

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

ПСИХОПАТИИ

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ

ПСИХОПАТОПОДОБНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Поведенческий стиль медицинской сестры должен определяться не его личным характером, а характером пациента.

Изучение типов личности помогает познать себя, простить слабости себе и другим, найти силу в слабости.

(Бурно М.Е.)

Личность

- стойкое сочетание **социальных** качеств индивида, проявляющихся в деятельности и отношениях (система отношений человека к окружающему миру, прежде всего социальному, а также к самому себе).

характеризуется неповторимым сочетанием психологических параметров, таких как:

- **темперамент**
- **задатки**
- **способности**
- **характер**
- **направленность**
- **ценности**

ТИПЫ ЛИЧНОСТИ

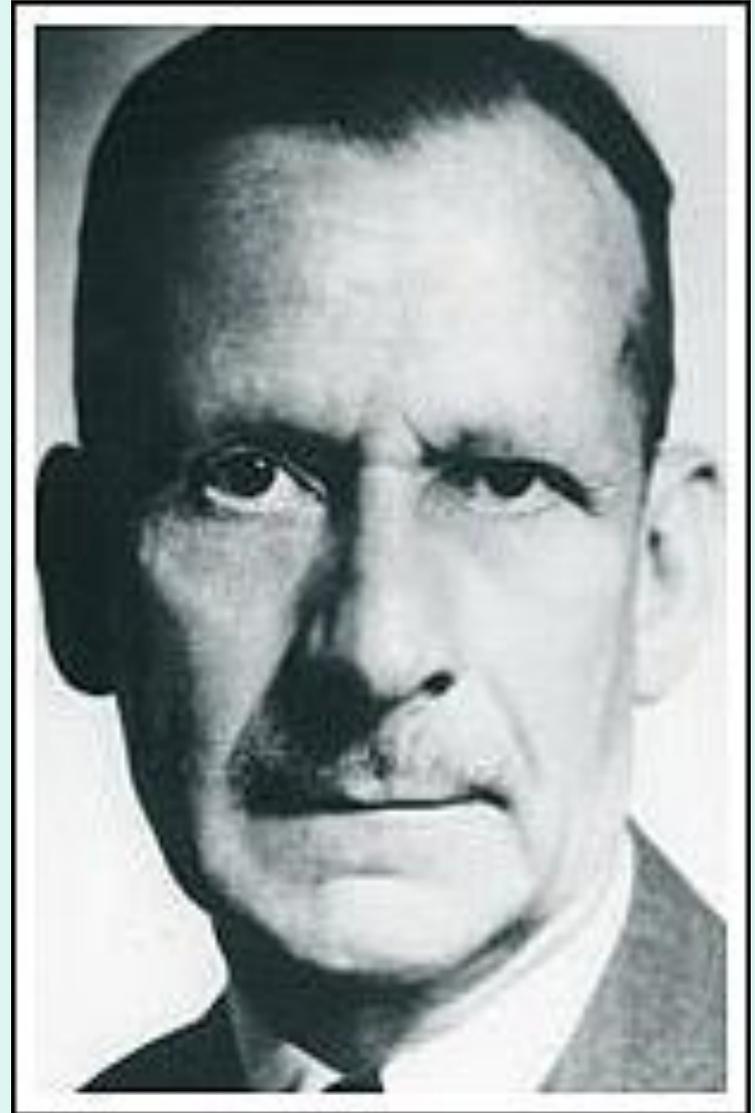
- **ГАРМОНИЧНАЯ** – устойчивая структура сбалансированных психических свойств личности. Гармоническая личность - это личность, которая сочетает в себе в равной степени все типы психопатических черт.
- **АКЦЕНТУИРОВАННАЯ** (40% взрослого населения) - **КРАЙНИЙ ВАРИАНТ НОРМЫ!!!**
 - отдельные черты характера усилены
 - уязвимость к одним психогенным воздействиям при повышенной устойчивости к другим
 - нет стойкой дезадаптации
- **ПСИХОПАТИЧЕСКАЯ** (5-10%) – патологическое состояние, но не болезнь

НОРМА → АКЦЕНТУАЦИЯ → ПСИХОПАТИЯ → БОЛЕЗНЬ

Курт Шнейдер:

«Психопатические личности – это такие ненормальные личности, от ненормальности которых страдают или они сами, или общество.

Это – индивидуумы, которые в обычной жизни резко отличаются от обыкновенных людей. Но, попадая в стены психиатрической больницы, они не менее резко отличаются и от обитателей психиатрической больницы».



ПСИХОПАТИЯ (РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ)

- стойкая непрогредиентная патология личности в целом
- является результатом ее неправильного искаженного формирования
- проявляется главным образом в эмоционально-волевой сфере и поведении
- приводит к нарушению социальной адаптации

Адаптация

Способность подстраиваться под обстоятельства внешней среды, направленность на выживание и развитие:

- Стремление к повышению уровня качества жизни
- Полноценные межличностные отношения
- Достаточный уровень образования
- Устойчивая социальная позиция
- Устойчивость к стрессам

Социальная дезадаптация

постоянно возникают жизненные трудности (проблемы в работе и межличностных отношениях, неустойчивость к стрессам).

Если особенности характера не препятствуют или если даже способствуют социальной адаптации - это акцентуация, а не психопатия.

Важна не количественная выраженность личностных свойств, а их гармоничное сочетание, **отсутствие внутренней противоречивости**

- Термин «психопатия» известен с середины XIX века. В России его первым использовал В.М. Бехтерев (1886 г.)
- Большой вклад в развитие учения о психопатиях внесли П.Б. Ганнушкин (сформулировал диагностические признаки психопатий, которые позволяют разграничить психопатии и акцентуации характера)
- О.В. Кербиков (предложил классификацию)
- С 1970-х годов термин «психопатии» заменяется на **«расстройство личности»**.

Условия возникновения социальной дезадаптации:

- при акцентуации — **специфическая** именно для данного типа характера неблагоприятная ситуация
- при психопатии — может быть следствием любой психогении или появляется **без видимых причин**

Диагностические критерии психопатий П.Б. Ганнушкина (1933):

1. **ТОТАЛЬНОСТЬ** личностной дисгармонии
2. Относительная **СТАБИЛЬНОСТЬ**
состояния
3. Выраженность патологических черт до степени, препятствующей адаптации в обществе - **ДЕЗАДАПТАЦИЯ**

Типы расстройств личности в соответствии с МКБ-10

класс F6 (F60-F62)

F 60 Специфические расстройства личности

- F60.0 - Параноидное
- F 60.1 - Шизоидное
- F 60.2 - Диссоциальное
- F 60.3 - Эмоционально неустойчивое
 - Импульсивный тип (F 60.30)
 - Пограничный тип (F 60.31)
- F 60.4 - Истерическое
- F60.5 - Ананкастное (обсессивно-компульсивное)
- F 60.6 - Тревожное (уклоняющееся, избегающее)
- F 60.7 - Расстройство типа зависимой личности
- F 60.8 - Другие

Психопатии **непрогредиентные** состояния, при которых не бывает ни выздоровления ни исхода.

