



Патология, синдромология и нозология психогенного регистра:

Реактивные психозы

Неврозы

Соматоформные расстройства

Психосоматические заболевания

Постстрессовые расстройства

Расстройства дигестивного поведения

Диссомнии

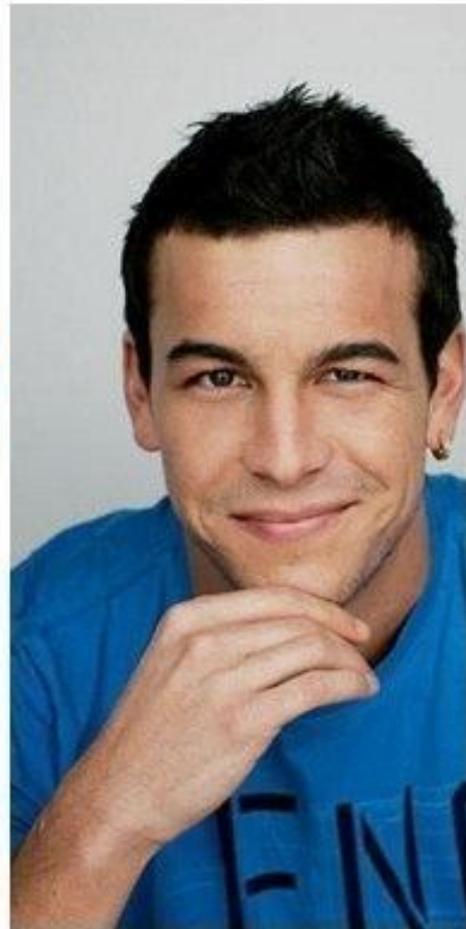
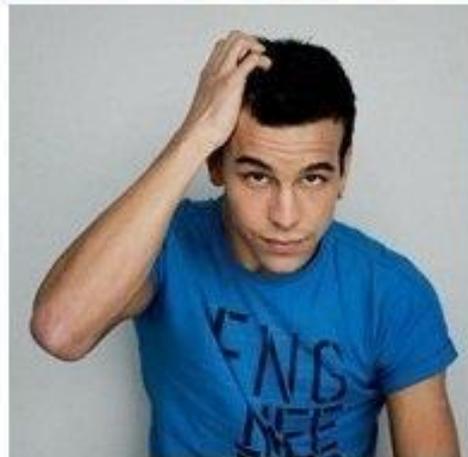
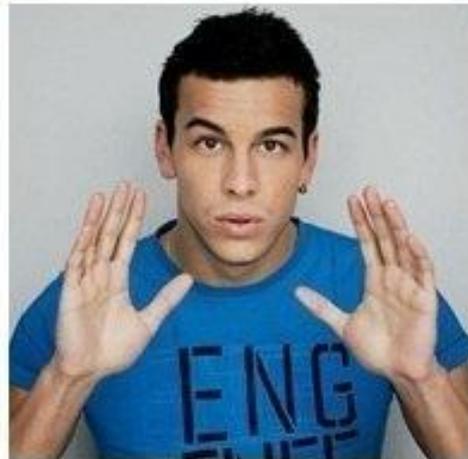
Триада К.Ясперса (1910)

- ❑ Психогенное заболевание развивается непосредственно после воздействия психической травмы.
- ❑ Проявления болезни непосредственно вытекают из содержания психотравмы, между ними имеются психологически понятные связи.
- ❑ Течение заболевания тесно связано с выраженностью и актуальностью психотравмы. Ее разрешение приводит к прекращению или значительному ослаблению проявления болезни.

Наиболее общие нарушения, характерные для пограничных состояний:

- Взаимосвязь собственно психических расстройств с вегетативными дисфункциями, нарушениями ночного сна и соматическими проявлениями.
- Ведущая роль психогенных факторов в возникновении и декомпенсации болезненных нарушений.
- Наличие в большинстве случаев «органической предрасположенности» (минимальных неврологических дисфункций мозговых систем), способствующих развитию и декомпенсации болезненных проявлений.
- Взаимосвязь болезненных расстройств с личностно-типологическими особенностями больного.
- Сохранение больными критического отношения к своему состоянию.

