонные средства; при этом они могут даже объедаться. Такая модель поведения названа обжорство с последующей очисткой желудка

Анорексия



Анорексия

Похудеть - главная цель для людей с анорексией, но в основе всегда лежит страх. Они боятся поддаться желанию есть и стать тучными, потеряв контроль над своим весом. Такие люди всецело сосредоточиваются на том, как похудеть, ограничивают список блюд, которые могут употреблять, и с предубеждением относятся ко всему, связанному с питанием.

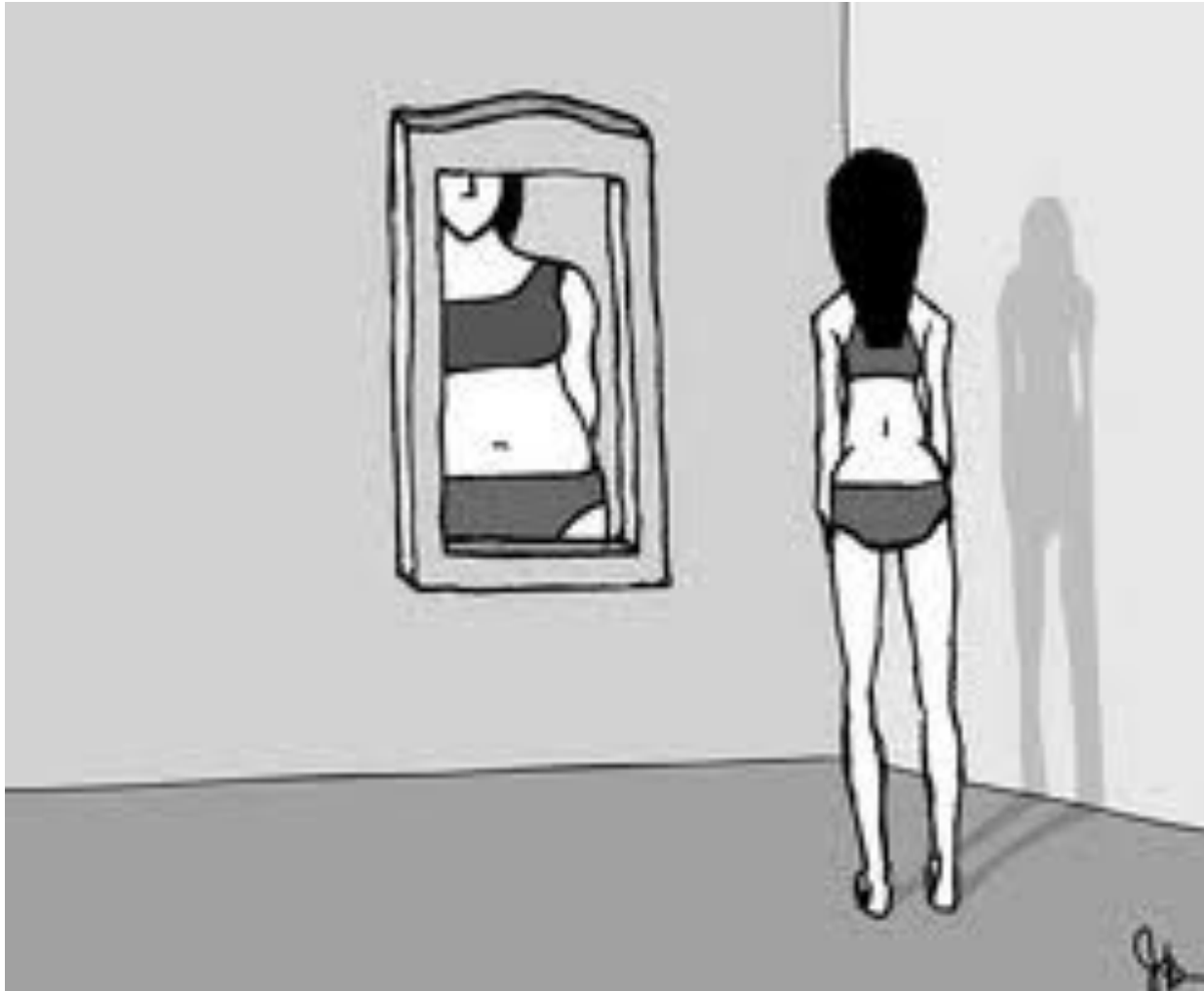
Анорексия

При анорексии наблюдается патологическое желание потери веса, сопровождающееся сильным страхом ожирения. У больного наблюдается искаженное восприятие своего образа, а именно беспокойство о мнимом увеличении веса, даже если такого не наблюдается.

Постоянное ощущение полноты, в частности определенных частей тела.

Способ питания: кушать стоя, раздроблять еду на мелкие куски.

Анорексия



В развитых странах анорексией страдает каждая 2 девушка из 100 в возрасте от 12 до 24 лет.

Анорексию принято считать женским заболеванием, которое проявляется в подростковом возрасте.

В процентном соотношении можно сказать, что 90% случаев больных анорексией - являются девушки в возрасте от 12-24 года. В остальные 10% входят женщины более зрелого возраста и мужчины.

Как следствие данного заболевания, могут возникнуть определенные нарушения на физиологическом уровне такие, как нарушение менструального цикла, аритмия, постоянная слабость, мышечные спазмы. А также повышенная раздражительность, необоснованный гнев, обида на других.

Анорексия

Привычка голодать при анорексии служит причиной возникновения различных проблем со здоровьем.

Аменорея, отсутствие менструальных циклов, пониженная температура тела, низкое артериальное давление, опухание тела, недостаточное содержание минералов в костях и замедленное сердцебиение.

Может наблюдаться дисбаланс как электрохимический, так и метаболический, они способны привести к остановке сердца или сосудистой недостаточности.

Малое количество потребляемой пищи при анорексии может привести к тому, что кожа станет грубой, сухой, с трещинами; ногти - хрупкими; руки и ноги - холодными и посиневшими. Одни теряют волосы, у других на лице, руках, ногах, по всему телу начинает расти пушок (тонкие, шелковистые волосы, похожие на волосы новорожденных)



Анорексия

Причины возникновения анорексии

Не существует одной причины, которая может повлиять на возникновение анорексии. Обычно бывают задействованы все три фактора:

Биологический (биологическая и генетическая предрасположенность)

Психологический (влияние семьи и внутренние конфликты)

Социальный (влияние окружающей среды: ожидания, рамки подражания)

Основные особенности диагностических критериев нервной булимии

А. Повторяющиеся эпизоды обжорства. Эпизод обжорства характеризуется двумя следующими признаками:

(1) Поглощение, в дискретный период времени (например в течение любого 2-часового периода) пищи в количестве, определенно большем, чем то, которое большинство людей съедает за аналогичный период времени и при аналогичных обстоятельствах.

(2) Ощущение отсутствия контроля за потреблением пищи во время эпизода (например, человек чувствует, что не может перестать есть или контролировать, что и сколько он ест).

В. Повторяющееся неадекватное компенсаторное поведение с целью предотвратить прибавление в весе, например произвольно вызванная рвота, злоупотребление слабительными, мочегонными средствами, клизмами или другими препаратами; голодание или чрезмерные упражнения.

С. Приступы обжорства и неадекватное компенсаторное поведение происходят, в среднем, по меньшей мере, дважды в неделю на протяжении 3 месяцев.

Д. Чрезмерное влияние формы и веса тела на самооценку.

Е. Нарушение имеет место не только во время эпизодов нервной анорексии.

Булимия

Специфические виды:

Очищение: Во время текущего эпизода нервной булимии человек регулярно вызывал у себя рвоту или злоупотреблял слабительными, мочегонными средствами или клизмами.

Отсутствие очищения: Во время текущего эпизода нервной булимии человек использовал другие неадекватные компенсаторные действия, такие как голодание или чрезмерные упражнения, но регулярно не вызывал у себя рвоту и не злоупотреблял слабительными, мочегонными средствами или клизмами

Булимия

Патологическое поведение. Постоянная озабоченность едой (постоянные разговоры о весе, калориях и диетах). Обжорство, прием пищи в компульсивной форме, склонность прятать еду. Страх поправиться. Избегание таких мест, как рестораны или мероприятия, где социально обязаны есть. Посещения туалета сразу после еды. Искусственно вызванная рвота, применение слабительных, Использование фармакологических средств для похудения. Строгие постоянные диеты. Пристрастие к сахарозаменителям.

Распухание околоушной железы. Редкие кровоизлияния мелких кровеносных сосудов на лице и под глазами. Хроническое раздражение в области горла. Усталость и боль в мышцах. Выпадение зубов. Колебание веса тела (5-10 кг вверх и вниз).

Депрессия, чувство вины и ненависти к самому себе, подавленность и ощущение отсутствия самоконтроля. Неоправданно строгая самокритика. Постоянная потребность одобрения другими совершающих им поступков. Изменение мнения относительно собственного веса.



Булимия

Для постановки диагноза булимии требуется наличие повторных эпизодов переедания в течение относительно короткого времени (например, менее 2 ч.) в течение которого человек съедает намного больше пищи, чем большинство людей при тех же обстоятельствах.

Одним из главных признаков булимии является страх пациента, что он не сможет прекратить принимать пищу после начала приступа переедания. Пациент регулярно применяет своего рода компенсаторные действия (например, вызывает у себя рвоту, злоупотребляет слабительным средствами, соблюдает строгую диету или голодает) в целях противодействия перееданию. Также для булимии характерно чрезмерное беспокойство по поводу собственного веса и формы тела.

Булимия

Люди с булимией могут "пировать" от двух до сорока раз в неделю, в среднем около десяти раз в неделю, объедания обычно происходят втайне. Такие люди очень быстро поглощают огромное количество продуктов с минимальным жеванием; они склонны выбирать высококалорийные продукты со сладким вкусом и мягкой структурой, например, мороженое, печенье, жареные пирожки и бутерброды.

Слово булимия берет начало от греческого термина *bous limos* или "скотский голод"; здесь едва ли оцениваются вкусовые качества пищи. Обжоры за раз поглощают более 1500 килокалорий (часто более 3000 килокалорий)

Булимия

Обжорство обычно начинается с чувства невыносимого напряжения. Человек чувствует раздражение, считает себя удаленным из реальной жизни и бессильным подавить в себе страстное желание есть "запрещенную" пищу. Объедаясь, он понимает, что не может остановиться. Хотя само обжорство может быть приятным в том смысле, что это освобождает от невыносимого напряжения, но затем приходят ощущение вины, самообвинение и депрессия, а также страх прибавления в весе и страх быть пойманным на этом занятии

BULIMIA ECONOMICS

STANLEY



Булимия

После переедания люди с булимией стараются компенсировать его эффекты. Многие вызывают рвоту. Но на самом деле рвота не в состоянии предотвратить поглощение хотя бы половины калорий, потребленных во время обильного принятия пищи. Кроме того, повторная рвота заставляет людей вновь почувствовать голод и ведет к более частым и интенсивным перееданиям

Анорексия и булимия

Анорексия

Отказываются поддерживать вес, минимально необходимый для здорового функционирования

Не признаются в том, что голодают и неправильно питаются; часто гордятся своим контролем над весом и в большей степени, чем страдающие булимией, удовлетворены своим телом

Нервная булимия

Недостаточный вес, нормальный вес, почти нормальный вес или избыточный вес

Испытывают интенсивный голод; объедаются и искусственно вызывают рвоту; в большей степени недовольны своим телом

Анорексия и булимия

Незначительное
антисоциальное
поведение

Более склонны к антисоциальному поведению и
злоупотреблению алкоголем

Аменорея, по
меньшей мере,
продолжительностью
в три месяца

Нерегулярные менструальные периоды у женщин;
аменорея наблюдается не часто

Выказывают
недоверие к другим
людям, особенно к
врачам

Больше доверяют людям, которые хотят помочь

В целом более себя
контролируют, но при
эмоциональном
возбуждении теряют
контроль

Более импульсивны и эмоционально нестабильны

Более сексуально
неразвиты и реже
испытывают
сексуальные
переживания

Чаще испытывают сексуальные переживания, более
сексуально активны

Анорексия и булимия

Чаще всего расстройство начинается проявляться в 14-19 лет

До начала проявления расстройства чаще имеют почти нормальный вес

Ближайшие родственники имеют меньшую склонность к полноте

Чаще хорошо ладят с родителями перед началом проявления расстройства

Чаще отрицают, что конфликтуют с родителями

Чаще всего расстройство начинается проявляться в 15-21 год

До начала проявления расстройства чаще имеют вес несколько выше нормы

Ближайшие родственники имеют большую склонность к полноте

Более склонны конфликтовать с родителями перед началом проявления расстройства

Чаще признают, что конфликтуют с родителями

Анорексия и булимия

Этиология и течение анорексии приводят к расстройству, которое поддается лечению хуже, чем булимия; тем не менее терапевтические вмешательства, разумеется, все же осуществляются. Первоначальная фаза лечения должна включать в себя восстановление веса, что может потребовать госпитализации пациента в качестве меры, предохраняющей от возможных осложнений

Анорексия и булимия

Наиболее эффективные современные методы терапии в случае булимии включают в себя когнитивно-поведенческое лечение, осуществляемое индивидуально или с привлечением семьи, оптимальным первичным методом лечения людей с анорексией, которые молоды и живут дома, является семейная терапия.

Нарушения сна

Международная классификация нарушений сна

Психофизиологическая инсомния

Нарушение восприятия сна

Нарколепсия

Идиопатическая гиперсомния

Синдром обструктивного апноэ сна

Классификация нарушений сна

окружающей среды
Нарушения сна,
вызванные факторами

Синдром ночной еды, питья

Нарушения сна вследствие приема
снотворных

Нарушения сна вследствие приема
стимуляторов

Нарушения сна вследствие приема алкоголя

Синдром смены часовых поясов (перелет)

Нарушения сна вследствие сменного режима
работы

Классификация нарушений сна

Синдром задержки фазы сна

Синдром ранней фазы сна

Пробуждения со спутанностью

Снохождение

Сноговорение

Ночные судороги ног

Ночные кошмары

Классификация нарушений сна

расстройства сна делятся на две основных категории: диссомнии и парасомнии. **Диссомнии** — категория расстройств сна, связанных с засыпанием или пробуждениями. Подобные расстройства часто характеризуются недосыпанием и чувством разбитости после сна. При **парасомниях**, наоборот, поведенческие и физиологические «события» происходят во время сна. Если для диссомнии характерны нарушения процесса сна, при парасомниях происходит «пробуждение» в неподходящее время цикла «сон—пробуждение». Поэтому люди, страдающие этим расстройством, часто жалуются на необычное поведение: например на хождение во сне или на ночные кошмары, которые полностью лишают сна

Классификация нарушений сна

Нарколепсия — это заболевание центральной нервной системы, характеризующееся сложными расстройствами сна, которые имеют 4 основных проявления:

Резкая дневная сонливость и приступы **внезапного засыпания**

Катаплексия (приступы внезапной слабости)

Сонный паралич

Гипнагогические (при засыпании) и гипнапомпические (при пробуждении) **галлюцинации**

Виды нарушений сна

Резкая дневная сонливость и приступы внезапного засыпания в дневное время, как правило, являются первыми симптомами нарколепсии. Сонливость настолько тяжела, что пациенты засыпают несмотря на крайнее нежелание этого или совершенно неподходящую обстановку. Это особенно опасно в случае, если человек связан с профессиями, требующими повышенного внимания. Дневные засыпания могут повторяться несколько раз в день и длиться от нескольких секунд до нескольких минут. При эпизодах дневного сна вначале происходит постепенное замедление речи, потом "падение" головы и полное выключение сознания. При этом больные, как правило, все же успевают принять позу, удобную для сна. После пробуждения пациенты ощущают бодрость и прилив сил.