возникают в детстве и продолжаются в периоде зрелости, **диагноз может быть выставлен только после 18 лет.**

Личностные девиации **эгоцентричны** (индивидуально приемлемы) и не воспринимаются как чуждые.

Классификация психопатий (Кербиков О.В.):

1. Ядерные (конституциональные)

обусловлены биологическими факторами (наследственность и ранняя органическая патология), проявляются в раннем возрасте в виде спонтанных декомпенсаций, поведенческих нарушений и стойкой социальной дезадаптации.

2. Краевые (патологическое развитие личности)

следствие неправильного воспитания, неблагоприятных жизненных обстоятельств (наличие физических дефектов, тяжелых соматических заболеваний и пр.), более пластичны, имеют лучший прогноз.

Клиническая систематика психопатий (по Кербикову О.В.):

Тормозимые

- психастенические
- шизоидные

Возбудимые

- эксплозивные
- эпилептоидные
- истерические
- паранойяльные

Смешанные (мозаичные)

Типы неправильного воспитания (Гиндикин В.Я., Гуреева В.А.)

- **Кумир семьи** – восхваление ребенка, культивирование в нем чувства исключительности, выполнение всех прихотей, снятие ответственности за проступки, избавление от всех трудностей
- **Гиперопека** – чрезмерное внимание и контроль со стороны взрослых, навязывание своего мнения по любому вопросу, диктование каждого шага, ограждение от опасностей, культивирование осторожности
- **Гипоопека** – недостаточное внимание, игнорирование целенаправленного воспитания,
- **Безнадзорность** – крайняя степень гипоопеки
- **Ежовые рукавицы** – систематическое избиение, диктат, отсутствие тепла, сочувствия, поощрения
- **Золушка** – лишение ребенка ласки и внимания, постоянное сравнение, унижение, лишение удовольствий
- **Предъявление непомерных требований** - ставка на лидера, от ребенка требуется достижение успеха и преуспевания во всех видах его деятельности.

Непомерные требования-



желание родителей
«сделать» из
ребёнка того, кем в
своё время не
получилось стать
самим;

Ниглективная семья -



мнение ребёнка
малозначительно, его
не признают как
личность, вследствие
чего формируется
антисоциальная
личность,
пренебрегающая
законами, нормами
морали



Типы семейных отношений

Диктат

Чрезмерная опека

Сотрудничество

попустительство

Психопатии клинически проявляются психопатическим синдромом:

Расстройства эмоционально-волевой сферы
первичны, других сфер вторичны.

Эмоции - вспыльчивость, эмоциональная лабильность, эмоциональное уплощение, стойкое снижение настроения, тревожность.

Воля - неустойчивость интересов и привязанностей, безволие, нетерпеливость, лень.

Влечения - необычность или односторонность пристрастий, расторможенность влечений, гиперсексуальность, сексуальные девиации, склонность к алкоголизации и другим видам зависимости.

Поведение - импульсивность, агрессивность, нецелесообразность, пассивность, недоверие к людям.

Мышление - непродуманность в принятии решений, недостаточность прогнозирования, односторонность выводов,