NB! *Психогенные психические расстройства возникают как результат взаимодействия личности пациента и психотравмы.*



Аффективно-шоковые реакции (острая реакция на стресс)

- По сути дела, это три описанных Кенноном базовых реакции живого существа на стресс – бегство, нападение и оцепенение (мнимая смерть).
- В крайних формах это клинически проявляется как хаотическое агрессивное или паническое возбуждение, а так же ступор.
- В менее выраженных - как состояния физиологического аффекта (горя, ярости, страха) и деперсонализации.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Представляет собой результирующую двух процессов:

1. Попытка личности интегрировать в структуру мира происшедшее, понять что случилось, почему, правильно ли он поступил, что делать чтобы избежать этого в дальнейшем.

2. Стремление избежать неприятных переживаний, связанных с этим процессом.

Эти две тенденции находят свое отражение **в двух основных группах симптомов:**

- симптомах вторжения травмы (воспоминания, мысли, сновидения, внезапное действие или чувство себя так, будто травмирующее событие повторяется вновь)
- и симптомах избегания всего, напоминающего о событии, вплоть до полного ухода от контактов с внешним миром.

Кроме того, имеется и **третья группа неспецифических симптомов**, отражающих общий уровень напряжения психики, в связи с этими процессами (бессонница, раздражительность, тревога).

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

- Развитие ПТСР может быть отставленным по времени
- Распространенность – у 20-30% ветеранов войн, у 37% работников «скорой помощи» и спасателей, у 57% жертв насилия
- Коморбидность со злоупотреблением алкоголем (27%), наркотиками (8%), крах карьеры, распад семей
- Коморбидность с депрессией, трансформация в большую депрессию
- Факторы риска – женский пол, тяжесть и экспозиция травмы
- Лечение:
 - Когнитивно-бихевиоральная и семейная психотерапия
 - Десенситизация «избегающего поведения»
 - СИОЗС
 - Избегать использования бензодиазепинов

Реакция утраты

— *нормальная личностная реакция на утрату близкого человека.*

Представлена переживанием горя, отражающим принятие утраты.

Однако человек склонен избегать как принятия утраты, так и переживаний горя в связи с этим. Это может осуществляться тремя путями:

1. Уход от реальности, жизнь с ощущением присутствия умершего (воспоминания, сны, мысленные беседы).

2. Поиск виновных (месть, самообвинение).

3. Подавление переживания горя («замершее горе»).



imikim.com



✓ И ПТСР, и реакция утраты часто могут осложняться вторичным злоупотреблением алкоголем и наркотиками.

✓ При отсутствии успешного разрешения ситуации возможно затяжное многолетнее течение с присоединением невротических расстройств и психосоматических заболеваний, а также формирование личностных изменений.

Реактивный психоз

- психическое расстройство, возникающее вследствие воздействия психосоциальных стрессов и имеющее сходство с другими психозами, но его изменчивость, лабильность и аффективная насыщенность более выражены.



РЕАКТИВНЫЙ ПСИХОЗ

Острые (шоковые) реактивные психозы (психогенный шок)

возникают под влиянием внезапной сверхсильной психической травмы, представляющей угрозу существованию (например, внезапное нападение преступников, землетрясение, наводнение, пожар), или связанной с неожиданным известием о невозполнимой потере наиболее значимых для личности ценностей (смерть близкого, утрата имущества, арест и др.)

В отечественной психиатрии различают следующие формы реактивного психоза:

- **Гипокинетическая** аффективно-психогенная шоковая реакция (психогенный шок) — внезапное развитие психомоторной заторможенности, вплоть до полной обездвиженности (аффектогенный ступор).
- **Гиперкинетическая** аффективно-психогенная шоковая реакция (психогенный шок, реакция катастрофы) — острое психомоторное возбуждение, развивающееся на фоне нарастающих тревоги и страха. Поведение теряет целесообразность, движения становятся хаотичными и бессмысленными. Пациенты в страхе мечутся, бегут куда-то, иногда навстречу опасности (фугиформная реакция).

Обе формы сопровождаются сумеречным помрачением сознания, полной или частичной амнезией, вегетативными расстройствами (например, тахикардией, редкими перепадами АД, профузным потом); продолжаются в течение нескольких минут или часов.

