**111. Лечение и профилактика неврозов.**

*Лечение:* *психотерапия + психотропные с-ва, общеукрепляющая терапия + реабилитация.*

*Психотерапия*: 1.Рациональная психотерапия: раскрытие патогенетической сущности конфликта, "запуск" невротической реакции, активизация положительных св-в личности, коррекция неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения, переработка патологического стереотипа поведения, нормализация системы эмоционально-волевого реагирования, изменение системы отношений.

2.Групповая: раскрытие и осознание кон-фликтных (невротических) ситуаций + их ре-шение (перестройка). Работает с внутрилич-ностной проблематикой и системой отношений пациента, дефекты которой отражаются в межличностном взаимодействии.

3.Автогенная тренировка: тренировка мышеч-ной релаксации, самовнушение и самовоспитание.

4. Личностно-ориентированная психотерапия: формирование адекватного самосознания, рас-крытие + переработка внутреннего психологического конфликта, коррекция неадекватных личностных отношений.

5. Гипнотерапия.

6. Наркопсихотерапия: использование нарко-тических средств, облегчающих развитие гип-нотического сна или усиливающих его глуби-ну.

*Психотропные с-ва:* преп. бензодиазепиново-го ряда (феназепам/диазепам); производные гликоля (мепробамат/ мепротан); нейролептики (сонапакс/неулептил); антидепрессанты (амитриптилин/адаптол/ нормазидол/тонгинал); ноотропы (пирацетам/аминалон).

*Профилактика:* активный и здоровый образ жизни, регулярные физические упражнения, прогулки на свежем воздухе. Отсутствие или снижение стрессов, благоприятная обстановка в семье, полноценный отдых и ночной сон, занятия йогой, творческие занятия.

**112. Реактивные психозы: общие клиниче-ские признаки, критерии Ясперса.**

Это психические нарушения психотического уровня, возникающие после сильного психо-травматичесого воздействия, превышающег адаптационно-компенсаторные возможности личности; больные теряют способность крити-чески оценивать окружающих и самих себя. Обратимы.

Клиника: нарушения восприятия мира, неадекватность поведения, отражение стресса в картине психического расстройства и завершение психоза после исчезновения травмирующих обстоятельств.  
*Триада (критерии) Ясперса:*

1.Основной и обычно непосредственной причиной расстройства является психотравмирующая ситуация;

2.Содержание болезненных переживаний психологически понятно, то есть оно целиком определяется данной ситуаций или, точнее, ее представлением в сознании пациента;

3.Выздоровление наступает после того, как психическая травма устраняется или преодолевается пациентом.

**113. Острые реактивные психозы.**

Психотические состояния, возникающие в экстремальных ситуациях, опасных для

жизни человека, в ситуациях катастроф, которые вызывают страдания, смерть,

ранения большого количества тюдей. Болезненные состояния развиваются остро, при этом больные не успевают рационализировать все, что происходит, и проявляют "биологические" формы защиты, неадекватные действия.

*Гиперкинетическая форма (или психогенное возбуждение)*: характеризуется страхом, тревогой, хаотичным нецеленаправленным возбуждением. Больные теряют ориентацию в окружающем, кричат, мечутся, импульсивно куда-то бегут, нередко в самое опасное место (фуиформные реакции). Мимика переживания, страха, ужаса + вегетативные нарушения: тахикардия, бледность / гиперемия, потливость.

Продолжительность: 15-20 мин, после выхода из болезненного состояния наблюдается амнезия.

*Гипокинетическая форма (реакция "ложной смерти"):* заторможенность вплоть до полного ступора, возникающая внезапно, сразу после

психической травмы. Больные застывают в позе, в которой находились во время психической травмы. Не могут отойти в безопасное место, отсутвует речь (мутизм), взгляд направлен в пространство, они равнодушны к тому, что происходит вокруг, не ориентируются в окружающем. Продолжительность от нескольких часов до 1-2дней, после выхода из этого состояния – амнезия.

В постпсихотический период у больных обеих групп развивается выраженная астения, продолжается несколько дней.