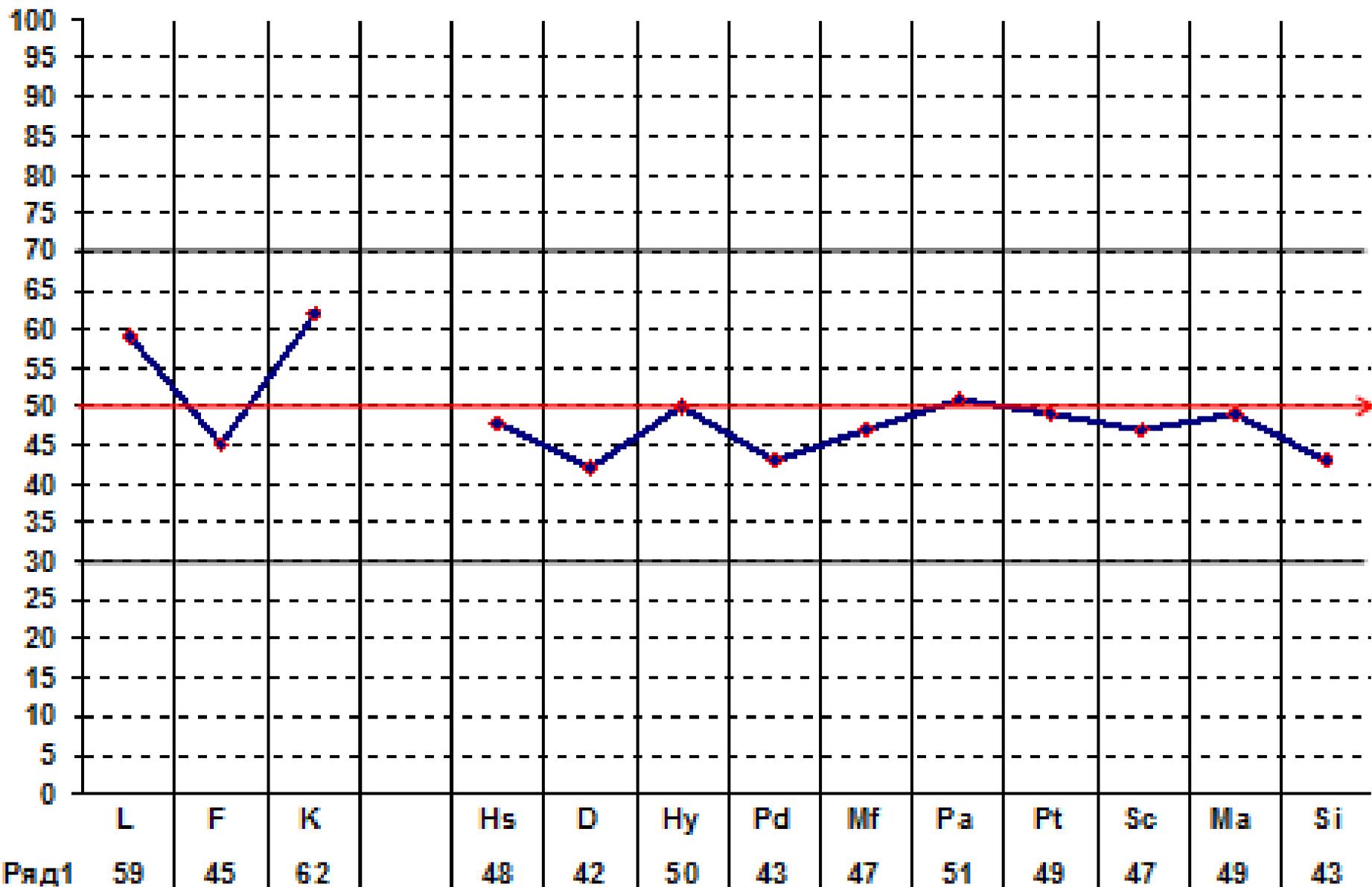
Диагностика

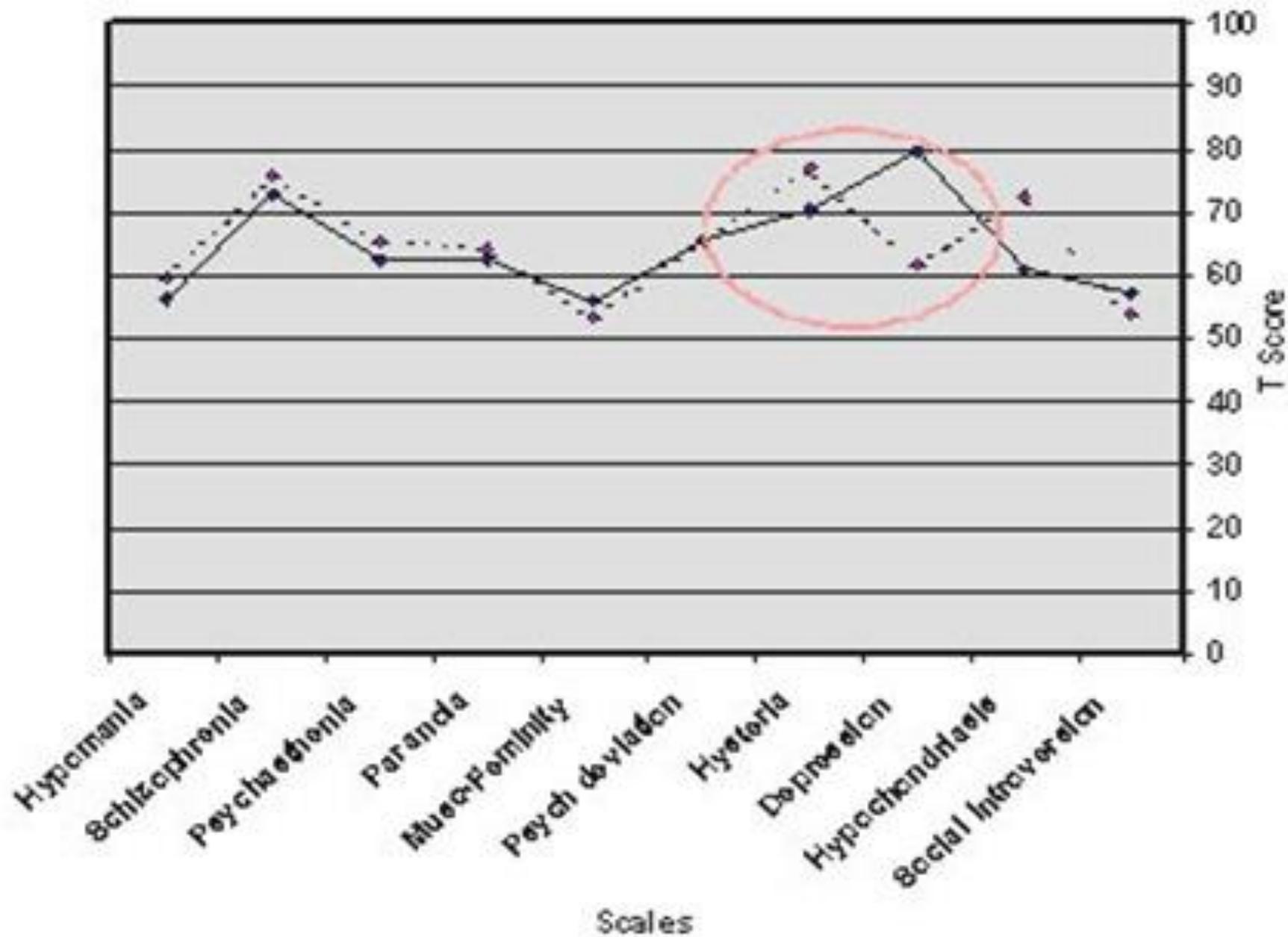
- **Биографический метод:** наблюдение и трактовка поступков и поведения человека (поведенческие тенденции прослеживаются с детства, длительное время, затруднения в разнообразных областях жизни).
- Специально разработанные **личностные опросники и тесты:** ММРІ (Миннесотский многоаспектный личностный опросник – 566 вопросов), тесты Айзенка, Кеттела, Леонгарда, Шмишека не всегда достоверны, играют лишь дополнительную роль.

Основные клинические шкалы ММРІ

- Шкала ипохондрии (**HS**) — определяет «близость» обследуемого к астено-невротическому типу личности
- Шкала депрессии (**D**) — гипотимический тип личности
- Шкала истерии (**Hу**) — склонность к невротическим реакциям конверсионного типа
- Шкала психопатии (**Pd**) — социопатического типа личности;
- Шкала маскулинности — феминности (**Mf**) — предназначена для измерения степени идентификации обследуемого с ролью мужчины или женщины, предписываемой обществом
- Шкала паранойи (**Pa**) — паранойяльный тип личности
- Шкала психастении (**Pt**) — тревожно-мнительный тип
- Шкала шизофрении (**Sc**) — шизоидного (аутического) типа
- Шкала гипомании (**Ma**) — гипертимному типу личности
- Шкала социальной интроверсии (**Si**) — диагностика степени соответствия интровертированному типу личности. Клинической шкалой не является, добавлена в опросник в ходе его дальнейшей разработки

MMPI профиль





Типы расстройств личности в соответствии с МКБ-10 (класс F6)

- Параноидного типа – паранойяльная психопатия
- Шизоидное
- Диссоциальное
- Эмоционально неустойчивое
- Истерическое
- Ананкастное (обсессивно-компульсивное)
- Тревожное (уклоняющееся, избегающее)

Паранойяльная психопатия

- Ригидность, подозрительность, своенравие, эгоизм, завышенная самооценка
- легко возникают **сверхценные идеи** (преследования, ревности, изобретательства, ипохондрические)
- чрезмерная чувствительность к неудачам, отказам
- не прощают оскорбления или отношения свысока
- патологическая деятельность (реформаторство, сутяжничество, кверулянтство)
- шутки, попытки окружающих корректировать ошибки вызывают подозрения в предвзятом отношении, злом умысле.