Подострые реактивные психозы встречаются наиболее часто, особенно в судебно-психиатрической практике. К ним относят:

- **психогенную депрессию,**
- **истерические психозы,**
- **психогенный параноид,**
- **психогенный ступор.**

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ:

Истерическое сумеречное помрачение сознания — расстройство, возникающее на фоне аффективно суженного сознания и проявляющееся тревогой, эмоциональной неустойчивостью (немотивированный смех неожиданно сменяется плачем), иногда зрительными галлюцинациями, псевдодеменцией.

Синдром Ганзера — один из вариантов расстройства

Псевдодеменция (псевдодеменция Вернике) — регресс психической деятельности, имитирующий слабоумие. Больные дезориентированы, нелепо отвечают на самые простые вопросы, с грубыми ошибками выполняют элементарные задания (например, на просьбу указать на глаза показывают нос, вместо руки — ногу, туфли надевают на руки и т.д.). Но их ответы всегда соответствуют теме поставленного вопроса (например, белый цвет они называют чёрным, лето — зимой и т.д.). Наблюдают нарушения речи и письма — аграмматизмы, пропуски букв и слов, неровность почерка. Выражение лица — растерянное с бессмысленной улыбкой.

Пуэрилизм — регресс психической деятельности, характеризующийся появлением в речи и поведении взрослых детских черт. Пациенты говорят с детскими интонациями, шепелявят, сюсюкают, ко всем обращаются на «ты», называют «дядями» и «тётями», охотно играют в детские игры, часто капризничают, недовольно надувают губы, обиженно плачут. Расстройство отличается диссоциированностью: наряду с детскими чертами в поведении сохраняются отдельные привычки взрослого человека, например правильная манера зажигать спички, курить.

Синдром бредоподобных фантазий — бредоподобные идеи величия, богатства, изобретательства, развивающиеся на фоне аффективно-тревожного фона настроения и отражающие стремление личности вытеснить психотравмирующие переживания.

Синдром одичания — распад сложных психических функций на фоне аффекта страха. Поведение больного уподобляется поведению животного. Пациенты утрачивают навыки самообслуживания, ползают, лают, рычат, обнюхивают пищу и предметы, едят руками, агрессивны.

Истерический ступор (психогенный ступор, псевдокататонический ступор, эмоциональный ступор, диссоциативный ступор) — выраженная психомоторная заторможенность, сопровождающаяся мутизмом, выраженным аффективным напряжением. Мимика — выразительная, отражает аффект (страдание, отчаяние, злоба). При напоминании о психотравме у пациентов учащается пульс, на глаза наворачиваются слёзы, вздрагивают веки и крылья носа.

РЕАКТИВНЫЙ ПАРАНОИД

- Возникает на более или менее отягощенной почве, как реакция на психологический стресс.
- Представляет собой формирование несистематизированного, эмоционально насыщенного бреда.
- При социальной изоляции (бред эмигрантов, тугоухих), индуцированный бред.

ПАРАНОЙАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ

- Патологическая личностная реакция на психотравмирующую ситуацию. Например человек, не получивший повышения по службе, или находящийся под угрозой увольнения, считает, что против него на работе заговор, от него хотят избавиться по причине его выдающихся способностей и вклада в работу учреждения. Начинается бесконечная борьба за восстановление справедливости.
- В основе ее лежит возникновение сверхценных идей.

Истерические реактивные психозы (примитивно-личностные реакции).

- Для истерических реактивных психозов необходимым условием является примитивность личностных структур, незрелость, несформированность. По сути они скорее являются реактивными личностными психотическими реакциями чем реактивными психозами.
- Их клиника полиморфна и представлена истерическими сумеречными состояниями, состояниями регресса (псевдодеменция, пуэрилизм, синдром одичания).
- Истерические психозы представляют собой попытку психики справиться с ситуацией путем перекалывания ответственности на окружающих (регресс).

Реактивная депрессия.

- Чаще представляет собой затяжную реакцию горя в одном из ее патологических вариантов (вина, тоска или «замершее горе»).
- При этом личность не справляется с интенсивностью переживаний. Они тесно связаны с перенесенной психотравмой.
- Идеи самообвинения и самоуничижения отражают ее.