**114. Затяжные реактивные психозы.**

*Истерические психозы:*

1.Истерическое сумеречное помрачение сознания: неглубокое расстройство сознания, сужение его объема. Клиника острых реакций без полного "отключения" сознания, после сохраняются отрывочные воспоминания;больные тревожные, демонстративные, истерическое возбуждение сопровождается то смехом, то рыданиями, зрительные галлюцинации. Продолжительность: до 2 нед.

1.2.Синдром Ганзера (подвид сумеречного помрачения сознания): встречается в судебно-психиатрической практике. Клиника: "миморечь".

2.Псевдодеменция: сужение сознания + внезапное развитие состояния, напоминающего слабоумие. Не понимают простых вопросов, не могут выполнить простых действий; при этом на сложные вопросы отвечают, сложные действия выполняют. Может сопровождаться психомоторным возбуждением (неусидчивостью, ужимкой, эйфорией, что сменяется страхом / тревогой), либо заторможенностью (скорбная поза, беззвучный плач). Продолжительность: 2 суток - 2-3 мес, воспоминания отрывочные/полностью отсутствуют.

3.Пуерилизм: начинает вести себя как ребенок. В речи детские интонации, ползают, сюсюкают, не выговаривает отдельных слов. Дисоциированность: детские черты + сохранение привычек взрослого, н/п курить.

4.Бредовые идеи (фантазии): неустойчивые, систематизированные идеи (величия, богатства, знатного происхождения, преследования/самообвинения). Содержание меняется после вопросов/смены обстановки, нет полной уверенности, поведение театральное.

5.Синдром регресса психики ("одичания"):

поведение приобретает черты животных. Больные возбуждены, испытывают страх, теряют навыки самообслуживания, ползают, лают, не пользуются одеждой/посудой.

6.Истерический ступор: при истерически суженном сознании развивается психомоторная заторможенность, мутизм, отказ от еды. Испытывают отчаяние, злость, страдания. Мышцы напряжены, сопротивляются попытке изменить позу. Восприятие окружающего полностью не теряется. Упоминание о психической травме вызывает страдания, вегетативные реакции.

*Реактивные (психогенные) депрессии:*

Острые депрессивные состояния возникают после длительных психотравмирующих переживаний / воздействия психической травмы; испытывают страх, отчаяние, выражают мысли о смерти, могут наносить себе/другим вред.

Затяжные реактивные депрессии: больные подавлены, испытывают безнадежность, тема психической травмы становится доминирующей.

Депрессивные синдромы реактивных депрессий:

1)Меланхолический тип: тоска, подавленность.

идеи самообвинения, стремление к деятельности ограничено.

2)Тревожный тип: возникает после психотравм, угрожающих жизни / у заключенных; тревога+соматовегетативные нарушения+ажитация.

3)Истерический тип: преувеличивание страданий, стремятся вызвать сочувствие; преобладают театральность, карикатурность, патетика. Соматовегетативные нарушения: расстройства аппетита, сна; иногда развивается афония, астазия-абазия, признаки пуерилизма, псевдодеменции+демонстративные суициды.

4)Астенический тип: тоска, слабость, гиперестезия, апатия, тяжелое бессилие.

5)Ипохондрический тип тревога, нарушения сна + вегетативные расстройства, которые убеждают больных в справедливости их подозрений. Иногда возникает ипохондрический бред.

*Реактивные бредовые психозы:*

Острый параноид: продромальный период с чувством тревоги, ожиданием неизбежного бедствия → внезапно возникает чувство смертельной опасности. Появляются слуховые галлюцинации.

Включает в себя: миграционный психоз, тюремный параноид.

Подострый параноид: индуцированный параноид - развивается у людей с повышенной внушаемостью в результате общения с психически больным.

Паранойяльные реактивные психозы: сверхценные и бредовые идеи; больные подозрительные, настороженные, тревожные, думают, что их близкие хотят им навредить, очернить их, воруют их идеи.

**115. Терапия реактивных психозов.**

*Аффективно-шоковые реакции*: средства для устранения возбуждения, блокирующие аффект тревоги и страха: в/м введение аминазина (хлорпромазина) или галоперидола.

