***1. Классификация и определение нарушений восприятия: иллюзии, психосенсорные расстройства, галлюцинации.***

*Иллюзии*: (1) по анализаторам: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, общего чувства [висцеральные и проприоцептивные]; (2) по механизму возникновения: физические [свойства объектов], физиологические [особенности анализатора], психические [изменение психической деятельности]. *Аффективные* (эмоциональные) ← выраженные колебания настроения / остроформирующиеся аффекты страха, тревоги. *Слуховые вербальные* ← бред отношения. *Парейдолические* ← нарушения сознания.

*Психосенсорные расстройства:* (1) метаморфопсии: микропсии [↓размеров], макропсии [↑размеров], дисморфопсии [нарушение проворций]; (2) интеро- и проприоцептивные: нарушение схемы тела.

*Галлюцинации (мнимое восприятие без реального раздражителя в данное время):* (1) анализаторам: зрительные, слуховые обонятельные, вкусовые, тактильные, общего чувства [висцеральные и проприоцептивные]; (2) по сложности: простые [фотопсии, акоазмы], сложные [имеющие содержание]; (3) по полноте развития: полные [истинные] и неполные [ложные, псевдогаллюцинации, галлюциноиды]; (4) по отношению к личности больного: нейтральные, комментирующие, императивные; (5) особые: гипнагогические [при засыпании], гипнапомпические, [при пробуждении] экстракампинные [вне поля восприятия], рефлекторные [перенос реально предмета], функциональные [реальный и галлюцинаторные предметы одновременно], отрицательные [удаление реального предмета], эпизодические [экстаз], типа Шарля Боне [критичные восприятия от утраченных ранее анализаторов].

***2. 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, внешние немотивированные вспышки агрессии → начинают злоупотреблять алкоголем, наркотиками, токсичными веществами. Характерные тревога, тоска, чувство собственной вины, бесполезности своей жизни, суицидальные мысли. У многих → страх засыпания (во сне – «переживают трагедию»).

Выделяют *острый* (<3 мес), *хронический* (>3 мес), *с отсроченным началом* (6 мес.+ после действия стрессового фактора). Часты коморбидные расстройства: депрессия, признаки генерализованного тревожного расстройства, фобии, зависимость от алкоголя.

***3. Принципы терапии шизофрении.***

*Цели*: устранение или ↓симптомов, профилактика рецидивов, ↓потребности в психиатрической помощи, ресоциализация. Показаниями для *неотложной госпитализации без согласия* больного: *неадекватность поведения* (бред, галлюцинации, болезненная тревоги, страх, растерянности), *возбуждение* (гебефреническое, кататоническое, маниакальное), *депрессия с суицидальными мыслями*.

Основа активной терапии (в приступ) → психотропные средства. *Нейролептики типичные* (выраженный антипсихотический + седативным эффект [галоперидол, тривтозин, аминазин]). *Атипичные нейролептики* (антипсихотическй эффект – ↓негативной симптоматики [рисполепт, солиан]). *Нормотимики* (нормализация эмоционального фона). *Параноидная форма с психомоторным возбуждением, кататоническое и гебефреническое возбуждение, чувством страха и беспокойства* → седаторы, тормозного эффекта (аминазин, тизерцин, галоперидол, клопиксол. *С-м Кандинского-Клерамбо* – (галоперидол, трифтазин, риспопепт, клопиксол, солиан). *Затяжное течение* → (азалептин, солиан).

Поддерживающая терапия (1 приступ → 1 года, 2 приступа → 3 года, 3+ → пожизненно): атипичные нейролептики (при ↓сотрудничества → нейролептики пролонгированного действия [модитен-депо, галоперидол-деканоат, тиоридазин]) + при паркинсонизме, дистонических явлених → циклодолом, трифену, паркопаном. При кататонии, шизоаффективных психозов с депрессией, фебрильной шизофрении → электроконвульсивная терапия.

***1. Классификация и определение нарушений восприятия: иллюзии, психосенсорные расстройства, галлюцинации.***

**Иллюзии**

1. По анализаторам: зрительные, слуховые обонятельные, вкусовые, тактильные, общего чувства (висцеральные и проприоцептивные).
2. По механизму возникновения:

* Физические
* Физиологические
* Психические

**Психосенсорные расстройства**

1. Зрительные психосенсорные расстойства:

а) микропсии

б) макропсии

в) дисморфопсии

2. Интеро- и проприоцептивные расстройства:

нарушение схемы тела

**Галлюцинации:**

1. По анализаторам: зрительные, слуховые обонятельные, вкусовые, тактильные, общего чувства (висцеральные и проприоцептивные).
2. По сложности: простые (фотопсии, акоазмы), сложные (имеющие содержание).
3. По полноте развития: полные (истинные) и неполные (ложные, псевдогаллюцинации, галлюциноиды).
4. По отношению к личности больного: нейтральные, комментирующие, императивные.
5. Особые виды галлюцинаций: гипнагогические, гипнапомпичские, экстракампинные, рефлекторные, функциональные.