Виды нарушений сна

Катаплексия — это приступ внезапной слабости на фоне сильных положительных или отрицательных эмоций (смех, удивление, половой акт, плач, гнев). Слабость обусловлена потерей мышечного тонуса. Приступ может развиваться настолько быстро, что больной может упасть и получить травму. Длительность приступа колеблется от нескольких секунд до нескольких минут.

Виды нарушений сна

Гипнагогические (в период засыпания) и **гипнапомпические** (в период пробуждения) **галлюцинации** — яркие акустические или визуальные видения, возникающие во время засыпания или пробуждения. При этом видения внедряются в окружающую обстановку: по спальне могут ходить люди или сказочные создания. Человек может слышать голоса, музыку или видеть вспышки света.

Виды нарушений сна

Сонный паралич — состояние, характеризующееся полной неподвижностью после пробуждения. Человек находится в полном сознании и адекватно оценивает обстановку, но не может пошевелиться. Сохранена только возможность моргать и двигать глазами. Данная ситуация бывает очень пугающей. Приступ может длиться от нескольких секунд до нескольких минут и заканчивается постепенным восстановлением контроля за движениями.

Виды нарушений сна

Постановка точного диагноза возможна только на основании консультации специалиста в области медицины сна и проведения ряда сложных диагностических исследований (полисомнография, множественный тест латентности ко сну).

Виды нарушений сна

Хождение во сне в медицинской литературе называется **сомнамбулизмом**, а в простонаречии - **лунатизмом**. Сомнамбулизм достаточно распространенное явление. Около 2% всех людей периодически ходят во сне. Снохождение возникает обычно во время неполного пробуждения от глубокого дельта-сна. Глаза сомнамбулы обычно открыты. Он все видит, так как обходит мебель и другие препятствия, и может давать односложные ответы на простые вопросы. Воспоминания о ночных "экскурсиях" на следующее утро не сохраняются

Виды нарушений сна

Синдром беспокойных ног - заболевание, проявляющееся неприятными ощущениями в нижних конечностях и их избыточной двигательной активностью преимущественно в покое или во время сна.

Основные его проявления следующие:

Неприятные ощущения в ногах: Обычно они описываются как ползание мурашек, дрожь, покалывание, жжение, подергивание, шевеление под кожей и т.д. Иногда человеку сложно точно описать характер ощущений, но они всегда бывают крайне неприятными. Эти ощущения возникают в бедрах, голених, стопах и волнообразно усиливаются каждые 5-30 секунд.

Ухудшение в покое: Наиболее характерным и необычным проявлением заболевания является усиление неприятных ощущений и необходимости двигать ногами в покое. Ухудшение обычно отмечается в положении сидя или лежа и особенно при засыпании.

Улучшение при движении: Симптомы значительно ослабевают или исчезают при движении. Наилучший эффект чаще всего оказывает обычная ходьба или просто стояние.

Связь со временем суток: Симптоматика значительно усиливается в вечернее время и в первую половину ночи (между 18 часами вечера и 4 часами утра). Перед рассветом симптомы ослабевают и могут исчезнуть вообще в первую половину дня.

Движения конечностей во сне: Во время сна отмечаются периодические произвольные движения нижних конечностей через каждые 5-40 секунд.

Заболевание часто сопровождается **бессонницей**

Ночные страхи

Ночные страхи часто путают с ночными кошмарами, хотя они не имеют почти ничего общего. В отличие от сложных сценариев кошмарных сновидений, ночной страх представляет собой достаточно простой и короткий сон, возникающий во время дельта-сна - самой глубокой фазы, когда разбудить человека очень трудно, а порой просто невозможно. В детском возрасте относительная доля дельта-сна больше, чем во взрослом, поэтому дети более подвержены ночным страхам. Поскольку дельта-сон преобладает в начале ночи, страхи обычно возникают в течение первого часа сна. Часто они сопровождаются душераздирающим воплем и бурными вегетативными реакциями организма - глаза широко открываются, сердце выскакивает из груди, бьет дрожь, человек покрывается потом, одним словом, находится в паническом состоянии. Эпизоды могут длиться от одной до нескольких минут. Поговорить с человеком в этот момент бывает трудно, так как он не осознает присутствия других людей. Через некоторое время человек снова засыпает и, как правило, на следующее утро ничего не помнит.

Ночные страхи

Ночным кошмаром называется страшный сон, возникающий в фазу сна с быстрыми движениями глазных яблок, когда человек пробуждается и помнит содержание сновидения. Независимо от абсурдности сюжета, нелепости ситуации подобные сны всегда очень динамичны и пугающи. Хотя такие сны бывают просто жуткими, они обычно не сопровождаются существенными физиологическими реакциями в виде усиленного потоотделения, учащения пульса и дыхания. Кошмары чаще возникают глубокой ночью. Известно, что именно приснившиеся ночью страшные сны послужили сюжетом для многих рассказов Эдгара По.

Синдром обструктивного апноэ сна

Апноэ – кратковременная остановка дыхания во сне.

Синдром обструктивного апноэ сна - это состояние, при котором просвет гортаноглотки во время сна сильно сужен или мышцы, ее поддерживающие, слишком расслаблены. При этом верхние дыхательные пути могут оказаться полностью блокированными (апноэ по греч. – остановка дыхания)

Синдром обструктивного апноэ сна

Чем опасен синдром обструктивного апноэ сна (сонное апное)?

- ночное апноэ может повлиять на здоровье; нехватка кислорода (гипоксия) во время сна;
- частые пробуждения ведут к разбитости, усталости, снижению работоспособности;
- резко возрастает частота сердечных сокращений, повышается артериальное давление, могут появиться различные нарушения ритма сердца; кровь поступает от конечностей с периферии и начинает скапливаться преимущественно в грудной клетке, тем самым, перегружая сердце излишним объемом.



Синдром обструктивного апноэ сна

Методы лечения СОАС разнообразны и зависят от сочетания причин и тяжести указанных расстройств. Их можно условно разделить на следующие категории:

- Общепрофилактические мероприятия.
- Применение внутриротовых приспособлений.
- Хирургическое удаление явных анатомических дефектов на уровне носа (септопластика, конхотомия, полипэктомия) и глотки (тонзиллэктомия, увулотомия, увулопалатофаринго-пластика).
- Лечение постоянным положительным давлением в дыхательных путях (СИПАП-терапия).





Психиатрия часть 6



Личностные расстройства

Каждый из нас представляет собой личность с уникальным и долговременным сочетанием внутреннего опыта и действий, направленных на окружающий мир. Как правило, мы реагируем на происходящее в присущей лишь нам предсказуемой и последовательной манере.

Эта последовательность, часто называемая чертами личности (personality traits), может являться результатом унаследованных характеристик, усвоенных реакций или комбинации и тех и других. Однако наша личность отличается и гибкостью. Мы учимся на собственном опыте. Взаимодействуя со своим окружением, мы опробуем различные ответы и смотрим, какие из них оказываются более эффективными. Именно этой гибкостью часто не обладают люди, страдающие расстройством личности

Специфическое расстройство личности

Это тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией. Личностное расстройство возникает обычно в позднем детстве или подростковом возрасте и продолжает проявляться в периоде зрелости. Поэтому диагноз личностного расстройства вряд ли адекватен до 16-17-летнего возраста.

Расстройства личности

Кроме того, принятая классификация расстройств личности такова, что столкнувшийся с ней неподготовленный человек, скорее всего, применит ее неправильно. Наши собственные черты или черты наших знакомых мы найдем в описании практически любого из этих расстройств, и у нас может возникнуть мысль, что и мы сами и все окружающие страдаем каким-либо расстройством личности

Расстройства личности

Люди с этим расстройством, как правило, не считают, что нуждаются в помощи, поэтому немногие добровольно обращаются к врачу. Более того, большинство из них считают роль пациента унижительной, не доверяют терапевту и противятся лечению. Поэтому неудивительно, что в случае расстройств личности, терапия помогает лишь в ограниченной степени и лечение продвигается вперед очень медленно

Расстройства личности

Кластер А представляет собой разрозненную группу, включающую параноидное, шизоидное и шизотипическое расстройства личности.

Кластер В представляет собой драматическую, чрезмерно эмоциональную или сумасбродную группу, включающую антисоциальное, пограничное, истероидное и нарциссическое расстройства личности.

Кластер С представляет собой тревожную или боязливую группу, включающую избегающее, зависимое и обсессивно-компульсивное расстройства личности.

Расстройства личности

Состояния, не объясняющиеся прямым образом обширным повреждением или заболеванием мозга или другим психическим расстройством и удовлетворяющие следующим критериям:

- а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например, аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям;
- б) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;

Расстройства личности

- в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;
- г) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости;
- д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени;
- е) обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

Параноидное расстройство личности

Всеобщее недоверие и подозрительности по отношению к другим людям, которые воспринимаются как враждебные, заметно в юношеском возрасте и присутствуют в различных контекстах, о чем свидетельствуют 4 (или более) из следующих черт:

1. безосновательные подозрения в том, что другие используют его или ее с целью навредить обмануть
2. постоянные неоправданные сомнения относительно верности и надежности друзей или коллег
3. нежелание участвовать в совместной деятельности из-за неоправданных опасений, что против него может быть использована информация, с целью нанести вред
4. замечания других людей и события неизменно расцениваются как скрытые унижения и угрозы
5. постоянное ощущение себя обиженным, нежелание простить мелкие оскорбления или несправедливость по отношению к себе
6. из всех замечаний в адрес своего характера и репутации замечает только критические и быстро отвечает гневом или контратакой
7. имеет периодические неоправданные подозрения, касающиеся верности супруга или партнера

Шизоидное расстройство

ЛИЧНОСТИ

Крайняя отчужденность в отношениях и трудность в выражении эмоций в межличностных ситуациях (при социальных контактах), начиная с подросткового возраста присутствует в самых разнообразных контекстах, и выражается 4 (или более) из следующих действий:

1. не имеет потребности в тесных отношениях, в том числе семейных
2. почти всегда выбирает сферу деятельности, в которой отсутствует сотрудничество
3. не заинтересован в сексуальных контактах с другими людьми
4. из-за крайне ограниченного количества социальных контактов, имеет мало опыта и не стремится к совместной деятельности
5. не имеет близких друзей и родственников за пределами первой степени родства
6. равнодушен к похвале или критике со стороны других
7. демонстрирует эмоционально холодные, отстраненные или неглубокие чувства

Шизотипальное расстройство личности

Острый дефицит социальных и межличностных связей является причиной дискомфорта во взаимоотношениях, в том числе, интимных, с другими людьми, а также сокращает познавательные возможности. Искажённое восприятие и странности поведения становятся заметны в юношеский период и проявляются в различных ситуациях, о чем свидетельствуют 5 (или более) из следующих действий:

1. вычурные идеи (не связанный бред)
2. необычные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и не соответствующие их собственной субкультуре (например, суеверия, вера в ясновидение, телепатия или шестое чувство, у детей и подростков причудливые фантазии или заботы)
3. необычные восприятия опыта, в том числе иллюзии

Шизотипальное расстройство личности

4. необычность мышления и речи (например, расплывчатость, многословность, метафоричность, чрезмерная детализация, или стереотипность)
5. подозрительность или параноидальные идеи
6. недостаточность или ограниченность аффекта (эмоций)
7. чудачество, эксцентричность, странное поведение или внешний вид
8. отсутствие близких друзей и родственников за пределами первой степени родства
9. чрезмерная социальная тревожность, которая не снижается в знакомой среде и связанная скорее с параноидальными страхами, чем с отрицательной самооценкой.

Диссоциальное расстройство личности

Отсутствие уважения и нарушение прав других лиц у подростков пятнадцатилетнего возраста, о чем свидетельствуют три (или более) из следующих действий:

1. люди с антисоциальным расстройством личности не в состоянии соответствовать социальным нормам, не соблюдают закон, о чем свидетельствуют неоднократные акты антисоциальных действий, являющиеся поводом для ареста
2. обман, использование фальшивых имен и другие способы мошенничества и манипуляций людьми для получения собственной выгоды или для удовольствия
3. импульсивность или неспособность планировать будущее
4. раздражительность и агрессивность, провокация драки или насилия

Диссоциальное расстройство личности

- 5. пренебрежения безопасностью себя и других
- 6. безответственность, на что указывает неспособность удержаться на постоянной работе или неоднократное невыполнение финансовых обязательств
- 7. демонстративное отсутствие чувств, о чем свидетельствует игнорирование или рационализация переживаний боли другими, при жестоком обращении или ограблении

Возраст не менее 18 лет.

Существует данные, указывающие на то, что подобное поведение началось в возрасте до 15 лет



Эмоционально неустойчивое расстройство личности

Выраженная нестабильность в межличностных отношениях, нестабильность самооценки проявляется в юношеском возрасте, и присутствуют в различных ситуациях, о чем свидетельствуют 5 (или более) из следующих признаков:

1. Титанические усилия, чтобы избежать реальной или воображаемой заброшенности. (За исключением суицидального поведения и актов самоповреждения, указанных в п.5)
2. Нестабильные и интенсивные межличностных отношений, характеризующиеся чередованием идеализации и обесценивания объектов.
3. Нарушения идентичности: повторяющиеся резкие колебания самооценки и самосознания.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности

4. Импульсивность, проявляющаяся, по крайней мере, в двух областях, являющихся потенциально опасными (например, в расходовании средств, сексе, злоупотребление наркотиками, неосторожная езда, обжорство). (За исключением суицидального поведения и актов самоповреждения, указанных в п.5)
 5. Повторяющееся суицидальное поведение, намерения или угрозы самоубийства, акты самоповреждения.
 6. Аффективная нестабильность, выражающаяся в резких перепадах настроения (например, эпизодические интенсивные дисфории, раздражительность или тревога, которая обычно продолжается несколько часов, редко дольше нескольких дней).
 7. Хроническое ощущение пустоты.
 8. Неадекватный, сильный гнев или трудности контроля гнева (например, частые проявления раздражительности, постоянный гнев, повторяющиеся драки).
 9. Связанные со стрессом параноидальные или диссоциативные симптомы
- Мир для них черно-белый без полутонов. Окружающие люди делятся на хороших и плохих.