В случае нерезко выраженного возбуждения - транквилизаторы (диазепам, хлордиазепоксид) в/м. При наличии тяжелых истерических психозов – нейролептики в/в (галоперидол, трифлуперидол, трифлуперазин) в сочетании с транквилизаторами.

*Реактивные депрессии:* тимолептические средства + транквилизаторы (диазепам, хлордиазепоксид) + нейролептики (сульпирид, алимемазин, хлорпротиксен) + трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин).

При неглубоких депрессиях:селективные антидепрессанты (мапротилин, пиразидол, тианептин, моклобемид) + препараты серотонинергической группы (флуоксетин, сертралин, пароксетин).

*Подострые и затяжные бредовые психозы:* для купирование агрессии - нейролептики широкого спектра действия (хлорпромазин, галоперидол, клопазин). В случае устойчивой

постреактивной астении показаны ноотропы (пирацетам, энцефабол, аминалон).

Используют различные виды психотерапии:

рациональную, когнитивную, суггестивную и др.

**116. Экспертиза, профилактика, реабилитация при реактивных психозах.**

*Трудовая экспертиза:* в период болезни больные временно нетрудоспособны. Очень редко индивидуально решается вопрос об инвалидности.

*Судебно-психиатрическая экспертиза*: если противоправное действие совершено в состоянии психоза, больной признается невменяемым. При возникновении психоза после совершения преступления, на период болезни больного направляют на лечение.

*Военная экспертиза:* больные с

реактивными психозами с затяжным течением непригодны к военной службе. Больные с умеренно выраженными реактивными психозами с благоприятным течением непригодны к военной службе в мирное время и пригодны к нестроевой службе в военное время.

**117. Определение понятия «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР).**

Это тяжёлое психическое состояние, которое возникает как отсроченная или затяжная

реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые способны вызвать дистресс почти у любого человека (катастрофы, войны, пытки, терроризм, сексуальное насилие, угроза смерти и т.д).

**118. Клинические особенности ПТСР.**

Тревожно-фобические состояния с плаксивостью, кошмарами, дереализацией, деперсонализационными нарушениями → наплывы неприятных воспоминаний, связанных с психотравмой, нередко навязчивого характера → эмоциональная подавленность, социальная отчужденность, ангедония, замкнутость, иногда злобность, проявляются внешние немотивированные вспышки агрессии → начинают злоупотреблять алкоголем, наркотиками, токсичными веществами. Характерные тревога, тоска, чувство собственной вины, бесполезности своей жизни, суицидальные мысли. У многих

больных возникает страх засыпания, так как нередко во сне они "переживают трагедию".

Выделяют острый (менее 3 мес) и хронический (более 3 мес) течение ПТСР и вариант с

отсроченным (через 6 мес после действия стрессового фактора) началом. Достаточно часто диагностируют коморбидные расстройства:депрессия, признаки генерализованного тревожного расстройства, фобии, зависимость от алкоголя.

**119. Профилактика и лечение ПТСР.**

*Антидепрессанты* селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: золофт (сертралин), флувоксамин (феварин), флуоксетин (прозак, циталопрам (ципрамил).

*Транквилизаторы* (симптоматически): альпрозалам (ксанакс), диазепам (сибазон,

реланиум), феназепам, гидазепам, грандаксин, рудотель и др. (не более 3 нед.).

*Небензодиазепиновые снотворные средства:* имован (зопиклон), ивадал (золпидем).

*Нормотимики*:карбамазепин (финлепсин, тимонил), препараты вальпроевой кислоты,

ламиктал (ламотриджин).

*Нейролептики*: сульпирид (эглонил),

перициазин (неулептил), тиоридазин

*Ноотропы:* ноотропил (пирацетам), луцетам,

пиридитол (энцефабол), фенибут, пантогам, пикамилон, когитум.

*Бета-адреноблокаторы*:анаприлин (пропранолол), талинолол (корданум), атенолол, тразикор.

Психотерапия:

• бихевиоральная (поведенческая);

• когнитивная (или когнитивно-бихевиоральный);

• психодинамическая.

Используют такие виды психотерапии:

1. Индивидуальная психотерапия.

2. Групповая психотерапия.

3. Семейная психотерапия.

4. Супружеская психотерапия

5. Социально-историческая коррекция.