Неврозы

- *Непсихотические расстройства, нередко связанные с длительными, тяжело переживаемыми конфликтными ситуациями.*
- *Носят функциональный характер, обычно сопровождаются нарушениями в сомато-вегетативной сфере.*
- *Больные сохраняют критику, понимают болезненный характер симптомов, стремятся избавиться от них*

В своей динамике неврозы подразделяют на:

- **Невротические реакции** – отдельные симптомы, эпизодически возникающие у здоровых людей (на фоне усталости, психотравмы и пр.).
- **Собственно неврозы.**
- **Невротическое развитие.**

Классификация неврозов

По клинической картине выделяют следующие типы неврозов:

▣ **Обсессивно-фобический
(невроз навязчивых
состояний)**

▣ **Истерический невроз**

▣ **Неврастения**

Обсессивно-фобический невроз (невроз навязчивых состояний)

Характеризуется жалобами на тревогу, **навязчивые явления (обсессии)** и **страхи (фобии)**. В современной классификации в зависимости от их преобладания выделяют:

- Генерализованное тревожное расстройство.
- Паническое расстройство.
- Фобическое расстройство.
- Агорафобия.
- Социофобия.
- Простые фобии.
- Обсессивно-компульсивное расстройство.

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

При ОКР у больного невольно появляются навязчивые, мешающие или пугающие мысли (обсессии). Он постоянно и безуспешно пытается избавиться от вызванной мыслями тревоги с помощью столь же навязчивых и утомительных действий (компульсий). Отдельно выделяются обсессивное (преимущественно навязчивые мысли) и компульсивное (преимущественно навязчивые действия) расстройства.



- обсессии и/или компульсии должны проявляться в более 50 % дней в течение по крайней мере двух недель подряд
- являются источником дистресса и нарушения активности

Диагностические критерии

Обсессивные должны иметь следующие характеристики:

- ❑ а) Они должны быть расценены как собственные мысли или импульсы больного.
- ❑ б) Должна быть хотя бы одна мысль или действие, которой больной безуспешно сопротивляется, даже если наличествуют другие мысли и/или действия, которым больной более не сопротивляется.
- ❑ в) Мысль о выполнении навязчивого действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряженности или тревоги не считается в этом смысле приятным).
- ❑ г) Мысли, образы или импульсы должны быть неприятно повторяющимися.

Следует отметить, что выполнение компульсивных действий не во всех случаях обязательно соотносится с конкретными навязчивыми опасениями или мыслями, а может быть направлено на избавление от спонтанно возникающего ощущения внутреннего дискомфорта и/или тревоги.

Истерический невроз

Проявляется демонстративными эмоциональными реакциями (слезы, смех, крик), судорожными гиперкинезами, преходящими параличами, потерей чувствительности, глухотой, слепотой, потерей сознания, галлюцинациями и др. В механизме развития истерического невроза лежит «бегство в болезнь», «условная приятность или желательность» болезненного симптома.

Характеризуется двумя основными процессами: диссоциацией и конверсией.

- При **диссоциации** в результате вытеснения определенная функция оказывается подавленной (нарушение чувствительности, амнезия, паралич, парез, астазия-абазия)
- При **конверсии** – происходит трансформация вытесненного в симптом (спазмы, боли: блефароспазм, ларингоспазм, ком в горле, писчий спазм, тики, судороги).

Истерический невроз

КЛИНИКА:

Истерические припадки (полиморфные судорожные припадки после неприятных переживаний с бурными вегетативными проявлениями, театральностью, сохраненной реакцией зрачков)

Расстройства чувствительности (ан-, гип-, гиперестезии и истерические боли)

Расстройства функций органов чувств (нарушения зрения и слуха, могут сочетаться с мутизмом)

Речевые нарушения (афония, мутизм, заикание, истерическое скандирование)

Двигательные нарушения (парезы, контрактуры, невозможность выполнить сложное движение)

Расстройство функции внутренних органов (нарушения в сфере ЖКТ, кашель, полая холодность, истерическая стенокардия)

Изменения психики (эгоцентризм, повышенная эмотивность, раздражительность, лабильность...)



Астенический невроз (неврастения)

Сочетание раздражительности с повышенной утомляемостью и истощаемостью - «астеническая слабость»

Проявления:

- раздражительность,
- головные боли (по типу каски),
- бессонница,
- расстройства внимания,
- непереносимость сильных раздражителей,
- снижение работоспособности ,
- жалобы на интеллектуальную несостоятельность,
- множество сомато-вегетативных жалоб (дискомфорт, боли в сердечной области, нарушения функций ЖКТ, расстройства дыхания, поллакиурия...)