Шизоидная психопатия

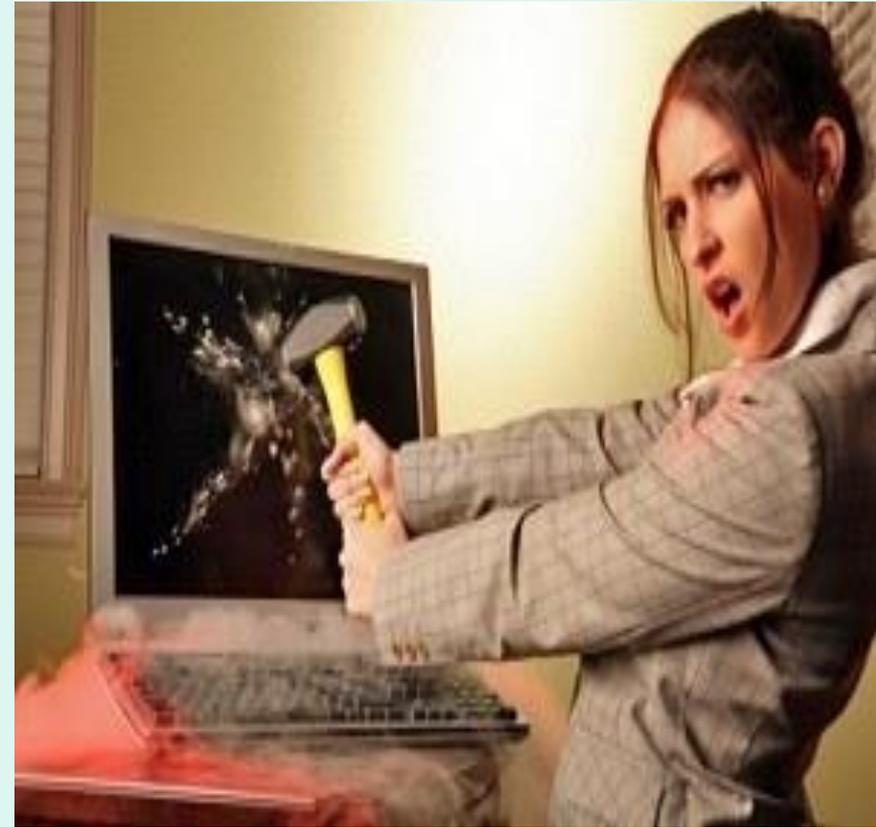
1. **Своеобразие мышления**
2. **Интравертированность** - отсутствие интереса к окружающим, (слабая ответная реакция, как на похвалу, так и на критику)
3. **Ангедония** – отсутствие способности получать удовольствие
4. **Эмоциональная холодность**, неспособность проявлять сильные чувства по отношению к другим людям, незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом (с учетом возраста)
5. Склонность к внутренней переработке своих переживаний, богатый внутренний мир,
6. **Дисгармоничность и парадоксальность внешнего облика и поведения** (моторика неестественная, одежда – чаще небрежная, эмоциональные реакции - неожиданные, основываются на внутренних установках)
 - **Сенситивные шизоиды** - болезненно чувствительны, ранимы, неспособны противостоять конфликтным ситуациям
 - **Экспансивные шизоиды** - решительные, деятельные, холодные, неспособные к сопереживанию, иногда жестокие.

Диссоциальное расстройство личности

- Бессердечное равнодушие к чувствам других
- Игнорируют общепринятые правила поведения, требования дисциплины, конфликтуют с окружающими
- Неспособность поддерживать взаимоотношения, при отсутствии затруднений в их становлении
- Непостоянство в побуждениях и устремлениях
- Низкий порог разряда агрессии, включая насилие
- Неспособность к целенаправленной деятельности
- Не испытывают привязанности к близким
- Не способны испытывать чувство вины, извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания, малоспособны к обучению
- Не имеют жизненных планов и морально-этических установок, живут одним днем, «плывут по течению»
- Часты уходы из дома (в подростковом возрасте), бродяжничество, правонарушения, злоупотребление ПАВ.

Эмоционально неустойчивое

- склонность к импульсивным поступкам, совершаемым без учета ситуации, провоцируют конфликт
- частые смены настроения
- несоответствие уровня агрессии пусковым моментам,
- легко провоцируются вспышки интенсивного гневливого аффекта, часто приводящие к актам насилия, «поведенческим взрывам», аутоагрессии.



Эмоционально неустойчивое

Выделяются
две разновидности:

- пограничный тип
- импульсивный тип
(эпилептоидный)



Импульсивный тип эмоционально неустойчивого расстройства (эпилептоидная психопатия)

- Неадекватные неконтролируемые вспышки безудержного гнева и ярости
- педантичны, обстоятельны, ригидны, злопамятны
- пароксизмальные нарушения контроля над поведением,
- парциальные амнезии после аффективной вспышки



Пограничный тип

эмоционально неустойчивого расстройства личности

- Эмоциональная неустойчивость
- Образ Я, намерения и внутренние предпочтения (включая сексуальные) часто непонятны или нарушены (характерно хроническое чувство опустошенности)
- Склонность быть вовлеченным в напряженные, неустойчивые отношения приводит к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождается серией суицидальных угроз или актов самоповреждения (хотя все это может иметь место и без явных провоцирующих факторов).

Истерическая психопатия

- Постоянное **стремление привлечь внимание** окружающих, "жажда признания", демонстративность, чрезмерная озабоченность своей внешностью
- Стремление драматизировать тривиальные ситуации
- Хвастовство, иногда лживость, патологическое фантазирование
- Внушаемость, инфантильность
- Поведение определяется не внутренними мотивами, а рассчитано на внешний эффект, склонны к легкомысленным поступкам, авантюрам, неспособны к систематическому труду,
- Эмоциональные реакции яркие, но поверхностные и нестойкие, преувеличенное выражение эмоций
- При невозможности удовлетворить завышенные эгоистические потребности - шантажное поведение и бурные протестные реакции, манипулирование окружающими для удовлетворения своих потребностей

F60.5 АНАНКАСТНОЕ РЛ

- Чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности
- Особое внимание к деталям, правилам, перечням, порядку, организации, графикам
- Стремление к совершенству (перфекционизм), препятствующий выполнению задач
- Чрезмерная добросовестность, скрупулезность, неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям
- Повышенная педантичность и приверженность социальным условностям
- Ригидность и упрямство
- Необоснованные требования чтобы другие делали в точности как он сам
- Возникновение настойчивых и нежелательных мыслей и влечений

F60.6 ТРЕВОЖНОЕ, УКЛОНЯЮЩЕЕСЯ, ИЗБЕГАЮЩЕЕ

- Постоянное общее чувство напряженности и тяжелые предчувствия
- Ощущение социальной никчемности, личностной непривлекательности и приниженности по сравнению с другими
- Повышенная чувствительность к критике в свой адрес или неприятию в обществе
- Нежелание вступать во взаимоотношения без гарантии понравиться
- Ограниченность жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности
- Уклонение от социальной или профессиональной деятельности связанной со значимыми межличностными контактами из-за страха критицизма, неодобрения или отвержения со стороны окружающих

F60.7 Зависимое расстройство личности

- Активное или пассивное перекладывание на других важных решений в своей жизни
- Подчинение своих собственных потребностей потребностям других людей, от которых зависят
- Неспособность предъявлять даже разумные требования людям, от которых находятся в зависимости, страх быть покинутым, остаться предоставленным самому себе
- Чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха оказаться несостоятельным в жизни
- Ограниченная способность принимать повседневные решения без постоянных советов и подбадривания со стороны других лиц, представление о себе как о беспомощном, некомпетентном человеке, не обладающем жизнестойкостью
- Низкая переносимость повседневных физических и психических нагрузок, повышенная истощаемость, утомляемость, неспособность к преодолению жизненных трудностей

F60.7 Зависимое расстройство личности



- Тревожны, застенчивы, обидчивы, ранимы, имеют заниженную самооценку,
- Склонны к ипохондрическим реакциям и вегетативной дистонии, формированию сверхценных идей отношения, самоуничижения.