Нарциссическое расстройство личности

Всеобъемлющая грандиозность (в фантазии или поведение), потребность в восхищении и отсутствие эмпатии, заметны в юношеском возрасте и присутствуют в различных контекстах, о чем свидетельствуют 5 (или более) из следующих признаков:

1. грандиозное ощущение собственного значения (например, преувеличение свои достижения и талантов, ожидание безусловного признания в качестве руководителя)
2. фантазии о неограниченном успехе, власти, блеске, красоте, идеальной любви
3. ощущение своей «исключительности» и «уникальности», убежденность в том, что может быть понят и оценен только такими же «исключительными» людьми или людьми с высоким статусом



Нарциссическое расстройство личности

4. потребность в чрезмерном восхищении
5. убежденность в обладании особыми правами, убежденность в том, что окружающие должны соответствовать его ожиданиями
6. используют людей для своих собственных целей
7. недостаток эмпатии (симпатический характер), нежелание сопереживать чувствам и потребностям других людей и идентифицировать себя с ними
8. зависть по отношению к другим и убежденность в зависти со стороны других
9. демонстративно высокомерное и надменное поведение или отношение

Истерическое расстройство личности

Ярко выраженная чрезмерная эмоциональность и потребность в получении внимания становятся заметны в юности, и присутствуют в различных ситуациях, о чем свидетельствуют 4 (или более) из следующих признаков:

1. дискомфорт в ситуациях, когда он или она не находится в центре внимания
2. взаимодействие с другими часто сексуально соблазнительно или провокационно
3. эмоции часто меняются и не глубоки
4. повышенное внимание к своей внешности с целью обратить на себя внимание
5. импрессионистский стиль речи с невниманием к деталям
6. самодраматизация, театральность и преувеличение в выражении эмоций
7. является внушаемый, то есть, подвержен влиянию других людей или обстоятельств
8. трактует отношения как более близкие, чем они есть на самом деле



Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности

Всеобъемлющий стиль озабоченности порядком, перфекционизм, контроль психологических и межличностных процессов в ущерб гибкости, открытости и эффективности. Заболевание заметно в юношеском возрасте и присутствуют в различных ситуациях, о чем свидетельствуют 4 (или более) из следующих признаков:

1. озабоченность подробностями, правилами, иерархией, порядком организации, схемами, которая заходит настолько далеко, что теряется общий смысл деятельности
2. перфекционизм в оценке результатов своей деятельности, приводящий к сильному страху допустить ошибки и снижению продуктивности

обсессивно-компульсивное расстройство личности

3. чрезмерная озабоченность работой и совершенствованием результатов деятельности за счет отдыха и дружеского общения (не из-за очевидных экономических проблем)
4. чрезмерная категоричность, скрупулезность, и негибкость о вопросах морали, этики и стандартов (не из-за культурных или религиозных принципов)
5. нежелание расстаться с использованными или бесполезными вещами, даже если они не имеют персональной ценности
6. нежелание делегировать свои полномочия или сотрудничать с другими людьми, из-за убежденности в их некомпетентности
7. жадность в отношении себя и других, нежелание делиться своим временем и деньгами
8. демонстрация жесткости и упорства

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности

Глубокое торможения в социальных контактах, чувство неполноценности и гиперчувствительность к негативной оценке, проявляется в юношеском возрасте и присутствуют в различных ситуациях, о чем свидетельствуют 4 (или более) из следующих признаков:

1. избегание профессиональной деятельности, связанной с интенсивными межличностными контактами из страха критики, осуждения или отвержения
2. нежелание иметь дело с людьми, без уверенности доброжелательного отношения с их стороны
3. сдержанность в интимных отношениях из-за боязни унижения и насмешек
4. озабоченность возможностью критики и отвержения в социальных ситуациях
5. нерешительность в новых социальных ситуациях из-за чувства неполноценности
6. восприятие себя как социально неприспособленного и непривлекательного или неполноценного
7. нежелание идти на риск или участвовать в новых видах деятельности из-за страха поставить себя в неловкое положение

Зависимое расстройство личности

Избыточная потребность в заботе о себе со стороны окружающих, что приводит к покорности, необходимости цепляться за других и страху отвержения. Заметно в юношеском возрасте, и присутствуют в различных ситуациях, о чем свидетельствуют 5 (или более) из следующих признаков:

1. трудности в принятии повседневных решений без избыточного количества рекомендаций и подтверждения другими
2. потребность в людях, которые принимали бы на себя ответственность за большинство решений в основных областях его жизни
3. трудности при выражении несогласия с другими, из страха потерять их поддержку и одобрение. Примечание: не из-за страха наказания
4. трудность при осуществлении самостоятельной деятельности (скорее из-за отсутствия уверенности в себе и в своих возможностях, чем из-за отсутствия мотивации, энергии)
5. готовность делать все, что угодно, даже неприятные вещи, чтобы получить заботу и поддержку других
6. ощущение дискомфорта и беспомощности из-за страха, что о нем не кому будет позаботиться
7. упорный поиск новых отношений в качестве источника помощи и поддержки в случае потери прежних отношений
8. неадекватный страх из-за перспективы самостоятельно заботиться о себе



Психиатрия



Безумие индивида это болезнь,
а безумие большинства - уже мода.

Соматоформн

ые

расстройства

Соматоформные расстройства

Соматизированное расстройство обычно начинается в возрасте около 20 лет, а к 30 годам больные уже уверены в наличии у них тяжелой болезни и имеют богатый опыт общения с врачами, целителями, знахарями. Заболевание имеет, как правило, хронический характер, с волнообразным течением. Сопровождается разнообразными эмоциональными нарушениями (тревожного, депрессивного спектра) и часто сочетается с длительным нарушением социального, межперсонального и семейного поведения. Расстройство значительно чаще встречается у женщин, чем у мужчин

100-й визит к доктору!!!



Дааа???

ИПОХОНДРИЯ!!!



Соматоформные расстройства

Симптомы, напоминающие соматическое заболевание, однако постоянные жалобы несмотря на излишнюю детализацию, расплывчаты, неточны и несогласованны во времени. Пациенты обращаются, как правило, в первую очередь к терапевтам, затем, будучи не удовлетворенными отсутствием результатов лечения, - к узким специалистам, используют дорогостоящие, подчас инвазивные, диагностические методы, часто госпитализируются в соматические стационары и переносят безрезультатные хирургические вмешательства

Соматоформные расстройства

Необходимо подчеркнуть, что требования к симптомам, предусмотренным и необходимым для установления диагноза, довольно жесткие. Так, на протяжении жизни пациент должен иметь минимум 8 соматоформных симптомов, причем интенсивность каждого из них должна быть достаточной для того, чтобы заставить пациента обратиться за медицинской помощью или принимать лекарственные препараты (рецептурные или безрецептурные) и вызвать заметное нарушение адаптации и качества жизни пациента (пропуск рабочих дней и др.).

.

Соматоформные расстройства

Такие жесткие требования к критериям диагностики установлены с целью уменьшить вероятность гипердиагностики соматоформных расстройств, учитывая то обстоятельство, что «необъяснимые» симптомы могут быть частью клинической картины некоторых трудно диагностируемых заболеваний, таких как, например, рассеянный склероз и системный волчаночный эритематоз

Соматизированное расстройство

1. В анамнезе — большое количество соматических жалоб, возникших до 30-летнего возраста. Эти жалобы отмечаются в течение нескольких лет; проводимое лечение не купировало их или привело к ухудшению.
2. Жалобы, отмечаемые в течение этого периода, включают в себя все из нижеследующих:
 - четыре разновидности болевых симптомов;
 - два симптома поражения желудочно-кишечного тракта;
 - один симптом нарушений в сексуальной сфере;
 - один симптом по типу неврологического расстройства.
3. Данные жалобы не могут быть полностью объяснены общесоматическим состоянием или приемом лекарств или продолжительность жалоб значительно выше обычных сроков при подобных же состояниях.
4. Нет преднамеренного вызывания или имитации симптомов

Соматизированное расстройство

Упорные отказы принять медицинские заверения в том, что нет адекватной физической причины соматических симптомов. (Если больной на короткое время успокоится, т. е. на несколько недель сразу после проведенных обследований, то это не исключает диагноза).

Диагностика Ипохондрического расстройства

Для достоверного диагноза необходимо сочетание обоих критериев:

- наличие упорной убежденности пациента (как минимум шестимесячной давности) о существовании одного или двух конкретных соматических заболеваний, обуславливающих имеющийся симптом или симптомы, причем указанная идея сохраняется, несмотря на то, что не обнаружено адекватное соматическое объяснение соответствующим жалобам;
- постоянное неверие различным докторам, пытающимся убедить пациента в отсутствии соматической болезни, обуславливающей их симптомы

Ипохондрия

Ипохондрия - соматоформное расстройство, при котором человек ошибочно подозревает, что незначительные изменения в функционировании его организма могут быть признаками серьезного заболевания

Ипохондрия

Люди, страдающие *ипохондрией*, нереалистично интерпретируют особенности функционирования своего организма, принимая их за признаки серьезного заболевания. Часто их симптомы - это просто нормальные изменения физического состояния, такие как случайный кашель, раздражение кожи или выделение пота. Хотя некоторые из таких пациентов признают, что их опасения чрезмерны, большинство с этим не соглашаются.

Хотя ипохондрия может проявиться в любом возрасте, чаще всего она начинается в молодости и в одинаковой степени поражает мужчин и женщин



Нарушение Конверсивное

психологический конфликт или потребность, которая проявляется в виде органической дисфункции или какого-либо физического проявления болезни. Больной может ослепнуть, оглохнуть, потерять чувствительность, у него может нарушиться походка или развиться паралич различных сегментов тела. Однако ни один из этих симптомов в данном случае нельзя рассматривать как симптом какого-либо органического заболевания.

Конверсивные нарушения ранее назывались истерией.

Диагностические критерии дисморфофобии

Body dysmorphic disorder

А. Озабоченность воображаемым дефектом внешности или излишняя обеспокоенность по поводу имеющегося легкого физического недостатка

Б. Озабоченность вызывает клинически значимый дискомфорт или нарушает жизнедеятельность больного в социальной, профессиональной или иных важных сферах

В. Озабоченность нельзя лучше объяснить иным психическим расстройством (например, неудовлетворенность фигурой при нервной анорексии)



Дисморфофобия

Больные с дисморфофобией обычно считают, что их иррациональная озабоченность вполне оправдана. Однако при предъявлении доказательств обратного (например, номограммы, удостоверяющей, что размеры головы находятся в пределах нормы) больной все-таки может признать, что его озабоченность лишена объективной основы.

Таким образом, сверхценные идеи больных с дисморфофобией можно расположить между obsessions и бредовыми идеями

Соматоформное болевое расстройство

Соматоформное болевое расстройство

Характеризуется длительными интенсивными болевыми ощущениями без проявлений соматического заболевания в, полной мере объясняющего интенсивность страданий пациента. Боль не распространяется по законам иннервации и в своей выраженности тесно связана с воздействием психологического фактора



Соматизированные расстройства

Ипохондрическое расстройство

Страх и сверхценная убежденность в наличие серьезного соматического заболевания при отсутствии симптомов последнего

Дисморфофобическое расстройство

Сверхценная убежденность в наличии воображаемого недостатка во внешности или какой – либо части тела



Сексуальные расстройства

Сексуальное реагирование человека представляет цикл из четырех фаз: влечение, возбуждение, оргазм и удовлетворение (разрешение)

Выделяют следующие категории сексуальных расстройств:

- Расстройства сексуального влечения
- Расстройства сексуального возбуждения
- Расстройства оргазма
- Болевые сексуальные расстройства

Наиболее частым нарушением у мужчин бывает расстройство сексуального возбуждения или импотенция, связанная не с органическими причинами (т.е. с каким-либо заболеванием), а с функциональными (психологическими) причинами.

Наиболее частая жалоба, с которой женщины обращаются к врачу - отсутствие сексуального удовлетворения (аноргазмия, фригидность).

Расстройство фазы влечения.

Фаза влечения в цикле сексуального реагирования включает побуждение заниматься сексом, сексуальные фантазии и сексуальное влечение к партнеру. Две дисфункции - пониженное сексуальное влечение и сексуальное отвращение - воздействуют на нарушение фазы влечения.

Сексуальные расстройства

Отсутствие или потеря полового влечения определяется как "недостаток или отсутствие сексуальных фантазий и желаний заниматься сексом"

Люди с сексуальным отвращением считают секс неприятным или отталкивающим. Сексуальные предложения вызывают у них тошноту, отвращение или пугают. Некоторых отталкивают отдельные аспекты секса, например введение пениса в вагину ; другие испытывают общее отвращение ко всяким сексуальным стимулам, в том числе к поцелуям и прикосновениям.



Расстройства фазы возбуждения.

Фаза возбуждения в цикле сексуального реагирования характеризуется изменениями в области таза, общим физическим возбуждением, усиленным сердцебиением, напряжением мышц, повышением артериального давления и учащенным дыханием. У мужчин кровь приливает к тазу и вызывает эрекцию пениса; у женщин в этой фазе происходит набухание клитора и малых половых губ и увлажнение вагины. Дисфункции фазы возбуждения - это расстройство полового возбуждения женщин (фригидность) и эректильное расстройство у мужчин (импотенция).

Расстройства фазы оргазма

В цикле сексуального реагирования в фазе оргазма сексуальное удовольствие человека достигает пика и сексуальное напряжение спадает по мере того, как мышцы таза сокращаются или ритмически сближаются. Мужское семя выбрасывается и внешняя треть стенок вагины женщины сокращается.

Дисфункции этой фазы цикла сексуального реагирования - преждевременная эякуляция, мужские оргазмические расстройства и женские оргазмические расстройства.

Библия секса

Нет предела совершенству



TURip:336 мь

Сексуальные расстройства

Преждевременная эякуляция - дисфункция, в которой мужчина достигает оргазма и эякулирует до или вскоре после проникновения пениса, или раньше, чем этого желает.

Мужское оргазмическое расстройство - мужская дисфункция, при которой мужчина постоянно оказывается не в состоянии достичь оргазма или оргазм наступает через длительный промежуток времени после нормального сексуального возбуждения

Диспареуния

Человек, страдающий диспареунией (от латинских слов, обозначающих «болезненное спаривание»), чувствует острую боль в гениталиях во время занятий сексом. Иногда диспареуния возникает и у мужчин, но она все же более характерна для женщин.