Невротическое развитие

Хроническое болезненное состояние, длящееся годы, развивающееся при длительном неблагоприятном течении неврозов. Патологические стереотипы поведения становятся привычными. Больные «сживаются» с неврозом, меняется стиль жизни, подстраивают все свое поведение под требования болезни.

1. Постоянно депрессивный фон настроения
2. Постоянное присутствие функциональных сомато-вегетативных расстройств
3. Фиксированная роль больного, становящаяся единственной формой ролевого поведения
4. Трансформация «концепции болезни» в «концепцию неудавшейся жизни»
5. Размывание в сознании больного запускающего психотравмирующего фактора
6. Универсальность реагирования усилением невротической симптоматики на любой стрессовый фактор.

МИШЕНИ ТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

СОЦИАЛЬНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ	БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ	ПСИХОТЕРАПИЯ	
		Суггестивная	Личностно-ориентированная
Устранение причин	Нормализация функциональной активности адаптивных систем		Осознание пациентом психосоциальных механизмов болезни Реконструкция нарушенных отношений личности

Соматоформные расстройства

- группа психогенных заболеваний, в клинической картине которых психические нарушения скрываются за соматовегетативными симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но при этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно было бы отнести к известной в медицине болезни, хотя часто имеются неспецифические функциональные нарушения.

Распространенность такого рода заболеваний колеблется в пределах **0,1-0,5% населения** и составляет в среднем около **280 случаев на 1000**. В настоящее время больные соматоформными расстройствами, по данным ВОЗ, составляют до 25 % пациентов общесоматической практики. Чаще соматоформные расстройства наблюдаются у женщин. Соматоформные расстройства специфичны для взрослых, но могут встречаться начиная с младшего школьного возраста.

Признаки СФР:

- повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований, вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики
- в случае наличия физических, они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности больного
- даже когда возникновение и сохранение симптоматики тесно связано с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, больной противится попыткам обсуждения возможности ее психологической обусловленности
- это может иметь место даже при наличии отчетливых депрессивных и тревожных симптомов
- некоторая степень истерического поведения, направленного на привлечение внимания, особенно у больных, которые негодуют в связи с невозможностью убедить врачей в преимущественно физической природе своего заболевания и в необходимости продолжения дальнейших осмотров и обследований
- некоторые пациенты способны убедить врачей в наличии конкретной патологии, будучи сами в этом убеждены (синдром Мюнхгаузена)

В структуру различных соматоформных расстройств входит целый ряд синдромов, среди которых особо можно выделить:

- ✓ конверсионные синдромы,
- ✓ астенические состояния,
- ✓ депрессивные синдромы,
- ✓ синдром нервной анорексии,
- ✓ синдром дисморфофобии (дисморфомании),
- ✓ соматизированное расстройство,
- ✓ недифференцированное соматоформное расстройство,
- ✓ ипохондрическое расстройство,
- ✓ соматоформная вегетативная дисфункция,
- ✓ хроническое соматоформное болевое расстройство.

Психосоматические заболевания

(от греч. ψυχή — душа и греч. σῶμα — тело)

- группа болезненных состояний, появляющихся в результате взаимодействия психических и физиологических факторов. Представляют собой психические расстройства, проявляющиеся на физиологическом уровне, физиологические расстройства, проявляющиеся на психическом уровне, или физиологические патологии, развивающиеся под влиянием психогенных факторов.

Диагностические критерии различных форм психосоматических расстройств

1. **Функциональный характер**
2. **Обратимость**
3. **Длительность существования**
4. **Локализация**
5. **Характер связи с особенностями личности**
6. **Особенности взаимосвязи с психологическими факторами**



Классификация психосоматических расстройств:

А. Клинический принцип (А.Б. Смулевич):

Психосоматические заболевания в традиционном их понимании - соматическая патология, манифестация или эскалация которой связана с лабильностью организма по отношению к воздействию психотравмирующих социально-стрессовых факторов (ИБС, эссенциальная гипертония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, псориаз, некоторые эндокринные и аллергические заболевания).

Соматоформные расстройства и соматизированные психические реакции.

Нозогении — психогенные реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний.

Соматогении (реакции экзогенного типа или симптоматические психозы).

Б. Локализационный принцип:

- - сердечно-сосудистый вариант;
- - респираторный;
- - желудочно-кишечный и т.д.