Смешанные расстройства личности.

Имеются признаки нескольких расстройств личности, но без преобладания симптоматики, которая позволила бы более специфическую диагностику, 66,2% нельзя отнести к «чистым» типам, в рамках каждого типа расстройств наблюдаются смешанные варианты.

Динамика психопатий

Компенсация – адекватное приспособление, реакции на жизненные события приближаются к проявлениям нормального развития личности.

Декомпенсация – обострение психопатических черт, снижение социальной адаптации, **формирование расстройств чаще невротического, либо психотического круга** (реактивных психозов, депрессий, параноидов, сверхценных идей, дисфорий). Клиническая форма психогенных расстройств соответствует виду психопатий.

2 типа динамики

1. Декомпенсации совпадают с возрастным кризам

- период полового созревания
- климактерический период

2. Декомпенсации обусловлены стрессами.

- **Реакции** - в ответ на социальные, служебные, семейные конфликты, соматические вредности
- **Фазы** - возникают аутохтонно (спонтанно) без видимых причин, по завершению возвращается состояние, бывшее до начала приступа (если они очень короткие - **ЭПИЗОДЫ**)
- **Патологическое развитие личности** - реактивно возникающее стойкое усиление, гипертрофия аномальных черт.

Лечение расстройств личности

- 1. Информированность** о характере имеющихся нарушений, дает возможность изменить жесткие патерны деструктивного стиля поведения.
- 2. Психотерапия (индивидуальная и групповая)** – помочь пациенту избрать образ жизни, который бы находился в меньшем противоречии с его характером, пациент учиться говорить о своих чувствах, а не освобождаться от них своим обычным деструктивным образом.
- 3. Кратковременная госпитализация** во время острых психотравмирующих эпизодов, наличии угрозы самоубийства и другого аутодеструктивного поведения.
- 4. Медикаментозная терапия** – периодически или постоянно, иногда является основным методом, или подготовкой к психотерапии.

Психопатоподобные нарушения

резидуальные изменения личности по типу нажитой психопатии после приступов шизофрении (псевдопсихопатическая или психопатоподобная шизофрения) или органических повреждений головного мозга (травмы, нейроинфекции, интоксикации), в таких случаях речь обычно идет об органическом расстройстве личности и поведения.

ПСИХОГЕНИИ

или

**невротические, связанные со
стрессом и соматоформные
расстройства (F40-F49)**

ПСИХОГЕНИЯ

(«психо» - душа, «генея» - порождение, порождающий)

кратковременная реакция или длительное состояние, возникающие вследствие психотравмы или в психотравмирующей ситуации.

ПСИХОТРАВМА - субъективно значимое событие, приводящее к негативно окрашенным переживаниям.

- общечеловеческой значимости (угроза жизни)
- индивидуально-значимые (профессиональные, семейные и интимно-личностные).

Психотравмирующие жизненные события могут выступать в качестве:

- **Производящего фактора** (ведущий этиологический фактор)
- **Этиологических условий**
 - Препдраспологающий фактор
 - Проявляющий фактор
 - Поддерживающий фактор

Чаще патогенную роль приобретает их сочетание

По клиническим проявлениям психогении представлены

- **Расстройствами психотического уровня:**
 - Реактивные состояния (реакции на стресс, реактивные психозы)
- **Расстройствами невротического уровня**
 - Неврозы
 - Соматоформные расстройства
- **Психосоматические варианты соматических болезней**

ПСИХОТРАВМА

Острая – интенсивная, выходящая за рамки повседневного опыта, возникает внезапно, длится в течение ограниченного времени, приводит к возникновению расстройств, связанных со стрессом:

- **острые реакции на стресс**
- **ПТСР**
- **расстройства адаптации**
- **реактивные психозы**

Хроническая - меньшей интенсивности, действует длительно, приводит к возникновению:

- **неврозов**
- **соматоформных расстройств**

В формировании психотравмы играют значение:

- характер (тяжесть, содержание) психотравмирующего фактора
- эмоциональная значимость психотравмирующего фактора
- личностные особенности
- слабость или неадекватность стратегий совладания и механизмов психологической защиты

Диагностические критерии психогенных расстройств по Ясперсу:

- Болезнь возникает вслед за психической травмой связаны с личностью больного
- Клинические проявления по содержанию связаны с психотравмой
- Проявления болезни проходят (ослабляются) с исчезновением (дезактуализацией) психической травмы

Характеристика реактивных ПСИХОЗОВ

Реакции и (или) состояния достигающие психотического уровня:

- Аффективно-измененное сознание
- Утрата адекватной оценки ситуации и своего состояния
- Нарушение поведения
- Наличие продуктивной психопатологической симптоматики (галлюцинации, бред, психомоторные нарушения).

Клинические варианты реактивных психозов:

- **Аффективно-шоковые психогенные реакции** (острая реакция на стресс) – при глобальной угрозе жизни
- **Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)**
- **Истерические психозы** (диссоциативные расстройства) – возникают в ситуациях угрожающих свободе личности или социальному статусу
- **Реактивные депрессии** (расстройства адаптации, депрессивный эпизод) – обусловлены субъективно значимыми психотравмами
- **Реактивные бредовые психозы** (параноиды) – обусловлены субъективно значимыми психотравмами

F43.0 Острая реакция на стресс

Транзиторная реакция психотического уровня, развивается как реакция на:

- исключительно сильное, но непродолжительное (в течение часов, дней) событие, угрожающее личности (угроза безопасности, природная или техногенная катастрофа, несчастный случай, участие в боевых действиях, преступное посягательство и тому подобные)
- резкое изменение социального статуса или окружения (смерть близкого, потеря значительной части имущества)

Обязательная временная связь симптоматики с психотравмой

В соответствии с МКБ-10 симптомы:

- инициальное состояние оглушенности,
- быстро сменяющие друг друга или смешанные депрессия, тревога, отчаяние, гнев, гиперактивность или отгороженность
- быстрая редукция симптоматики (в течение часов) в случае нейтрализации травмирующего фактора или в течение 1-3 суток, если травмирующее событие невозможно нейтрализовать

развиваются у ослабленных:

- Соматическим заболеванием
- Длительным недосыпанием
- Утомлением
- Эмоциональным напряжением
- Наличием органически неполноценной почвы (особенно пожилые)

Личностные особенности имеют меньшее значение, особенно при угрозе жизни (внеличностное реагирование)

Возникает состояние острого ужаса, отчаяния, обильные вегетативные проявления, аффективное (аффектогенное) сужение поля сознания, утрачивается адекватный контакт с окружающими (неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы), дезориентировка.