диспареуния в той или иной степени наблюдается у 10-15% женщин. Те, кто страдает от нее, как правило, получают удовольствие от секса и возбуждаются, но им кажется, что их сексуальная жизнь сильно ограничивается из-за боли, сопровождающей событие, в целом считающееся позитивным.

Вагинизм

При вагинизме непроизвольные сокращения мышц вокруг внешней трети вагины препятствует проникновению пениса. В самых серьезных случаях это расстройство может вообще помешать паре заниматься сексом. Около 20% женщин время от времени испытывают боль во время совокупления, однако вагинизмом страдают менее 1% всех женщин. Большинство клиницистов соглашаются с когнитивно-бихевиористской точкой зрения о том, что вагинизм это, как правило, приобретенная реакция, он вызван ожиданием женщины, что совокупление будет болезненным и может принести вред.

Сексуальные расстройства

Расстройства сексуального влечения могут проявляться в разных формах.

При сниженном влечении отсутствует побуждение к сексуальной активности, и человек избегает сексуальных контактов.

При извращении влечения оно направлено на другой объект, и возникают сексуальные перверсии (сексуальные извращения).

Парафилии

Парафилии определены как расстройства, при которых личность испытывает «повторные, интенсивные, сексуально возбуждающие фантазии, побуждения или совершает действия сексуального характера по отношению к

- 1) объектам, не относящимся к людям,
 - 2) себе или своему партнеру, причиняя страдания или унижения, или
 - 3) взрослым, не желающим этого, или детям».
- Пациент может быть неспособен к сексуальному возбуждению, не связанному с парафилией, или может испытывать навязчивую необходимость заниматься фантазиями или действиями, связанными с парафилией.

Типы парафилии включают:

Эксгибиционизм - сексуальное возбуждение от демонстрации своих гениталий незнакомцам.

Фетишизм — использование неодушевленных объектов, обычно предметов одежды, которые пациент может держать, тереть или обонять для достижения сексуального возбуждения;

Фетишизм трансвеститов — переодевание в одежду противоположного пола; обычно наблюдается у мужчин-гетеросексуалов, которые находят подобное переодевание сексуально привлекательным.

Педофилия — фантазии, стремления или поведение, включающие сексуальные действия с детьми;

Вуайеризм — наблюдение за раздетыми или занимающимися любовью людьми, не подозревающими о том, что за ними наблюдают;

Сексуальный садизм — сексуальное возбуждение от причинения страдания другим (физи-ческого или психологического);

Сексуальный мазохизм - сексуальное возбуждение от переживания боли, унижения, угроз или страдания, причиняемого каким-либо другим способом;

Фроттаж — прикосновение или трение о человека, не дававшего на это согласие.

Парафилии обнаруживаются почти исключительно среди мужчин

Эксгибиционизм

Расстройство полового предпочтения, которое заключается в периодически возникающей или постоянной тенденции неожиданно показывать свои половые органы незнакомым людям (обычно противоположного пола), что сопровождается половым возбуждением и мастурбацией, при этом намерении приглашение к половому акту «свидетелей» отсутствует.

Эксгибиционизм

Обычно в период эмоционального стресса возникает напряжение и компульсивное желание к демонстрации своих половых органов незнакомым людям, чаще противоположного пола. Обычно для этих целей выбираются скрытые места, из которых возможно бегство, иногда общественные места. Демонстрация часто сопровождается мастурбированием и эякуляцией.

Фетишизм

Расстройство полового предпочтения, которое связано с фетишом (какой-либо неживой предмет). Фетиш является самым важным источником сексуальной стимуляции или необходим для удовлетворительной сексуальной реакции, то есть эрекции и эякуляции.

Фетишизм

Фетиш обычно символизирует объект любви, он помогает усилить яркость фантазий и добиться максимального полового возбуждения. Может сопровождать как нормальную, так и патологическую сексуальность, преодоление трудностей в достижении фетиша также доставляет наслаждение. Часто сочетается с мастурбацией.

Насильственное стремление к фетишу может быть мучительно для пациента и приводит его к нарушению социальных норм, например воровство фетиша. В таких случаях фетишист может похищать женское белье, обувь, потерянные предметы, они составляют набор его коллекции. Обычно для каждого фетишиста характерен свой набор символов

Расстройство половой идентификации

Расстройство половой идентификации представляет собой состояние, при котором пациент испытывает сильное, стойкое желание иметь противоположный пол или настаивает на том, что он или она в действительности принадлежит к противоположному полу. Пациент испытывает стойкий, выраженный дискомфорт от своего действительного пола.

Расстройство половой идентификации.

Одно из самых интересных нарушений, связанных с сексуальностью, — это нарушение половой идентичности, или транссексуализм, расстройство, при котором люди постоянно чувствуют, что произошла чудовищная ошибка — они не соответствуют своему полу. Люди такого типа хотели бы избавиться от своих первичных и вторичных сексуальных признаков и приобрести характеристики другого пола

Расстройство половой идентичности

Люди с нарушением половой идентичности, как правило, чувствуют дискомфорт, когда носят одежду своего собственного пола, и вместо этого одеваются в одежду противоположного пола. Этот случай, однако, отличается от трансвестизма. Люди с такой парафилией переодеваются для того, чтобы прийти в состояние сексуального возбуждения; у людей, подверженных транссексуализму, есть гораздо более глубокие причины для переодевания — это нарушение гендерной идентификации. Помимо переодевания, люди с транссексуализмом часто играют роли и занимаются деятельностью, традиционно ассоциирующейся с другим полом



Возрастные психические аномалии

Психические аномалии могут возникнуть в любом возрасте. Однако некоторые виды аномалий чаще всего проявляются в определенные периоды человеческой жизни, в частности, в детстве или в старости. Иногда нарушения могут быть вызваны специфическими для этих периодов жизни стрессовыми факторами.

Возрастные психические аномалии

Ученые часто описывают жизнь как серию последовательных стадий, от рождения до смерти. Большинство людей проходят эти стадии в одном и том же порядке, хотя каждый делает это в своем собственном темпе и своим собственным способом.

Фрейд утверждал, что каждый ребенок проходит в своем развитии одни и те же пять стадий: оральную, анальную, фаллическую, латентную и генитальную. Эрик Эриксон, один из ведущих психологов XX века, к перечню важнейших стадий человеческой жизни добавил старость

Нарушения памяти в старости

Нерезкое снижение памяти является самым частым проявлением нормального психического старения. По мере старения снижается скорость психических процессов, ухудшается способность концентрации внимания, возникают трудности при припоминании отдельных имен, названий, запоминании новой информации. Эти нарушения памяти не препятствуют повседневной и общественной жизни людей старческого возраста, сохраняются неизменными все личностные и социальные характеристики человека.

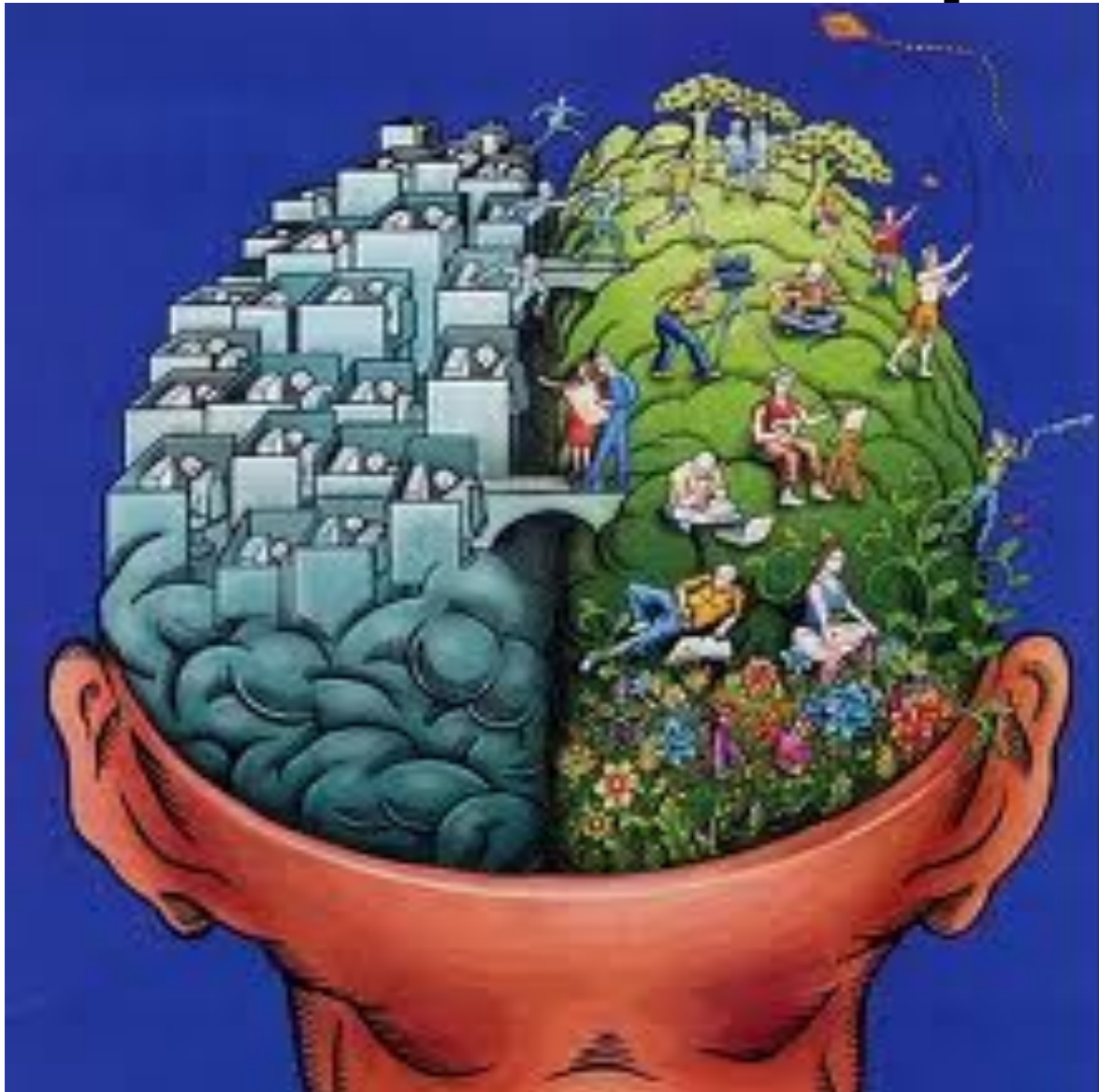
В случае неблагоприятного усиленного психического старения нарушения памяти более выражены и создают заметные трудности в повседневной жизни человека. Эти люди жалуются на забывчивость, они часто забывают, куда положили ту или иную вещь, не могут вспомнить имена знакомых людей, забывают отдельные даты, испытывают трудности при подсчете денег в магазине. Они стараются компенсировать нарушения памяти с помощью записей, тренировок, неоднократного повторения новой информации

Возрастные нарушения

памяти

Наконец, нарушения памяти в старости могут быть первым или наиболее заметным проявлением серьезного заболевания - деменции (старческого слабоумия). Наиболее частые причины старческой деменции - заболевание сосудов головного мозга и болезнь Альцгеймера. В случае деменции нарушения памяти никогда не бывают изолированными, а всегда сопровождаются изменениями других психических функций и поведения в целом. Нарушается ориентировка, сначала во времени, затем - в пространстве. Больные деменцией не могут назвать текущую дату, путают время года, могут заблудиться в знакомом месте. В более тяжелых случаях забывают родных, свой возраст, факты собственной жизни, иногда не узнают себя в зеркале. Грубо нарушается счет. Постепенно больные теряют привычные навыки, не могут самостоятельно одеться, умыться. Забытые события подменяются в рассказе больных ложными воспоминаниями. Постепенно нарушается речь, понимание окружающего, фразы становятся все более короткими, лишены смысла.

Психиатрия



Органические расстройства памяти.

Определенные нарушения памяти бывают вызваны явными органическими причинами, в число которых входят черепно-мозговые травмы, органические заболевания и неправильное применение лекарственных препаратов. Различают два вида органических расстройств памяти. Амнестические расстройства затрагивают главным образом память, тогда как деменции влияют и на память, и на другие когнитивные функции.

Расстройства памяти

Различают две системы человеческой памяти, которые работают сообща, помогая нам изучать новое и вспоминать старое. Кратковременная, или рабочая, память собирает новую информацию. Долговременная память аккумулирует всю информацию, которую мы собрали за многие годы и которая впервые проникла в наше сознание благодаря системе кратковременной памяти. Информация, хранимая в кратковременной памяти, должна быть преобразована, или объединена, в долговременную память, если мы собираемся ее в дальнейшем использовать

Анатомия памяти

По-видимому, определенные участки мозга играют особо важную роль в кратковременной и долговременной памяти. Среди участков, наиболее важных для функционирования кратковременной памяти, — передние части лобных долей

Среди участков мозга наиболее важными для функционирования долговременной памяти являются височные доли, включая гиппокампус (hippocampus) и миндалевидное тело (amygdala), ключевые структуры, расположенные под височными долями, а также промежуточный мозг, включая сосцевидные тела (mammillary bodies), таламус (thalamus) и гипоталамус (hypothalamus). Эти области, по-видимому, способствуют преобразованию кратковременной памяти в долговременную

Амнестические расстройства.

Ретроградной амнезией называют потерю памяти на события, которые происходили до события, вызвавшего амнезию.

Антероградная амнезия — это стойкая неспособность припоминать новую информацию, полученную после такого события.

Как мы уже отмечали, люди с диссоциативной амнезией, как правило, страдают ретроградной амнезией

Однако амнестические расстройства, органические расстройства, основным симптомом которых является потеря памяти, носят совершенно иной характер - у них почти всегда отмечается антероградная амнезия

Расстройства памяти

При антероградной амнезии информация из кратковременной памяти не может более переноситься в долговременную память. Неудивительно, что антероградная амнезия, наблюдаемая при амнестических расстройствах, часто является следствием повреждения височных долей или промежуточного мозга, участков, несущих основную ответственность за преобразование кратковременной памяти в долговременную.

При тяжелых формах антероградной амнезии новые знакомые забываются почти мгновенно, а за проблемы, решенные сегодня, приходится браться уже на следующий день. Люди могут не помнить ничего из того, что происходило после начала их органического расстройства. Например, пациент средних лет, заболевший более 30 лет назад, может по-прежнему считать, что Джимми Картер — президент США. При этом больной антероградной амнезией может сохранять все вербальные навыки и многие практические способности, и амнезия не отражается на его IQ.