Расстройства дигестивного поведения

- класс психогенно обусловленных поведенческих синдромов, связанных с нарушениями в приёме пищи. В числе прочих, к расстройствам приёма пищи относят нервную анорексию, нервную булимию, психогенное переедание, а также ряд других расстройств.

- ▣ **Нервная анорексия** - расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом. Выделяют так же атипичную нервную анорексию, когда отсутствуют один или более из ключевых признаков нервной анорексии, такие как аменорея или значительная потеря веса, но в остальном клиническая картина является достаточно типичной.
- ▣ **Нервная булимия** - расстройство, характеризующееся повторяющимися приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролем веса тела, что приводит больного к принятию крайних мер для смягчения «полнящего» влияния съеденной пищи. Этот термин ограничивается той формой расстройства, которая связана с нервной анорексией, фактически разделяя с ней общие психопатологические признаки.

Выделяют так же атипичную нервную булимию, когда отсутствуют один или более признаков из числа ключевых для нервной булимии, но в остальном клиническая картина достаточно типична. Чаще всего это относится к людям с нормальным или даже избыточным весом, но с типичными периодами переедания, сопровождающимися рвотой или приемом слабительных средств...

- ▣ **Психогенное переедание** - приводящее к появлению лишнего веса, и являющееся реакцией на дистресс. Может следовать за утратой близких, несчастными случаями, хирургическими операциями и эмоциональным дистрессом, особенно у лиц, предрасположенных к полноте.

- ▣ **Психогенная рвота** - помимо вызываемой у себя рвоты при нервной булимии, повторяющаяся рвота может иметь место при диссоциативных расстройствах, ипохондрическом расстройстве, где она может быть одним из соматических симптомов, и при беременности, когда в происхождении тошноты и рвоты могут принимать участие эмоциональные факторы.

- ▣ **Другие расстройства приёма пищи**
 - Поедание несъедобного неорганического происхождения у взрослых
 - Поедание несъедобного (извращенный аппетит) у взрослых
 - Психогенная утрата аппетита
 - Неуточнённые расстройства приёма пищи

Другие классификации

Орторексия — это навязчивое желание правильно питаться, есть только здоровую пищу.

Дранкорексия — это расстройство пищевого поведения, характеризующееся переходом человека на так называемую «алкогольную диету», когда прием пищи заменяется приемом алкоголя с целью преднамеренного снижения веса или контроля над ним.

Расстройство избирательного питания — это отказ от приёма в пищу конкретных продуктов, перерастающий в использование только ограниченного списка продуктов и нежелание пробовать новые виды пищи. Принципы выбора продуктов могут быть любыми: от их цвета, до видовой принадлежности.

Обсессивно-компульсивное переедание — переедание связанное с обсессивно-компульсивным расстройством, будучи компульсивным ритуалом в его рамках.

Аллотриофагия — поедание несъедобных веществ. Больные часто проглатывают крайне опасные и острые предметы: стекла, гвозди и т. п. В более мягкой форме расстройство наблюдается у беременных женщин, как последствие эндоинтоксикации.

ДИССОМНИЯ – наиболее общий термин; подразумевает нарушение цикла сон — бодрствование и включает нарушение количества, качества или времени сна, что в свою очередь может приводить к сонливости в дневное время, трудностям в концентрации внимания, нарушениям памяти и состоянию тревожности (ухудшению дневного психофизиологического функционирования). Диссомния включает такие понятия как инсомния, гиперсомния и парасомния.

К диссомнии относят: нарушения засыпания, ранние пробуждения, увеличение/укорочение продолжительности сна, извращение ритмов сна, сон поверхностные, сон прерывистый, чувство утраты сна.

По причинам возникновения и обусловленности другим болезненным процессом выделяют первичные и вторичные нарушения сна.

К **первичным нарушениям сна** относятся ночной миоклонус, ночное беспокойство ног и ночное апноэ (с задержкой дыхания во сне и последующим пробуждением).

Вторичные нарушения сна обусловлены соматическими заболеваниями, неврологическими поражениями, психическими расстройствами, когда диссомнические расстройства являются симптомом этих заболеваний.