В дальнейшем развиваются варианты:

- **Гипокинетический** «мнимая смерть» (двигательная заторможенность, м.б. обездвиженность - аффектогенный ступор, мутизм, бледность, гипергидроз, м.б. непроизвольное мочеиспускание или дефекация)
- **Гиперкинетический** «двигательная буря» (ажитация, психомоторное возбуждение, паника, нецеленаправленные движение, тахикардия, бледность, гипергидроз).

После перенесенного состояния развивается полная или частичная **амнезия**. Если состояние затягивается более чем на 3 суток, диагноз пересматривается.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – F 43.1

- **отставленная** (начало после латентного периода от нескольких недель до 6 месяцев), затяжная реакция на стресс:
 - эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний, снов или кошмаров
 - хроническое чувство «оцепенелости» и эмоциональной притупленности
 - отчуждение от других людей
 - отсутствие реакции на окружающее
 - ангедония (не способность переживать радость)
 - уклонение от деятельности и ситуаций, напоминающих о травме.
 - изредка острые вспышки страха, паники или агрессии
 - состояние повышенной вегетативной возбудимости с повышением уровня бодрствования, усилением реакции испуга и бессонницей.

F43.2 Расстройство адаптации

Диагностические критерии:

- наблюдается в период адаптации к значительному изменению социального статуса или к стрессовому жизненному событию (потеря или длительная разлука с близкими, положение беженца, серьезное физическое заболевание)
- индивидуальная предрасположенность, в сочетании с доказательствами того, что расстройство не возникло бы без воздействия стрессора

Наличие симптомов:

- депрессивное настроение, тревога, беспокойство
- чувство неспособности справиться с ситуацией, приспособиться к ней
- некоторое снижение продуктивности в повседневных делах
- склонность к драматическому поведению, вспышки агрессии
- доказанная временная связь между стрессором и возникшим расстройством - не более 3 месяцев

Клинические варианты реактивных депрессий

- Астено-апатическая
- Простая (чистая)
- Тревожная
- Истерическая
- Дисфорическая
- Ипохондрическая
- Диссимулятивная

Истерический психоз

- Чаще возникает в ситуациях угрожающих свободе личности («тюремные психозы»)
- у лиц с истероидными чертами характера
- Болезнь возникает по истерическим механизмам защиты (диссоциация) от непереносимой для личности ситуации: «бегство в болезнь», «фантазирование», «регресс» и отражает представление данной личности о сумасшествии («стал как ребёнок», «поглупел», «превратился в животное»). На сегодняшний день такие примитивные формы реагирования встречаются редко.
- Под влиянием психотравмы → негативное аффективное состояние → истерические механизмы защиты → истерическое сумеречное сужение сознания → амнезия

Клинические проявления истерических психозов

- **Псевдодеменция** – мнимое слабоумие (нелепые ответы по содержанию вопроса)
- **Пуэрилизм** – как бы детское поведение
- **Синдром Ганзера** – псевдодеменция с мимоговорением и может включать пуэрилизм
- **Синдром регресса психики (синдром одичания)**
- **Синдром бредоподобных фантазий**

Нозогенные реакции F43.8

- состояния, возникшие в связи с тяжелым соматическим заболеванием, ставшим для пациента психотравмирующим событием

невротические реакции проявляющиеся:

- опасениями по поводу своего нездоровья
- обостренное самонаблюдение с гипертрофированной субъективной оценкой угрожающих здоровью последствий соматического заболевания
- при затяжных состояниях - ипохондрия с тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия, установление щадящего «предохраняющего» от возможных осложнений или обострений перенесенного соматического заболевания
- «ипохондрия здоровья»
- в ряде случаев, у больных с угрожающим жизни заболеванием, синдром патологического отрицания болезни

НЕВРОЗ

- психогенное психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особенно значимых отношений личности (Карвасарский Б.Д., 1990).

- психогенное (конфликтогенное) нервно-психическое пограничное расстройство, в основе которого лежит нарушение особо значимых жизненных отношений человека, проявляющееся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений.

Диагностические критерии неврозов:

- Психогенная природа
- Обратимость психопатологических нарушений независимо от длительности.
- Невротический уровень расстройств
- Внутриличностный невротический конфликт.

Этиопатогенез неврозов:

- **Психологические факторы** – психотравма
- **Биологические факторы** – наследственность, конституция, патологии развития, повышенная реактивность ЦНС (интоксикации, ЧМТ, инфекции и др.)
- **Социальные факторы** — особенности воспитания, взаимоотношения в семье, социальное окружение, изменения социального статуса, увольнение и др.

Внутриличностные конфликты:

- **Истерический** (хочу, но не дают)
- **Психастенический** (хочу, но не должен)
- **Неврастенический** (хочу, но не могу)

Каждый вариант невротического расстройства клинически проявляется разным сочетанием **НЕВРОТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ:**

- синдром невротической тревоги
- невротическая астения
- обсессивно-компульсивный, фобический
- истеро-конверсионный
- синдром невротической ипохондрии
- синдром невротической депрессии
- невротическое нарушение сна

Клиническая форма невротического расстройства определяется доминирующим синдромом

СИНДРОМ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ТРЕВОГИ

("стержень невроза"), может быть самостоятельным расстройством или фоном для других невротических синдромов:

- **Сомато-вегетативные симптомы:** тахи-, брадикардия, потливость, тремор, сухость во рту, затруднения дыхания, чувство удушья, боли или дискомфорт в груди, тошнота или абдоминальный дистресс (например жжение в желудке).
- **Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:** чувство головокружения, неустойчивости, обморочности, дереализация или деперсонализация, страх потери контроля, сумасшествия или смерти
- **Общие симптомы:** приливы или чувство озноба, онемение или ощущение покалывания.