Делирий

делирий определяется как «расстройство сознания и изменение когнитивных процессов, развивающиеся на протяжении короткого промежутка времени»

Делирий характеризуется легкой отвлекаемостью больных, нарушением концентрации внимания, расстройством памяти, дезориентацией, нарушением речи. Эти когнитивные расстройства бывает трудно оценить из-за неспособности больных сконцентрировать внимания и быстрых колебаний симптомов

Делирий

Критерии диагностики делирия

А. Расстройство сознания (например, неполное осознание окружающей обстановки) с ограничением способности фокусировать, поддерживать и переключать внимание

Б. Нарушение когнитивных функций (снижение памяти, дезориентация, расстройство речи) или расстройство восприятия, которые нельзя лучше объяснить наличием предшествующей, установленной или развивающейся деменции

В. Нарушения развиваются за короткий период времени (обычно часы или дни) и склонны к колебаниям в течение дня

Г. Данные анамнеза, физического осмотра или дополнительных методов исследования подтверждают, что нарушения являются прямым физиологическим следствием общего заболевания

ДЕЛИРИЙ

ДЕЛИРИЙ - неспецифический синдром, характеризующийся сочетанным расстройством сознания, восприятия, мышления, памяти, ритма сон - бодрствование, моторным возбуждением. Делириозное состояние является преходящим и колеблющимся по интенсивности. Наблюдается на фоне различных интоксикационных воздействий, обусловленных алкоголем, психоактивными веществами, а также заболеваниями печени, инфекционными болезнями, бактериальным эндокардитом и другими соматическими расстройствами.

Делирий

- Периодическая дезориентация в месте или времени.
- Легкая отвлекаемость на незначимые стимулы.
- Бормотание или ворчание (бессвязная речь).
- Гипер- или гипоактивность (ажитация или чрезмерная сонливость).
- «Заход солнца» (возрастание спутанности к вечеру) или субъективное ощущение спутанности.
- Иллюзии или преобладание зрительных галлюцинаций.
- Крайняя эмоциональная лабильность.
- Внезапная неспособность вспомнить события предшествующего дня.
- Преходящие трудности в поиске слов или дезорганизованная речь

ДЕМЕНЦИЯ

ДЕМЕНЦИЯ - состояние, обусловленное заболеванием, как правило, хронического или прогрессирующего характера, при котором имеются нарушения высших корковых функций, включая память, мышление, ориентировку, понимание происходящего вокруг, способность к обучению.

При этом сознание не изменено, наблюдаются нарушения поведения, мотиваций, эмоционального реагирования.

Характерна для болезни Альцгеймера, цереброваскулярных и других заболеваний, первично или вторично воздействующих на мозг.

Болезнь Альцгеймера

Болезнь Альцгеймера - одна из наиболее частых причин деменции (слабоумия) в пожилом и старческом возрасте. Деменция характеризуется выраженным упадком интеллектуальных функций человека с нарушением способности к правильному пониманию окружающей обстановки и самостоятельным действиям. Заболевание названо по имени А. Альцгеймера, описавшего эту форму болезни в 1906 году. При отсутствии лечения болезнь неуклонно прогрессирует и приводит к разрушению всех психических функций. Причины болезни Альцгеймера окончательно не выяснены. Имеется много данных, свидетельствующих о наследственной природе заболевания. Однако встречаются случаи, не связанные с наследственным предрасположением, особенно при более позднем начале болезни. Болезнь Альцгеймера может начаться в возрасте старше 50 лет, но чаще возникает после 70 и особенно после 80 лет.

Болезнь Альцгеймера

Болезнь Альцгеймера развивается постепенно, исподволь. Первым проявлением заболевания являются нарушения памяти и внимания. Новая информация усваивается все хуже. Человек становится забывчивым, рассеянным, текущие события в его переживаниях подменяются оживлением воспоминаний о прошлом. Как правило, уже на ранних стадиях болезни страдает ориентировка во времени. Нарушается представление о временной последовательности событий.

Наконец, первыми проявлениями болезни Альцгеймера могут быть бред или галлюцинации, а также затяжные депрессии.

На ранней стадии болезни Альцгеймера пациенты редко попадают к врачу, особенно если отсутствуют психические нарушения. Как правило, родственники больного рассматривают нарушения памяти и изменения характера как проявления естественного старения.



Болезнь Альцгеймера

При дальнейшем прогрессировании болезни Альцгеймера симптомы деменции становятся явными. Нарушается ориентировка во времени, пространстве, окружающей обстановке. Больные не знают дату, месяц и год могут потеряться в знакомом месте, не всегда понимают, где находятся, не узнают знакомых и близких людей. Постепенно нарушается ориентировка и в собственной личности. Больные не могут назвать свой возраст, забывают ключевые факты жизни. Нередко наблюдается "сдвиг в прошлое": они считают себя детьми или молодыми людьми, утверждают, что их давно умершие родители живы.

Болезнь Альцгеймера

Нарушаются привычные навыки: больные теряют способность пользоваться бытовыми приборами, не могут самостоятельно одеться, умыться. Осознанные действия подменяются стереотипным блужданием и бессмысленным собиранием вещей. Нарушается способность к счету, письму. Меняется речь. Вначале значительно обедняется словарный запас. Текущие события в высказываниях больного подменяются ложными воспоминаниями. Постепенно речь все больше теряет смысл, высказывания больных приобретают характер стереотипных фраз, обрывочных слов и слогов. В далеко зашедших стадиях болезни Альцгеймера пациенты полностью теряют способность существовать без посторонней помощи, речевая и двигательная активность ограничивается бессмысленными криками и стереотипными движениями в пределах постели.



Деменция при болезни Альцгеймера

Эпидемиология. Согласно эпидемиологическим данным, в целом в населении 5% лиц старше 65 лет страдают проявлениями деменции. Первичная дегенеративная деменция типа Альцгеймера выявляется у 50 – 60% всех лиц, страдающих деменцией.

Этиология и патоморфология. Этиология заболевания точно неизвестна. Имеются данные о том, что в основе форм заболевания с ранним началом основным этиологическим фактором является генетическая неполноценность, которая в настоящее время четко идентифицирована в 21 хромосоме. Кроме того, при болезни Альцгеймера выявлены нарушения обмена нейротрансмиттеров и нейромодуляторов

Болезнь Альцгеймера (БА) является первичным дегенеративным церебральным заболеванием с характерными neuropathological и neurochemical признаками

Болезнь Альцгеймера

В большинстве случаев болезнь Альцгеймера можно уверенно диагностировать только после смерти, когда удастся увидеть структурные изменения в головном мозге, такие как многочисленные нейрофибриллярные узлы и сенильные бляшки. Нейрофибриллярные узлы, скрученные белковые волокна, обнаруживаемые внутри клеток гиппокампуса и некоторых других участков головного мозга, появляются у всех стареющих людей, но у пациентов с болезнью Альцгеймера они образуются в очень большом количестве. Сенильные бляшки представляют собой сферические скопления мелких молекул бета-амилоидного белка (beta-amyloid protein), которые образуются в пространстве между клетками гиппокампуса и некоторых других отделов головного мозга, а также в некоторых прилежащих кровеносных сосудах. Образование бляшек является нормальной частью процесса старения, но у людей с болезнью Альцгеймера их опять-таки наблюдается исключительно много. Бляшки могут препятствовать взаимодействию клеток и тем самым вызывать их повреждение или гибель.

Болезнь Альцгеймера

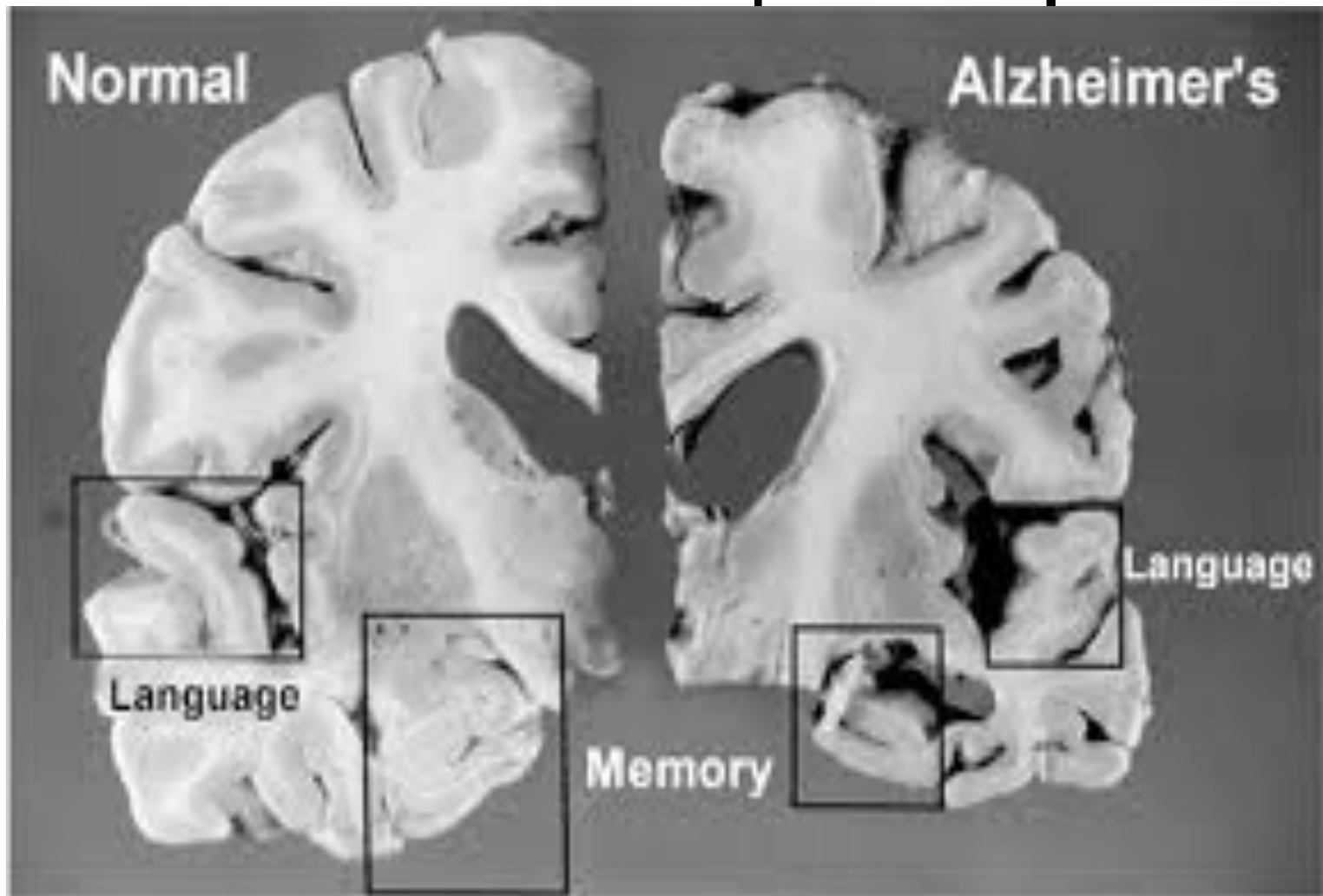
Для БА характерны следующие признаки:

- Наличие многочисленных сенильных бляшек (СБ) в коре мозга, гиппокампе и определённых подкорковых ядрах, в частности – в миндалях, базальных ядрах, голубом пятне и гипоталамусе.
 - Наличие отдельных нейрофибриллярных клубочков (НФК) в гиппокампе и коре мозга. Причём некоторые НФК находятся вне клеток, когда содержавшие их клетки погибли.
 - Отложения A β /бета-протеина в форме амилоида в стенах мелких сосудов мягкой паутинной оболочки и коре головного мозга практически у всех страдающих БА.
- Эти изменения сопровождаются существенным сокращением числа нервных клеток (30% и более)

Болезнь Альцгеймера

Масса и объем мозга, в частности его полушарий, при БА снижаются. По патологоанатомическим данным, уменьшение массы мозга у страдавших БА, по сравнению со здоровыми, достигает 7 - 8%. Иногда при БА выявляют массивную генерализованную атрофию коры мозга, как правило, - у относительно молодых больных. Также у страдающих БА уменьшены в объеме белое и глубокое серое вещество.

Болезнь Альцгеймера



Болезнь Альцгеймера

Клиника. Обычно заболевание имеет постепенное начало и медленно, но неуклонно развивается в течение нескольких лет. По времени это может быть и 2, и 3 года, но иногда значительно больше.

В случаях с началом заболевания до 65-70 лет имеется вероятность наличия в семейном анамнезе схожих форм деменции, более быстрого темпа течения и характерных признаков повреждения мозга в височной и теменной области, включая симптомы дисфазии и диспраксии.

В случаях с более поздним началом намечается тенденция к более медленному развитию, заболевание в этих случаях характеризуется общим поражением высших корковых функций.

Больные с синдромом Дауна подвержены высокому риску заболеть БА

Болезнь Альцгеймера

Для оценки ориентации больного просят назвать его имя, место нахождения, дату, время суток. Для оценки кратковременной памяти больного просят запомнить имя и адрес, которые повторяют до тех пор, пока больной не сможет их назвать. Концентрация проверяется путем проверки обратного отсчета от 20 до 1, а затем перечисления в обратном порядке месяцев года. В завершение больного просят повторить запомненные им имя и адрес.

Краткое исследование психического статуса (The Mini-Mental State Examination - MMSE) также можно использовать для оценки ориентации, концентрации внимания, запоминания и воспроизведения, праксиса, способностей к называнию, повторению и выполнению команд

Болезнь Альцгеймера

Исследователи установили, что в головном мозге жертв болезни Альцгеймера недостает ацетилхолина (acetylcholine) и глутамата (glutamate), двух нейротрансмиттеров, играющих ключевую роль в процессах памяти

Болезнь Альцгеймера

В настоящее время разработаны препараты, эффективность которых при лечении болезни Альцгеймера подтверждена в клинических испытаниях. Использование этих препаратов позволяет в значительной мере задержать процесс прогрессирования болезни, продлить жизнь больных, частично компенсировать уже нарушенные психические функции, улучшить процессы мышления и социальное функционирование больных и облегчить уход за ними. Эффективность лечения существенно возрастает при назначении препаратов на стадии начальной или умеренной деменции.



Деменция при болезни Пика

Прогрессирующее течение деменции начинается в среднем возрасте (обычно между 50 и 60 годами), с медленно нарастающими изменениями характера и социальным снижением, и последующими интеллектуальными нарушениями, снижением памяти, речевых функций с апатией, эйфорией и (иногда) экстрапирамидными феноменами.

Патологоанатомическая картина заболевания характеризуется избирательной атрофией лобных и височных долей, но без появления бляшек и нейрофибриллярных сплетений в избыточном количестве по сравнению с нормальным старением. При раннем начале намечается тенденция к злокачественному течению.

Социальные и поведенческие проявления часто предшествуют явным нарушениям памяти.