Современная классификация нарушений сна

Диссомнии (недостаточный сон):

- ситуационные;
- эссенциальные;
- при функциональных заболеваниях ЦНС;
- при психических заболеваниях;
- при органических поражениях мозга;
- при обменных и эндокринных заболеваниях;
- при заболеваниях внутренних органов.

Гиперсомнии (избыточный сон):

- ситуационные.

Пароксизмальные гиперсомнии:

- нарколепсия;
- синдром Пиквика;
- синдром периодической спячки;
- синдром Клейне-Левина;
- истерические (летаргические) спячки;

По длительности выделяют:

Эпизодическая диссомния (длительность до 1 недели) является чаще всего следствием эмоционального стресса, чрезвычайных ситуаций, десинхроноза, реакций личности на соматические заболевания, может быть связана с отсутствием нормального режима дня, с неправильным применением медикаментозных препаратов в вечернее и ночное время, с лечением энуреза.

Кратковременная диссомния (длительность от 1 до 3 недель) наиболее часто возникает при расстройствах адаптации, является следствием тяжелых продолжительных стрессовых ситуаций: потеря близкого человека (реакция горя), безработица, перемена места жительства; в соматической практике кратковременная диссомния чаще связана с хроническими соматическими заболеваниями: стенокардия, артериальная гипертензия, заболевания периферических сосудов, язвенная болезнь, болезнь Паркинсона, гипертрофия предстательной железы, артроз, хронический болевой синдром (артриты, непроходимость кишечника, фантомные боли, головная боль)...

Хроническая диссомния (длительность более 3 недель) часто не является самостоятельным расстройством, а включается в структуру других психических и соматических заболеваний (скрытого заболевания, например, депрессии, тревожных расстройств, алкоголизма, употребления ПАВ); примерно у 51 % больных с хроническими расстройствами сна имеется коморбидное психическое заболевание. Среди непсихотропных препаратов, способных вызвать хроническую диссомнию, выделяют гормональные средства, антибиотики, антималярийные препараты, антиаритмические препараты

Диагностика нарушений сна строится на констатации наличия постоянно (более 1 месяца) или периодически (более 3 месяцев) трех или более из представленных признаков:

1. Требуется более 30 минут, чтобы заснуть.
2. Всю ночь в голову «лезут мысли».
3. Отмечается страх перед невозможностью заснуть.
4. Отмечаются частые пробуждения в течение ночи.
5. Отмечаются ранние пробуждения и невозможность повторного засыпания.
6. Отмечается сниженный фон настроения и депрессия.
7. Отмечается немотивированная тревога, страх.

Терапия нарушений сна

Основным условием лечения нарушений сна должно быть сочетание принципа этапности и этиопатогенетической направленности терапевтических мероприятий.

1 этап — диагностико-подготовительный. Проводится синдромально-этиологическая идентификация нарушений сна и устанавливается личностный контакт с больным.

2 этап — основной терапевтический. Применяется сочетание психотерапии, специфической и неспецифической медикаментозной терапии.

Задачей медикаментозной терапии является формирование «искусственного» цикла «сон—бодрствование». При этом в утренние часы рекомендуется назначение неспецифических стимуляторов-адаптогенов растительного и животного происхождения (препараты элеутерококка, китайского лимонника, женьшеня, заманихи, эхинацеи, пантокрина), тканевой терапии, кофеина, аскорбиновой кислоты, мультивитаминов в среднетерапевтических дозировках. В вечерние часы применяются препараты сомногенного действия (гипнотики, антидепрессанты, анксиолитики, транквилизаторы, корректоры поведения...) в сочетании с оптимальным психотерапевтическим вмешательством.

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

- ✓ **Визиты пациента к врачу должны быть короткими, но частыми; по мере улучшения состояния интервалы между визитами следует увеличивать**
- ✓ **У пациента должен быть только один врач**
- ✓ **Избегать назначения лишних обследований и консультаций**
- ✓ **Сопереживание со стороны врача - с сосредоточением на психосоциальных проблемах, а не на физических симптомах**
- ✓ **Помнить, что для пациента симптомы реальны и причиняют ему беспокойство, но не говорить с ним «на языке симптомов», не заявлять, что «все это в голове» у пациента и не переубеждать; лучшая тактика беседы – «я попробую Вам помочь»**
- ✓ **Схема медикаментозного лечения должна быть простой, с приоритетом монотерапии; минимизировать назначение бензодиазепинов, седативных и снотворных средств**

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