Характеризуется: повторяемостью

Частным проявлением является невротический вегетативный криз или паническая атака

Синдром невротической ипохондрии - чрезмерная забота и беспокойство (а не убежденность, как при бредовой ипохондрии) о своем здоровье с переживанием неприятных ощущений в организме на фоне тревожной мнительности и эмоциональных нарушений

Синдром невротической депрессии - сочетание астении и легкой субдепрессии, которая проявляется, в основном, при затрагивании в беседе психотравмирующей темы

Невротическое нарушение сна в виде нарушения засыпания, неглубокого ночного сна с частыми пробуждениями, отсутствия чувства отдыха после сна.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (НЕВРОЗЫ)

- Неврастения (F48.0)
- Истерический невроз (F44.0).
- Невроз навязчивых состояний (F42.0)

Тревожно-фобические расстройства:

- агорафобия
- социальная фобия
- специфические фобии

Тревожные расстройства:

- генерализованное тревожное расстройство
- паническое расстройство

НЕВРАСТЕНИЯ

По генезу выделяют 3 группы:

- **Реактивную неврастению** - обязанную своим возникновением массивной (или серийной) психотравматизации
- **Невроз истощения, переутомления** - следствие непосильного труда и (или) пролонгированного переутомления, при стойком трудовом перенапряжении (в первую очередь психическом, интеллектуальном, эмоциональном)
- **Информационный невроз** - развивается в случае попытки усвоения большого объема высокозначимой информации на фоне дефицита времени при высоком уровне мотивации (значимости успеха) поведения

НЕВРАСТЕНИЯ

Доминирующим невротическим синдромом при неврастении является **астенический**, к которому при длительном течении могут присоединяться: синдромы невротической депрессии и ипохондрии, а так же невротическое нарушение сна.

Разделяют два типа неврастении:

- **Первый** тип — повышенная утомляемость после умственной работы, снижение профессиональной продуктивности или же эффективности в повседневных делах.
- **Второй** тип - физическая слабость и истощаемость после минимальных усилий, чувство боли в мышцах и невозможность расслабиться.

Клиника неврастения включает следующие группы симптомов:

- **Изменения чувствительности:** гипостезии, анестезии, гиперестезия (гиперосмия, фосфены, астенопия), гиперракузия (акоазмы, шум в голове), гипералгезия (цефалгии и миалгии)
- **Сомато-вегетативные нарушения:** сосудистая лабильность, диспепсия, гипергидроз, вегетативный криз
- **Сексуальные расстройства:**
 - у мужчин преждевременная эякуляция, ослабление эрекции, снижение полового влечения
 - у женщин снижение полового влечения, неполное ощущение оргазма, аноргазмия
- **Нарушения высших психических функций:** субъективное чувство постоянной усталости и утомления; повышенная истощаемость психических процессов; чувство утраты трудоспособности, интеллектуальных возможностей, способности запоминания (из-за рассеянного внимания); падение продуктивности в делах; повышенная раздражительность по любому поводу; общее снижение тонуса; угнетенность, пессимистическая оценка состояния своего здоровья и(или) обстоятельств жизни.

ИСТЕРИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ

F44. диссоциативное (конверсионное) расстройство по МКБ-10

Из-за постоянного патоморфоза именуют *«хамелеоном, меняющим цвета»* и *«великой симулянткой»*.

Специфические истерические механизмы внутриличностного реагирования, такие как *«вытеснение»*, *«бегство в болезнь»*, *«регрессия»*, *«фантазирование»*, *«конверсия»*, *«диссоциация»*, как бы «помогающих» найти «выход» из затруднительного положения отражаются в клинических проявлениях в виде:

- стремления привлечь к себе внимание;
- состояния *«условной приятности, желательности, выгоды»* симптома ;
- внушаемости и самовнушаемости;
- яркости эмоциональных проявлений;
- демонстративности и театральности предъявляемых жалоб.

Клиническая картина истерического невроза:

- Эмоциональные расстройства
- Расстройства двигательной сферы (моторики)
- Расстройства чувствительности (расстройства сенсорной сферы)
- Расстройства вегетативной сферы (гладкой мускулатуры внутренностей, сфинктеров)
- Боли

Эмоциональные расстройства:

- Эмоциональная неустойчивость
- Тревога, страхи
- Депрессия
- Ипохондрия

Двигательные расстройства:

- Судорожные истерические припадки
- Параличи, парезы (геми-, пара-, тетраплегии , паралич лицевого нерва и др.)
- Астазия-абазия
- Гиперкинезы
- Контрактуры (системные, локализованные и генерализованные, торакальные с нарушением дыхания, диафрагмальные с иллюзией беременности и пр.);
- Спазмы (одно- или двусторонние блефароспазм, афония, заикание, мутизм и пр.)
- Атаксии, апраксии, акинезии, дизартрии
- Неконтролируемый прикус

Сенсорные расстройства:

Расстройства чувствительности:

- Анестезии по типу носок, чулок, перчаток, рукава, полуботинок и пр.;
- Гипер- или парестезии
- Гипестезии
- Алгии

Сенсорные расстройства

- **Зрительный анализатор** (концентрические, циркулярные, тубулярные сужения полей зрения, амблиопия, астигматизм, скотомы, слепота и пр.);
- **Слуховой анализатор** (глухота с сопутствующей немотой или сурдомутизм);
- **Нарушения восприятия запаха и вкуса**

Соматовегетативные расстройства:

- Нарушения сердечной деятельности
- Нарушения дыхания - респираторные спазмы, тики, пр.;
- Расстройства деятельности ЖКТ (спазмы глотки с затруднением приема пищи, спазмы пищевода - истерический комок "глобус истерикус"), спастические запоры; рвота;
- Сексуальные расстройства - явления вагинизма и др.;
- Спазмы уретры и мочевого пузыря.

Обсессивно-фобический невроз (невроз навязчивых состояний)

Психогенно обусловленные невротические расстройства в виде разнообразных навязчивостей: **фобий**, **обсессий** и **компульсий**, а т. ж. их сочетаний на фоне общей тревожности.

В клиническом проявлении они могут предстать самостоятельно (изолированно или в сочетании) и (или) как этап клинической динамики, что дало основание выделять разные клинические формы Н.Н.С.

В МКБ-10 выделяют:

- **F40. ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИЕ** расстройства (агорафобия, социальная фобия, специфические (изолированные) фобии)
- **F41. ТРЕВОЖНЫЕ** (генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство)
- **F42. ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ** расстройства

Тревожно-фобические расстройства

- **Агорафобия** - группа фобий , связанных с ситуациями нахождения вне дома, в сочетании с переживанием беспомощности и невозможности сразу вернуться в безопасное место и невозможностью доступа к медицинской помощи
- **Специфические фобии**
- **Социофобии** - группа фобий, сконцентрированных вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих, что приводит к избеганию определенных общественных ситуаций.
- **Нозофобии** (ипохондрические)

Паническая атака — неожиданно возникающий и быстро, в течение нескольких минут, нарастающий симптомокомплекс вегетативных расстройств (сердцебиение, стеснение в груди, ощущение удушья, нехватки воздуха, потливость, головокружение), сочетающийся с ощущением надвигающейся смерти, страхом потери сознания либо потери контроля над собой, сумасшествия.

Общие принципы терапии при неврозах .

- 1) Санаторно-курортный режим ("изъятие из жизни").
- 2) Медикаментозная (симптоматическая) терапия:
 - **транквилизаторы** (для ослабления эмоционального напряжения, тревоги и сомато-вегетативных расстройств)
 - **антидепрессанты** по показаниям
 - **витамины и ноотропы** (для ослабления утомляемости и повышения функциональности)
- 3) **Психотерапия** (основная, патогенетическая терапия) для осознания и отработки внутриличностного невротического конфликта с переориентацией на другой вид активности и (или) мобилизацией возможных ресурсов личности.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия

– это система комплексного лечебного воздействия с помощью психологических средств на психику больного (а через нее на весь организм), с целью устранения болезненных симптомов, изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде.