Деменция при болезни Пика

Для достоверного диагноза необходимы следующие признаки:

- а) прогрессирующая деменция;
- б) превалирование лобной симптоматики с эйфорией, эмоциональным побледнением, грубым социальным поведением, растормаживанием и либо апатией, либо беспокойным состоянием;
- в) такое поведение обычно предшествует отчетливым нарушениям памяти.

Лобные симптомы более выражены, чем височные и теменные, в отличие от болезни Альцгеймера

Сосудистая деменция

Сосудистая (прежняя артериосклеротическая) деменция, включая и мультиинфарктную, отличается от деменции при болезни Альцгеймера имеющимися сведениями о начале заболевания, клинической картиной и последующим течением. В типичных случаях отмечаются преходящие ишемические эпизоды с кратковременной потерей сознания, нестойкими парезами, потерей зрения. Деменция также может наступить после серии острых цереброваскулярных эпизодов, или, что реже бывает, после одной большой геморрагии. В таких случаях становится очевидным нарушение памяти и мыслительной деятельности. Начало (деменции) может быть внезапным, вслед за каким-нибудь одним ишемическим эпизодом, или же иметь постепенное начало.

Сосудистая деменция

В США **сосудистая деменция** занимает второе место по распространенности после болезни Альцгеймера. В некоторых других регионах мира, где частота инсульта очень высока, сосудистая деменция опережает по распространенности болезнь Альцгеймера.

Важно, однако, учитывать, что как болезнь Альцгеймера, так и сосудистая деменция - заболевания, связанные с возрастом, и поэтому нередко сочетаются у одного и того же больного.

Клиническая картина самой деменции при болезни Альцгеймера и сосудистой энцефалопатии практически идентична.

Критерии диагностики сосудистой деменции

А. Развитие множественного когнитивного дефекта, проявляющегося одновременно

- Нарушением памяти (нарушением способности запоминать новую или воспроизводить ранее заученную информацию)

Одним (или несколькими) из следующих когнитивных расстройств:

- афазия (расстройство речи)

- апраксия (нарушение способности выполнять действия, несмотря на сохранность элементарных двигательных функций)

- агнозия (нарушение способности распознавать или идентифицировать предметы, несмотря на сохранность элементарных сенсорных функций)

- расстройство регуляторных (исполнительных) функций (планирования, организации, поэтапной реализации, абстрагирования)

Б. Каждое из когнитивных нарушений, указанных в критериях А1 и А2, вызывает существенное расстройство жизнедеятельности в социальной или профессиональной сферах и представляет собой существенное снижение по отношению к прежнему уровню функционирования

В. Очаговые неврологические симптомы или параклинические признаки цереброваскулярного заболевания, которое можно этиологически связать с когнитивными нарушениями

Г. Когнитивный дефект не возникает исключительно во время делирия

СПИД-деменция

характеризуется когнитивными, двигательными и поведенческими расстройствами.

Расстройство когнитивных функций представлено синдромом подкорковой деменции с нарушением кратковременной и долговременной памяти, замедлением процессов мышления, ослаблением концентрации внимания. Двигательные симптомы включают изменения ходьбы, нарушение постуральной устойчивости, слабость конечностей, апраксию, изменения почерка. Из поведенческих нарушений чаще всего встречаются эмоциональная лабильность, тенденция к изоляции, апатия.



Умственная отсталость

Согласно определению, люди, страдающие **легкой умственной отсталостью** (уровень IQ от 50-55 до 70), составляют наиболее обширную группу, оцениваемую примерно в 85% от общего количества людей с этим расстройством. У детей с легкой умственной отсталостью обычно наблюдаются небольшие задержки в развитии в дошкольном возрасте, но, как правило, их расстройство остается незамеченным до начальной школы, когда начинают возникать проблемы с успеваемостью или поведением.

В большинстве своем дети с легкой умственной отсталостью, как правило, формируют социальные и коммуникативные навыки в дошкольном возрасте (до 5 лет), возможно, с небольшой задержкой развития экспрессивной речи. К концу подросткового возраста эти дети могут овладеть знаниями, приблизительно соответствующими программе шестого класса. В зрелом возрасте они обычно приобретают социальные и профессиональные навыки, достаточные для минимальной самостоятельности, но им может требоваться руководство, поддержка и помощь, особенно в условиях социального или экономического стресса. С соответствующей помощью люди, страдающие легкой умственной отсталостью, обычно могут успешно жить в обществе, независимо или же находясь под руководством

Умственная отсталость

Люди с **умеренной умственной отсталостью** (уровень IQ от 35-40 до 50-55) составляют около 10% страдающих умственной отсталостью. Они имеют большие интеллектуальные и адаптивные нарушения, чем люди с легкой умственной отсталостью, и обычно их расстройство обнаруживается в дошкольном возрасте в результате задержек в прохождении первых этапов развития. Ко времени зачисления в школу они могут общаться посредством одиночных слов и жестов, их умение обслуживать себя и моторные навыки, в среднем, соответствуют таковым у нормальных детей 2-3 лет. Многие люди, страдающие синдромом Дауна, функционируют на умеренном уровне умственной отсталости. Одни из них в повседневной жизни могут нуждаться лишь в некоторой поддержке, другим же может требоваться помощь в течение всей жизни.

Они могут также извлекать некоторую пользу от обучения социальным и профессиональным навыкам, но редко продвигаются в теоретических знаниях дальше уровня второго класса. У подростков с умеренной умственной отсталостью зачастую возникают трудности с распознаванием социальных правил, связанных, например, с одеждой и юмором, что сказывается на взаимоотношениях со сверстниками. К зрелому возрасту большинство людей с умеренной умственной отсталостью адаптируются настолько, что способны жить в обществе и выполнять неквалифицированную или полуквалифицированную работу в условиях мастерских-приютов

Умственная отсталость

Люди, имеющие **тяжелую умственную отсталость** (уровень IQ от 20-25 до 35-40), составляют приблизительно 3-4% от общего числа страдающих умственной отсталостью. Большинство подобных людей имеют, по крайней мере, одну органическую причину отсталости, например генетические дефекты, и получают диагноз в очень раннем возрасте вследствие значительной задержки развития и явных физических особенностей или аномалий. Этапы развития, такие как приобретение умения стоять, ходить и приучение к горшку проходятся ими значительно позже, чем того требует нормальное развитие. Элементарные навыки ухода за собой обычно приобретаются лишь в возрасте девяти лет. Кроме интеллектуальных нарушений у таких людей могут быть проблемы с физической подвижностью или иные проблемы, связанные со здоровьем: респираторные, сердечные или физические осложнения.

В возрасте от 13 до 15 лет их академические и адаптивные способности достигают уровня таковых у 4-6-летних нормальных детей

Умственная отсталость

Люди с глубокой умственной отсталостью (уровень IQ ниже 20-25) составляют приблизительно 1-2% страдающих умственной отсталостью. Они обычно получают диагноз в младенчестве вследствие значительной задержки развития и биологических аномалий

Умственная отсталость

По имеющимся фактам и оценкам, общее число детей и взрослых с умственной отсталостью, вероятнее всего, составляет от 1 до 3% общего населения

Установленным фактом является то, что умственная отсталость более распространена среди детей низкого социально-экономического статуса и среди детей, принадлежащих к национальным меньшинствам. Это касается в основном детей с легкой умственной отсталостью; более тяжелые степени умственной отсталости распространены практически равно в различных расовых и экономических группах

Сейчас известно более 1000 различных органических причин умственной отсталости

Умственная отсталость

Некоторые из этих причин оказывают свое воздействие до рождения (пренатальные). К ним относятся все генетические заболевания и нарушения внутриутробного развития.

Другие типы умственной отсталости вызваны причинами, связанными с родами (перинатальные), например преждевременными родами или недостатком кислорода (аноксия) при рождении.

Третьи типы умственной отсталости возникают в результате воспаления оболочек мозга (менингитов), черепно-мозговых травм и других факторов, воздействующих после рождения (постнатальные факторы)

Умственная отсталость

Хромосомные аномалии. Хромосомные аномалии являются наиболее распространенной причиной тяжелой умственной отсталости. **Синдром Дауна**, трисомия по 21 хромосоме, - наиболее распространенное заболевание, обусловленное подобными аномалиями.

Аномалии могут быть также связаны с числом половых хромосом, что приводит к таким формам умственной отсталости, как синдром Кляйнфельтера (XXY, заболевание, при котором у мужчин имеется одна лишняя X-хромосома) и синдром Тернера (XO, заболевание, при котором у женщин отсутствует вторая X-хромосома).

Синдром Прадера-Вилли

Синдром хрупкой X-хромосомы

Фенилкетонурия



Диагностические критерии умственной отсталости

- А. Значительное снижение интеллектуальных функций: при выполнении тестов на интеллект значение IQ не превышает 70 (у детей раннего возраста - клинически явное снижение интеллектуальных функций)
- Б. Сочетание дефицита или нарушения адаптации (то есть соответствие поведения человека возрастным нормативам в данной культурной группе) не менее чем в двух из следующих сфер: общение, уход за собой, жизнедеятельность в домашних условиях, социальные/межличностные навыки, использование общественных ресурсов, автономное целенаправленное поведение, функциональные академические навыки, работа, досуг, здоровье, безопасность
- В. Начало в возрасте до 18 лет

АУТИЗМ

Аутизм является одним из тяжелых нарушений развития, которое характеризуется серьезными недостатками социальных и коммуникативных навыков, а также стереотипными интересами и паттернами поведения

Аутизм был описан в 1943 году психиатром Лео Каннером (Leo Kanner), когда он наблюдал за 11-ю детьми, которые в течение первых лет своей жизни полностью замкнулись в себе. Они не воспринимали других людей, избегали зрительного контакта, не проявляли ни малейшего понимания социальной стороны жизни, частично или полностью не могли овладеть речью и постоянно повторяли одни и те же стереотипные движения. Для этих детей также были характерны персеверации, когда ребенок проявляет болезненно маниакальную настойчивость, требуя, чтобы каждый раз в неизменном виде воспроизводились его любимые ритуалы и занятия, нарушить которые не может никто, кроме него самого

Основные диагностические критерии аутизма,

(1) Качественные нарушения в сфере социальных взаимодействий, характеризующиеся, по крайней мере, двумя из следующих проявлений:

(а) Ярко выраженные проблемы при использовании различных форм невербального поведения, таких как: зрительный контакт, мимика, позы и жесты, служащие для регулирования социальных взаимодействий

(б) Неспособность устанавливать отношения со сверстниками, соответствующие текущей стадии развития

(в) Отсутствие спонтанного желания поделиться своей радостью, интересами или достижениями с другими людьми (ребенок не показывает пальцем на объекты своего интереса, не приносит и не протягивает их)

(г) Отсутствие социальной и эмоциональной взаимности

Основные диагностические критерии аутизма,

(2) Качественные нарушения в коммуникативной сфере, характеризующиеся, по крайней мере, одним из следующих проявлений:

(а) Задержка или полное отсутствие разговорной речи (не сопровождающаяся попытками компенсировать ее отсутствие с помощью альтернативных модусов коммуникации, таких как мимика и жесты)

(б) У лиц с нормальным развитием речи ярко выраженные проблемы, связанные со способностью начинать или поддерживать разговор с другими людьми

(в) Стереотипный или повторяющийся характер использования речи или речевая идиосинкразия

(г) Отсутствие игр, отличающихся разнообразием форм, проявлением спонтанности и участием воображения, а также отсутствие игр, имитирующих социальные аспекты действительности и соответствующих текущей стадии развития

Основные диагностические критерии аутизма,

(3) Крайне ограниченные, повторяющиеся и стереотипные паттерны поведения, интересы и виды занятий, характеризующиеся, по крайней мере, одним из следующих проявлений:

(а) Постоянное предпочтение и полная поглощенность одним или несколькими стереотипными и ограниченными интересами, патологическими по интенсивности и сосредоточенности

(б) Неизменное следование специфическим и нефункциональным ритуалам, либо выполнение однообразных рутинных действий

(в) Стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы (в частности, вращение или хлопки руками или пальцами либо сложные телодвижения)

(г) Постоянный интерес к определенным деталям или предметам

АУТИЗМ

- Дети, страдающие аутизмом, могут обладать разным *уровнем интеллектуальных способностей*; от крайней степени умственной отсталости до уровня, значительно превышающего средний.
- - Дети, страдающие аутизмом, обнаруживают различные *по степени тяжести речевые расстройства*.
- - Характер поведения детей, страдающих аутизмом, *меняется с возрастом*. Некоторые дети почти не развиваются, тогда как у других может наблюдаться значительный прогресс речевых навыков; они могут стать и более общительными.

АУТИЗМ

У пяти процентов детей, страдающих аутизмом, развивается необычайный талант в той или иной узкой области, значительно превосходящий способности даже нормально развитых детей их возраста. Такие дети, которых называют также *аутичными вундеркиндами (autistic savants)*, демонстрируют исключительные способности, касающиеся таких областей как счет, память, решение головоломок, музыка или рисование.

Аутизм

- Аутизм является редкой формой патологии, возникающей, как минимум, у 4-5 из 10 000 детей, однако показатели распространенности этого заболевания продолжают расти. Аутизм встречается среди мальчиков в 3-4 раза чаще, чем среди девочек. Этой болезнью страдают представители всех социальных слоев населения; она также обнаружена во всех странах, в которых проводились соответствующие исследования.
- Наиболее часто аутизм удается диагностировать в возрасте около двух лет или в более старшем возрасте, хотя его отдельные проявления, вероятно, присутствуют и в более раннем возрасте. В большинстве случаев у детей, страдающих аутизмом, с возрастом наступает постепенное улучшение, хотя при этом продолжают наблюдаться социально-коммуникативные нарушения, сохраняющиеся на протяжении всей жизни.
- Коэффициент интеллекта и уровень речевого развития являются наиболее надежными показателями для прогнозирования последствий аутизма.

Синдром Аспергера

Синдром Аспергера характеризуется преобладающим дефицитом социального взаимодействия, а также нетипичными интересами и паттернами поведения на фоне относительно нормального развития когнитивных и коммуникативных навыков. Сходство синдрома Аспергера и аутизма проявляется в одинаковом характере социальных проблем, а также наличии крайне узкого спектра стереотипных интересов, однако, в отличие от аутизма, при синдроме Аспергера не наблюдается общего отставания в речевом и когнитивном развитии, формировании навыков самообслуживания и адаптации (не связанных с социальным взаимодействием), а также не наблюдается отсутствия интереса к окружающему миру.

Синдром Ретта

. Девочки, страдающие синдромом Ретта, имеют нормальную окружность головы при рождении. Однако вслед за относительно нормальным периодом пренатального и раннего развития, составляющим первые 6-12 месяцев жизни, у детей начинают проявляться следующие специфические признаки болезни:

- Замедление роста головы.
- Утрата ранее приобретенных навыков целенаправленного использования рук, с последующим развитием стереотипных движений, напоминающих рукопожатие или умывание.

В течение нескольких недель ребенок утрачивает ранее приобретенные навыки, перестает говорить. Что часто ошибочно интерпретируется как аутизм. Появляются стереотипные движения - «мытьё рук», их сжимание, стискивание, сосание и кусание рук, постукивание ими по груди и лицу, атаксия и апраксия. Нарушается равновесие при ходьбе, теряется способность ходить

Психиатрия



Психические расстройства у детей

Дефицит внимания с гиперактивностью (ДВГ) - часто диагностируемое состояние, составляющее значительную долю повседневной клинической практики детских психиатров и неврологов.

Дефицит внимания с гиперактивностью - поведенческий синдром, который может быть вызван различными биопсихосоциальными факторами. Основные проявления синдрома - стойкое нарушение внимания и/или гиперактивность/импульсивность.

ДВГ - одно из наиболее распространенных расстройств детского возраста.

Психические расстройства у детей

Дефицит внимания с гиперактивностью подразделяют на три основных типа:

- тип с преобладанием нарушения внимания;
- тип с преобладанием гиперактивности и импульсивности.
- комбинированный тип, при котором выражены оба основных компонента: невнимательность и гиперактивность/импульсивность;

Выраженные симптомы должны присутствовать в течение не менее 6 месяцев и проявляться более чем в одной ситуации (дома, в школе, на работе или в других социальных ситуациях). Симптомы должны существенно затруднять жизнедеятельность больного и проявляться в возрасте до 7 лет



Нарушение внимания

- Не способен сосредоточиться на деталях или делает частые ошибки по невнимательности во время учебных занятий, работы или других видов активности
- Часто не способен поддерживать внимание при выполнении заданий или играх
- Часто отвлекается при выслушивании прямо обращенной речи
- Часто не способен следовать инструкциям и доводить до конца выполняемые задания в школе, на работе, дома (что не обусловлено негативизмом или непониманием инструкций)
- Часто испытывает затруднения при организации выполнения заданий и другой деятельности
- Часто избегает или стремится избежать за даний, требующих длительного умственного напряжения (в школе или дома)
- Часто теряет вещи, необходимые для выполнения заданий или определенной деятельности (например, игрушки, школьные принадлежности, учебники, карандаши, инструменты)
- Часто с легкостью отвлекается на посторонние раздражители
- Часто забывчив в повседневной деятельности

Гиперактивность

- Частые суетливые движения руками или ногами или ерзание на месте
- Часто погашает классную комнату или другие места, несмотря на то, что должен сидеть
- Неустанно бегают и карабкается в неподходящей ситуации (у подростков и взрослых возможно лишь внутреннее чувство беспокойства)
- Часто не способен играть в тихие игры или проводить досуг в спокойной обстановке
- Часто находится в постоянном движении или действуют «как заведенные»
- Часто излишне говорливы

Импульсивность

- Часто выкрикивает ответ, не дослушав вопрос
- Часто не может дождаться своей очереди
- Часто прерывает других или вклинивается в разговор (во время беседы или игры)

Психические расстройства у детей

Б. Некоторые симптомы гиперактивности, импульсивности и нарушения внимания, вызывающие дезадаптацию, проявляются в возрасте до 7 лет

В. Дезадаптация, вызванная симптомами, проявляется в двух или более сферах (например, в школе, на работе или дома)

Психические расстройства у детей

В настоящее время предпочтение отдается комплексному («мультимодальному») подходу, объединяющему медикаментозную терапию и методы психосоциальной коррекции.

Психостимуляторы - основной класс препаратов, применяемых при **дефиците внимания с гиперактивностью**. Из числа психостимуляторов наиболее широко используются метилфенидат (риталин), декстрамфетамин (декседрин)

Психостимуляторы ослабляют избыточную активность в ситуации организованной деятельности, например, на занятиях в школе; они уменьшают негативизм и агрессивность, повышая управляемость, академическую успеваемость и продуктивность

Особая проблема, связанная с применением психостимуляторов, заключается в их способности провоцировать, «демаскировать» тики и синдром Туретта или вызывать их обострение.

Тики, гиперкинезы

Тики - произвольные, неожиданные, повторяющиеся, рекуррентные, неритмические, стереотипные моторные движения или вокализация

И двигательные, и голосовые тики могут быть классифицированы как простые или сложные. Обычные простые двигательные тики включают в себя мигание, дергание шеи, подергивание носом, подергивание плечами, гримасничанье лица. Обычные простые вокальные тики включают в себя покашливание, шмыгание, похрюкивание, лаяние, фырканье, шипение. Обычные сложные двигательные тики - поколачивание себя, дотрагивание до себя и/или предметов, подпрыгивание, приседание, жестикуляция. Обычный комплекс голосовых тиков включает повторение особых слов, звуков (палилалия), фраз, ругательств (копролалия). Тики имеют тенденцию переживаться как неодолимые, но обычно они могут быть подавлены на различные периоды времени.



www.alligatorsinthesewer.net

Синдром де ля Туретта

Характеризуется как психоневрологическое заболевание с множественными двигательными и голосовыми тиками (моргание, покашливание, произношение фраз или слов, например «нет»), то усиливающимися, то ослабевающими.

Возникает в детском или подростковом возрасте, имеет хроническое течение и сопровождается неврологическими, поведенческими и эмоциональными нарушениями.

Синдром Жилья де ля Туретта чаще всего бывает наследственным

Тики, гиперкинезы

Характерно наличие множественных двигательных и одного и более голосовых тиков, хотя не всегда одновременно. Тики возникают много раз в течение дня, обычно приступообразно, практически ежедневно или с перерывами в течение года и более. Количество, частота, сложность, выраженность и локализация тиков меняются. Голосовые тики чаще множественные, с взрывчатыми вокализациями, иногда используются непристойные слова и фразы (копролалия), которые могут сопровождаться непристойными жестами (копропраксия). Как двигательные, так и голосовые тики могут на короткое время произвольно подавляться, обостряться при тревоге и стрессе и возникать или исчезать во время сна.

Синдром Жилья де ля Туретта протекает волнообразно. Заболевание обычно начинается до 18 лет, в 6-7 лет появляются тики мышц лица, головы или шеи, затем в течение нескольких лет они распространяются сверху вниз.

Расстройство поведения

Расстройство поведения должно продолжаться не менее 6 мес., во время которых наблюдается не менее трех проявлений (диагноз ставится только до 18-летнего возраста):

1. Воровство чего либо без ведома жертвы и борьбы более чем один раз (включая подделку документов).
2. Побег из дома на всю ночь не менее 2 раз, или один раз без возвращения (при проживании с родителями или опекунами).
3. Частая ложь (кроме случаев, когда лгут для избежания физического или сексуального наказания).
4. Специальное участие в поджогах.
5. Частые прогулы уроков (работы).
6. Необычно частые и тяжелые вспышки гнева.
7. Специальное проникновение в чужой дом, помещение, машину; специальное разрушение чужой собственности.
8. Физическая жестокость к животным.
9. Принуждение кого-либо к сексуальным отношениям.
10. Применение оружия более одного раза; часто зачинщик драк.
11. Воровство после борьбы (например, ударил жертву и выхватил кошелек; вымогательство или вооруженное ограбление).
12. Физическая жестокость к людям.
13. Вызывающее провокационное поведение и постоянное, откровенное непослушание

Расстройства поведения у детей

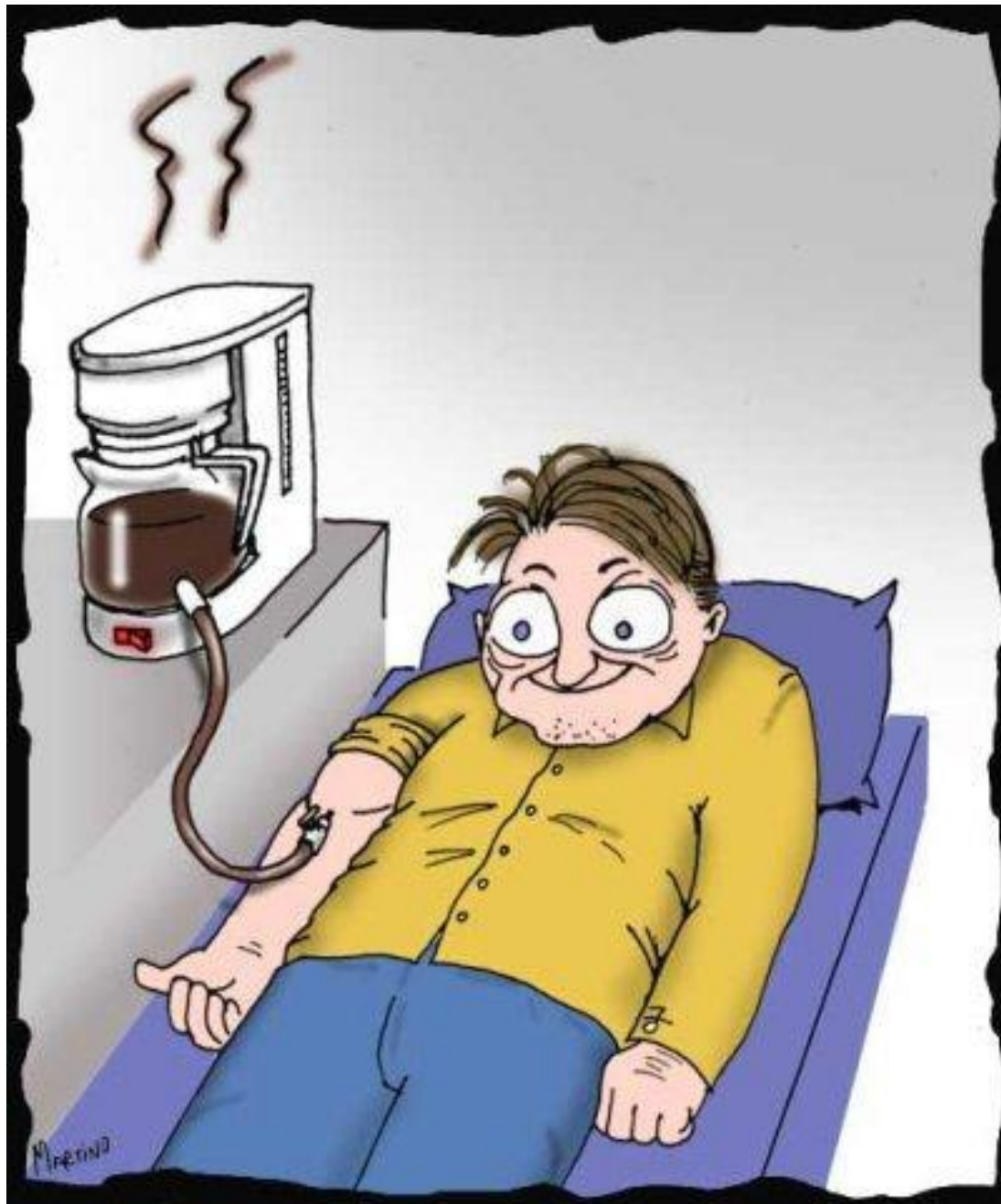
Специфические расстройства развития школьных навыков включают:

- - *специфическое нарушение навыков чтения «дислексия»;*
- - *специфическое нарушение навыков письма «дисграфия»;*
- - *специфическое нарушение арифметических навыков «дискалькулия»;*
- - *смешанное расстройство школьных навыков «трудности обучения»*

Эти расстройства возникают вследствие нарушений в обработке когнитивной информации, что во многом происходит в результате биологической дисфункции. Характерно, что нормальное приобретение навыков нарушено с ранних стадий развития. Они не являются следствием неблагоприятных условий обучения и не связаны с получением мозговой травмы или болезни. Нарушение должно присутствовать с первых лет обучения, а не приобретаться в ходе образования. Нарушения не должны быть обусловлены нелеченными или некорригированными зрительными или слуховыми расстройствами.

Substance-Related Problems





Злоупотребление психоактивными веществами

1. Деадаптивный паттерн употребления психоактивных веществ, приводящий к выраженному дистрессу или ухудшению.
2. В течение года справедливо хотя бы одно из следующих положений:
 - периодически повторяющийся прием психоактивных веществ, приводящий к невыполнению основных обязанностей на работе, в школе или дома; e.g., repeated absences or poor work performance related to substance use
 - периодически повторяющийся прием этих веществ в ситуациях, опасных для здоровья; e.g., driving an automobile
 - неоднократные проблемы с законом на почве злоупотребления психоактивными веществами;
 - употребление психоактивных веществ, продолжающееся несмотря на возникающие или возрастающие в этой связи проблемы в личной и социальной жизни.

Злоупотребление

ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ (*abuse*) - термин, который широко используется, но имеет различные значения

"злоупотребление **психоактивными веществами**" определяется как "неадекватное потребление характеризуемое... продолжением потребления несмотря на осознание того, что это потребление обуславливает или обостряет постоянные или временные социальные, производственные, психологические или физические проблемы или же периодическим потреблением в ситуациях, когда это физически опасно".

Зависимость от психоактивных веществ

1. Дезадаптивный паттерн употребления психоактивных веществ, приводящий к выраженному дистрессу или ухудшению.
2. Три и более из нижеследующих симптомов:
 - толерантность;
 - синдром отмены;
 - психоактивные вещества употребляются чаще и в больших дозах, чем хотелось бы;
 - постоянное желание или безуспешные попытки контролировать употребление психоактивных веществ;
 - значительная часть времени тратится на получение, употребление психоактивных веществ и восстановление после их приема;
 - употребление психоактивных веществ приводит к прекращению важных дел;
 - употребление психоактивных веществ, продолжающееся несмотря на возникающие или возрастающие в этой связи проблемы здоровья

Абстинентный синдром

АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ (*withdrawal syndrome*) - группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, встречающихся при прекращении или уменьшении потребления психоактивного вещества, которое принималось неоднократно, обычно в течение длительного времени и/или в больших дозах. Синдром может сопровождаться признаками физиологических расстройств.

Начало и ход абстинентного синдрома ограничено во времени и связано с типом вещества и дозой, принятой непосредственно перед прекращением или уменьшением потребления. Как правило, признаки абстинентного синдрома противоположны признакам острой **интоксикации**.

толерантность

ТОЛЕРАНТНОСТЬ (*tolerance*) - снижение реакции на дозу **наркотика**, встречающееся при длительном употреблении. Все большие дозы алкоголя и иных наркотиков необходимы для получения эффектов, первоначально вызывавшимися меньшими дозами. Толерантность является одним из критериев **синдрома зависимости**.