Эффект достигается информацией и эмоциональным зарядом, которые она в себе несет.

Приемы и методы психотерапии широко используются не только в лечении и реабилитации психических, но и в широком круге соматических заболеваний.

Принято выделять **два основных вида** психотерапии:

- Неспецифическую (психотерапевтический подход)
- Специфическую

Неспецифическая психотерапия (психотерапевтический подход)

– это неспецифический метод воздействия на психику больного, базирующийся на принципах медицинской деонтологии.

Этим видом психотерапии необходимо владеть каждому врачу, и каждой медсестре.

К неспецифическим условиям проведения психотерапии относятся взаимоотношения «врач-больной», «медсестра-больной»; взаимоотношения «врач-медсестра» и т.п.; интерьер учреждения. Начинается с момента, когда пациент входит в лечебное учреждение и на него оказывают влияние название учреждения, интерьер, уютная обстановка, вежливое внимательное обращение персонала к нему и между собой, усилия персонала, направленные на быстрое и эффективное решение проблем пациента.

Основные цели психотерапевтического подхода:

- 1. Уменьшение эмоциональной напряженности.** Многие заболевания вызывают тревогу у больных, опасения за исход заболевания, беспокойство по поводу исследований, процедур, лечения, последствий болезни, дальнейшей трудовой деятельности, отношений с родственниками. Переживания больных могут осложнять лечение и течение заболевания. Для уменьшения тревоги используются **информирование, разъяснение, отвлечение, невербальные методы коммуникации** и другие способы воздействия.
- 2. Повышение активности больных.** Больного необходимо вовлекать в те виды деятельности, которые допустимы по его состоянию. Необходимо устранить вредное воздействие гиподинамии, связанной с ограничением двигательной активности. Здесь важным является **отвлечение от своих внутренних переживаний** по поводу болезни, предупреждение развития ипохондрических переживаний. К тому же таким образом стимулируется психическая активность: **участие в работе и жизни отделения.**
- 3. Мобилизация внутренних ресурсов на борьбу с заболеванием.** В беседах с больным нужно постоянно подчеркивать, что процесс выздоровления может быть замедлен или ускорен собственным отношением к болезни и лечению. Таким образом, вырабатывается правильное, **адекватное отношение к заболеванию** и его возможным последствиям.

Особенности отношений психотерапевт-пациент:

- 1. Психотерапевт конгруэнтен** в отношениях с пациентом. Конгруэнтность, или подлинность, естественность психотерапевта означает необходимость правильной символизации психотерапевтом его собственного опыта. Если психотерапевт переживает угрозу или дискомфорт в отношениях, а осознает лишь принятие и понимание, то он не будет конгруэнтен в данных отношениях и психотерапия не будет полноценной
- 2. Психотерапевт переживает безусловную положительную оценку по отношению к пациенту.** Безусловно, положительно оценивать другого — значит оценивать его позитивно, независимо от того, какие чувства вызывают определенные его поступки. Поступки могут оцениваться по-разному, но принятие, признание индивида не зависят от них.
- 3. Психотерапевт эмпатически воспринимает пациента.** Обладать эмпатией — означает воспринимать субъективный мир, охватывающий весь комплекс ощущений, восприятий и воспоминаний другого, доступных сознанию в данный момент, воспринимать правильно, с присущими эмоциональными компонентами и значениями, как если бы воспринимающий сам был этим другим человеком. Это значит — ощущать боль или удовольствие другого так, как чувствует это он сам, и относиться, как он, к причинам, их породившим, но при этом ни на минуту не забывать о том, что это «как если бы» (если это условие утрачивается, то данное состояние становится состоянием идентификации). Знания субъективного мира пациента, полученные эмпатически, приводят к пониманию основы его поведения и процесса изменения личности.

Специфическая психотерапия

Существуют 4 основных направления специфической психотерапии:

- Психодинамическое
- Когнитивно-поведенческое
- Экзистенциально-гуманистическое
- Суггестивное

В основе каждого из направлений лежат определенные теории личности, и имеется логически связанная собственная система психотерапевтических воздействий.

Механизмы лечебного действия психотерапии

1. Понимание эмоций, проживание эмоций
2. Понимание себя
3. Получение информации
4. Укрепление веры больного в выздоровление
5. Получение нового опыта (отношений, поведения...)

Этапы психотерапии

Психотерапевтическое вмешательство всегда проходит через несколько этапов взаимоотношений психотерапевт-пациент. Однако психотерапия может закончиться с положительным эффектом для пациента на каком-либо из промежуточных этапов.

- 1. Установление контакта и достижение комплайенса** (формируется психологически комфортная доверительная атмосфера межличностного взаимодействия, располагающая к сотрудничеству).
- 2. Прояснение проблемы** (первичный сбор информации и выделение наиболее значимых проблем, понимание психотерапевтом и в какой-то степени пациентом причин и механизмов формирования эмоциональных и поведенческих нарушений).
- 3. Определение психотерапевтических мишеней**, формулировка проблем (психологическая работа по идентификации наиболее важной проблемы, постепенное подведение пациента к этой проблеме).
- 4. Применение конкретных методов и методик** (наиболее длительный процесс, требующий наибольшей подготовки от психотерапевта, который имеет целью редукцию симптоматики).
- 5. Закрепление** (оценка того, насколько психотерапия реально изменила поведение пациента и его жизненную ситуацию, активизация самостоятельной активности пациента).
- 6. Окончание курса (решение проблемы зависимости от психотерапевта).**

Противопоказания для проведения психотерапии

1. Острые психотические состояния
2. Высокая вероятность развития судорожного синдрома
3. Когнитивное снижение (олигофрения, деменция)
4. Плохое соматическое самочувствие – острое заболевание, температура и т.п.
5. Алкогольное и наркотическое опьянение
6. Нежелание пациента

Формы психотерапии:

- **Индивидуальная психотерапия:** психотерапевтический процесс протекает в диаде врач — пациент. По срокам проведения индивидуальная психотерапия может условно делиться на краткосрочную и долговременную. Граница обычно определяется числом психотерапевтических занятий. По мнению большинства исследователей, психотерапия длительностью до 20 (реже до 40) занятий относится к краткосрочной. Долговременные формы индивидуальной психотерапии наиболее характерны для психодинамической (психоаналитической) психотерапии, которая может продолжаться до 7-10 и более лет при средней частоте психотерапевтических занятий 2-3 раза в неделю.
- Специфика **групповой** психотерапии как лечебного метода заключается в целенаправленном использовании в психотерапевтических целях групповой динамики (то есть всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта), в лечебных целях
- **Семейная психотерапия**