Инттоксикация

ИНТОКСИКАЦИЯ (*intoxication*) - состояние, следующее за приемом **психоактивных веществ** и проявляющееся в расстройствах уровней сознания, восприятия, суждения, эмоциональных реакций или поведения, или иных психофизиологических функций и реакций. Расстройства связаны с острыми фармакологическими эффектами психоактивных веществ или же с усвоенными реакциями на них. Со временем они проходят до полного восстановления за исключением случаев, когда повреждены ткани или возникло иное осложнение. Термин особенно часто используют в отношении алкоголя, его эквивалентом в повседневной речи является "опьянение".

Инттоксикация сильно зависит от типа и дозы наркотика, на нее влияет индивидуальный уровень **толерантности** и иные факторы. Часто наркотик принимается для того, чтобы достичь желаемой степени инттоксикации. Поведенческое выражение данного уровня инттоксикации подвержено сильному влиянию культуральных и личных ожиданий о воздействиях наркотика.

Алкогольная интоксикация

характеризуется такими признаками как

- покраснение лица,
- сбивчивая речь,
- неустойчивая походка,
- эйфория,
- усиленная активность,
- болтливость,
- беспорядочное поведение,
- замедленная реакция,
- ухудшение координации,
- нечувствительность и помрачение сознания



***Синдром Отмены* (абстинентный синдром)**

также известный как алкогольный абстинентный синдром

А. Прекращение (или сокращение) употребления алкоголя, которое было значительным в течение длительного времени.

В. Два (или более) следующих симптома, развившихся в течение нескольких часов или дней после критерия А:

- 1) Повышенная активность вегетативной нервной системы (потливость или частота пульса выше 100)
- 2) Выраженный тремор рук
- 3) Бессонница
- 4) Тошнота или рвота
- 5) Преходящие визуальные, тактильные или слуховые галлюцинации, или иллюзии
- 6) Психомоторное возбуждение
- 7) Тревога
- 8) Помрачение сознания



Алкогольный абстинентный синдром

Алкогольный абстинентный синдром встречается через 6-48 часов после прекращения потребления алкоголя и, если нет осложнений, ослабевает после 2-5 дней. Может осложняться эпилептическим припадком и прогрессировать до делирия

Корсаковский алкогольный психоз

Синдром Вернике-Корсакова или корсаковский алкогольный психоз может быть как острым проявлением алкогольной интоксикации, так и хроническим состоянием, позволяющим говорить о серьезном поражении психики.

По сути это два разных состояния: энцефалопатия Вернике (острое) и психоз Корсакова(хроническое).

Основная причина развития синдрома Вернике-Корсакова — тотальный авитаминоз тиамина — витамина В1. Основная причина, приводящая к развитию синдрома Вернике-Корсакова — алкоголизм, неважно — острый или хронический. Иногда СВК развивается у больных СПИДом, опухолями головного и спинного мозга, некоторыми заболеваниями почек и сосудов. Существует так называемая триада СВК — то есть три основных признака. К ним относятся офтальмоплегия — паралич глазных мышц, проявляющийся неподвижностью глазного яблока и двоением в глазах, атаксия — невозможность контроля за произвольными движениями, спутанность сознания.

Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина

Имеют место признаки изменения психического состояния из числа следующих:

- *эйфория и ощущение повышенной энергичности (прилива энергии);*
- *повышение уровня бодрствования ("сверхбодрствование");*
- *переоценка собственной личности;*
- *грубость или агрессивность;*
- *склонность к спору;*
- *лабильность настроения;*
- *стереотипные действия;*
- *нарушения социального функционирования от чрезмерной общительности до социальной отгороженности.*

Могут присутствовать признаки из числа следующих:

- *тахикардия (иногда брадикардия);*
- *артериальная гипертензия (иногда гипотензия);*
- *потливость и озноб;*
- *тошнота или рвота;*
- *расширение зрачков;*
- *мышечная слабость;*
- *Аритмии. боли в груди;*
- *Кома, судороги*



Синдром отмены кокаина

Имеет место нарушенное настроение (например, депрессия и/или ангедония).

Могут присутствовать признаки из числа следующих:

- апатия и астения;*
- психомоторная заторможенность или возбуждение;*
- повышенный аппетит;*
- бессонница или гиперсомния;*
- причудливые или неприятные сновидения.*

Амфетамины

Амфетамины усиливают дофаминергическую активность, прежде всего за счет стимуляции пресинаптического высвобождения дофамина, а не вследствие блокады его обратного захвата, как кокаин

Амфетамины

При использовании пероральных психостимуляторов, назначаемых для снижения веса. Эти препараты уменьшают аппетит, что приводит к краткосрочному снижению веса, однако их эффект быстро ослабляется из-за развития толерантности. В экспериментах на крысах показано, что при прекращении приема амфетамина наступает рикошетное усиление аппетита, и в результате вес превышает уровень, имевшийся до назначения амфетамина. Поэтому анорексигены не могут применяться сами по себе, как самостоятельный метод лечения ожирения, но используются как временное вспомогательное средство в комбинации со специальными поведенческими методиками.

Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных или снотворных средств

Имеют место признаки изменения психического состояния из числа следующих:

- *расторженность;*
- *грубость или агрессивность;*
- *лабильность настроения;*
- *нарушения социального функционирования.*

Могут присутствовать признаки из числа следующих:

- *шаткость походки;*
- *нарушения статики и координации движений;*
- *смазанная речь;*
- *нистагм;*
- *угнетение сознания (например, сопор, кома);*
- *нарушения внимания*

Синдром отмены седативных или снотворных веществ

Могут присутствовать признаки из числа следующих:

- тремор вытянутых рук;*
- тошнота или рвота;*
- тахикардия;*
- психомоторное возбуждение;*
- бессонница;*
- эпизодические зрительные, тактильные, слуховые галлюцинации или иллюзии;*
- большие судорожные припадки;*
- дисфория;*

ОПИАТЫ

ОПИОИД (*opioid*) - обобщенный термин для обозначения алкалоидов из опиумного мака, их синтетических аналогов, которые действуют на одни и те же рецепторы мозга, способны ослаблять боль и вызывать чувство эйфории. Опиумные алкалоиды и их синтетические аналоги при высоких дозах также вызывают ступор, кому и угнетение дыхания.

Опиумные алкалоиды и их полусинтетические производные включают в себя морфий, героин, кодеин и другие наркотики. К синтетическим опиоидам относятся метадон и иные препараты. Наиболее часто используемые опиоиды вызывают обезболивание, изменения настроения (от эйфории до апатии), сонливость, нарушение психомоторных функций, ухудшение концентрации и памяти. Со временем к морфию и его аналогам развивается толерантность, а в организме происходят нейроадаптационные изменения, которые и вызывают усиленную реакцию при прекращении приема наркотика. При **абстинентном синдроме** наблюдается беспокойство, слезоотделение, бессонница, тошнота или рвота, понос, судороги, мышечные боли и лихорадка. В случае быстродействующих наркотиков, таких как морфий и героин, симптомы абстиненции могут проявиться через 8-12 часов после последнего приема наркотика, достичь своего пика через 48-72 часа и пройти через 7-10 дней. В случае наркотиков длительного действия, таких как метадон, симптомы абстиненции могут не проявляться в течение 1-3 суток вслед за последней дозой, пик симптомов наблюдается между третьим и восьмым днем и могут сохраняться в течение нескольких недель, но обычно эти симптомы слабее тех, что вызываются морфием или героином при равных дозах.

Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов

Имеют место признаки изменения психического состояния из числа следующих:

- *апатия и седация;*
- *расторможенность;*
- *психомоторная заторможенность;*
- *нарушения суждений;*
- *нарушения социального функционирования.*

Могут присутствовать признаки из числа следующих:

- *сонливость;*
- *смазанная речь;*
- *сужение зрачков (за исключением состояний аноксии от тяжелой передозировки, когда зрачки расширяются);*
- *угнетение сознания (например, сопор, кома).*
- *нарушения внимания;*



Синдром отмены опиоидов

Могут присутствовать признаки из числа следующих:

- ринорея или чихание;*
- слезотечение;*
- мышечные боли;*
- тошнота или рвота;*
- диарея;*
- расширение зрачков;*
- образование "гусиной кожи",*
- зевота;*
- беспокойный сон;*
- дисфория.*

Синдром отмены табака

Могут присутствовать признаки из числа следующих:

- чувство недомогания или слабость;*
- дисфория;*
- раздражительность или беспокойство;*
- бессонница;*
- повышенный аппетит;*
- затруднения концентрации внимания*
- Снижение пульса*



Марихуана

Марихуана - наиболее часто употребляемое в США нелегальное психоактивное вещество.

Токсическое действие марихуаны проявляется изменениями настроения, восприятия, мотивации. Но главный эффект, ради которого большинство лиц употребляет марихуану, - это ощущение эйфории. Лица, употребляющие наркотические средства, утверждают, что «кайф», получаемый от психостимуляторов и опиоидов, различается.

Препараты конопли

(каннабиоиды)

КАННАБИС (*cannabis*) - общий термин для обозначения психоактивных препаратов из конопли (*Cannabis sativa*), в число которых входят марихуана, гашиш и др. В каннабисе содержится по меньшей мере 60 каннабиоидов, некоторые из которых биологически активны. Наиболее активным является 9-тетрагидроканнабиол, который может быть определен в моче в течение нескольких недель после приема каннабиса.

Конопля



Каннабиоиды

Марихуана вызывает и другие сложные феномены, например, ощущение ускоренного течения мыслей или обостренное чувство голода. Могут возникать и неприятные реакции, например панические атаки или галлюцинации и даже острый психоз. Марихуана может вызывать шизофреноподобный синдром, имеются многочисленные клинические сообщения о том, что она способна спровоцировать рецидив у лиц с проявлениями шизофрении в анамнезе. Больные шизофренией в состоянии ремиссии особенно чувствительны к негативному влиянию марихуаны на психический статус

Каннабиоиды

Один из наиболее противоречивых эффектов, приписываемых марихуане, - способность вызывать «амотивационный синдром». Этот термин - не официальный диагноз; он используется для обозначения состояния молодых людей, которые отошли от любой социальной активности, не проявляют ни малейшего интереса к школе, работе или другой целенаправленной активности. Когда эти проявления возникают у человека, злоупотребляющего марихуаной, то именно последняя считается их причиной.

Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов

Имеют место признаки изменения психического состояния из числа следующих:

- *эйфория и расторможенность;*
- *тревога или ажитация;*
- *чувство замедления времени и/или переживание быстрого течения мыслей; нарушения суждений;*
- *изменение скорости реакций;*
- *нарушения социального функционирования.*

Могут присутствовать признаки, из числа следующих:

- *повышение аппетита;*
- *сухость во рту;*
- *инъецированность склер;*
- *тахикардия.*

Галлюциногены

Искажения восприятия, такие как галлюцинации или иллюзии, а также расстройства мышления могут вызываться многими препаратами, если их принимают в токсических дозах. Искажения восприятия и галлюцинации могут также наблюдаться в период абстинентного синдрома при прекращении употребления седативных веществ (например, алкоголя или барбитуратов). Тем не менее некоторые вещества вызывают нарушения восприятия, мышления и аффективные расстройства даже в низких дозах, которые не оказывают существенного воздействия на память и ориентацию. Подобные вещества часто называют галлюциногенами (психоделиками). **ГАЛЛЮЦИНОГЕН (*hallucinogen*)** - химический агент, который вызывает изменения восприятия, мышления и чувств, напоминающие изменения при психозах.

Галлюциногены

Галлюциногены включают ЛСД, псилоцибин, мескалин и метиленадиоксиметамфетамин (МДМА, «экстази»).

Препараты имеют сильное сродство к серотониновым рецепторам

Галлюциногены

Искажение зрительного восприятия особенно выражено при применении ЛСД. Цвета кажутся более интенсивными, форма предметов может искажаться, человек обращает внимание на необычные нюансы, например, на рисунок роста волос на тыле кисти.

Так называемое «плохое путешествие» («bad trip») характеризуется интенсивной тревогой, хотя иногда отмечается тяжелая депрессия и суицидальные идеи. Обычно выражены зрительные расстройства.



Галлюциногены

Особенно неблагоприятное последствие ЛСД и других аналогичных средств заключается в возникновении эпизодических зрительных расстройств, которые наблюдаются у небольшой части лиц, в прошлом употреблявших ЛСД. Этот феномен был назван «флэшбэком» и напоминает ощущения, возникавшие на фоне действия ЛСД. В настоящее время в официальных классификациях он обозначается как персистирующее расстройство восприятия, вызванное галлюциногенами. Данный феномен проявляется ложными изображениями на периферии поля зрения, потоком цветowych геометрических галлюцинаций

Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов

Имеют место признаки изменения психического состояния из числа следующих:

- *тревога и боязливость;*
- *параноидная настроенность;*
- *идеи отношения;*
- *лабильность настроения;*
- *импульсивные поступки;*
- *гиперактивность;*
- *нарушения социального функционирования.*

Могут присутствовать признаки из числа следующих:

- *тахикардия;*
- *сердцебиение;*
- *потливость и озноб;*
- *тремор;*
- *расширение зрачков;*
- *нарушения координации;*
- *снижение остроты зрения.*

Ингалянты

К ингалянтам относятся несколько различных категорий химических веществ, которые испаряются при комнатной температуре и при вдыхании могут вызывать резкие изменения психического статуса. Примерами могут служить толуол, керосин, бензин, амилнитрат, закись азота.

Ингаляты

Результаты исследований, проведенных сотрудниками Центра профилактики наркозависимости и психического здоровья в Торонто (САМН), свидетельствуют о том, что употребление метамфетамина и марихуаны повышают риск заболевания шизофренией в полтора-три раза.

В ходе работы, о которой идет речь, ученые обследовали около 2.000 пациентов, имеющих болезненную зависимость от метамфетамина, марихуаны, алкоголя, кокаина и опиатов. На основе полученных данных был сделан вывод о том, что так называемый "мет" в несколько раз повышает риск развития шизофрении

Ранее подобные результаты были получены в ходе обследования больных, регулярно употребляющих легкий наркотик – марихуану. Механизм этой зависимости пока не был обнаружен, однако ученые полагают, что "мет" и гашиш являются триггерами, приводящими в действие наследственную склонность к этому тяжелому психическому заболеванию

Расстройства памяти

Парамнезии — нарушения памяти в виде искажения, обмана памяти, ложных воспоминаний. Встречается в следующих формах:

Псевдореминисценции - ошибочные воспоминания, иллюзии памяти. Воспоминания о действительно имевших место событиях относятся больным в иной временной отрезок. Перенос событий осуществляется обычно из прошлого в настоящее, в котором замещает провалы памяти, возникающие в результате фиксационной или прогрессирующей амнезии.

Конфабуляции («вымыслы памяти», «галлюцинации памяти», «бред воображения») - яркие, образные ложные воспоминания с патологической убежденностью в их истинности. Больной вспоминает события и факты, которые якобы имели место в его жизни, тогда как в действительности они отсутствовали.