**Иллюзии** - искаженное восприятие реально существующего предмета с изменением его содержания, значения. Сильные эмоции, страх, ожидание, напряжение рождают аффективные иллюзии. Возникновению иллюзий способствуют затрудненные условия восприятия (плохая

освещенность, слышимость).

По механизму возникновения иллюзии подразделяются на:

***Физические*** - возникают в результате особенностей физических свойств предметов и веществ (преломление предметов на границе двух сред, миражи).

***Физиологические*** - связаны с физиологическими особенностями функционирования анализатора

***Психические*** иллюзии связаны с изменением психической деятельности: аффективные, вербальные, парейдолические.

*Аффективные (психические иллюзии, эмоциональные иллюзии)* — возникают под влиянием выраженных колебаний настроения или в связи с остроформирующимся аффектом страха, тревоги

*Слуховые вербальные* возникают, когда больной в различных звуках (шум ветра, скрип, скрежет колес поезда и др.) или разговорах окружающих слышит замечания, приказы в свой адрес. Они часто сочетаются с бредом отношения.

*Парейдолические иллюзии* возникают в связи с нарушением сознания (при интоксикации, гипертермии, употреблении галлюциногенов). При парейдолических иллюзиях больной в рисунках обоев, тенях от предметов видит причудливые, фантастические чудовища, страшные изображения.

**ПСИХОСЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА** — нарушение восприятия размеров, формы, взаимного расположения окружающих предметов в пространстве (метаморфопсии) и (или) размеров, веса,формы собственного тела (расстройства схемы тела).

**Метаморфопсии** (зрительные психосенсорные расстройства) - искаженное восприятие реально существующих предметов с сохранением понимания их значения и сущности, а также критического отношения больного к ним.

*Дисморфопсии*- искажение формы предметов

*Макропсии* - увеличение предметов

*Микропсии* - уменьшение их размеров.

**Галлюцинации** – мнимое восприятие без реального раздражителя (образа, явления) в данное время. *Зрительные галлюцинации* - мнимое восприятие зрительных образов без реального раздражителя (образа, явления) в данное время. *Слуховые галлюцинации* - больной слышит оклики, разговоры, музыку, пение и т.д., которых в это время нет. *Обонятельные галлюцинации* - больной воспринимает запахи, которые отсутствуют в это время. *Вкусовые галлюцинации* выражаются в том, что больной воспринимает вкусовые раздражения, которых нет в данное время, часто это привкус яда, "отравы" (ртути, свинца, стрихнина). *Тактильные галлюцинации:* температурные, восприятие влаги на теле, в виде прикосновений, сжатия, поглаживания, щипков, поколачивания, растяжения кожи и др.

***Особые виды галлюцинаций***

Гипногогические - галлюцинации, появляющиеся при переходе от бодрствования ко сну (при засыпании).

Гипнопомпические - при пробуждении, т.е. при переходе от сна к бодрствованию. Экстракампинные - галлюцинации, располагающиеся вне поля зрения.

Функциональные - галлюцинаторный раздражитель воспринимается наряду, параллельно с реальным.

Рефлекторные галлюцинации – отраженные, когда реальный раздражитель галлюцинаторно воспринимается в другом месте.

Внушенные галлюцинации – вызванные во время сеанса гипносуггестии.

Отрицательные галлюцинации - отсутствие восприятия действительно существующих предметов.

Эпизодические галлюцинации - периодически возникающие, например, экстатические у эпилептиков.

Галлюцинации типа Шарля Боне - у людей психически здоровых, потерявших зрение или слух, возникают зрительные или слуховые галлюцинации (с критической оценкой).

**2. 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.

**3. Принципы терапии шизофрении.**

Направлены на: устранение или уменьшение симптомов, профилактика рецидивов, снижение потребности в посещении лечебного учреждения или госпитализации, создание условий для возвращения пациента к нормальной повседневной деятельности.

Лечение больных шизофренией проводят стационарно и амбулаторно. Показаниями для неотложной госпитализации без согласия больного служат наличие бреда, галлюцинаций, болезненной тревоги, страха, растерянности, которые определяют поведение больного, также гебефреническое, кататоническое, маниакальное возбуждение, выраженная депрессия с суицидальными мыслями. Переживания, которые не влияют на поведение больного, показаниями к госпитализации не является.

Основным методом активной терапии является терапия психотропными средствами. Нейролептики типичные – обладает выраженным антипсихотическим действием, седативным эффектом (галоперидол, тривтозин, аминазин).

Атипичные нейролептики (антипсихотики) – направлены нам снижение негативную симптоматику.

Нормотимики – группа препаратов направленная на нормализацию эмоционального фона.

Параноидной формы шизофрении с выраженным психомоторным возбуждением, чувством страха и беспокойства показаны нейролептики седативного, тормозного эффекта - аминазин, тизерцин, галоперидол, клопиксол; указанные нейролептики показаны при кататоническом и гебефреническом возбуждении. Антипсихотической активностью отличаются галоперидол, трифтазин, риспопепт, клопиксол, солиан, который применяют при параноидной формы - синдрома Кандинского-Клерамбо. В условиях затяжного течения показан азалептин, атипичные антипсихотические (рисполепт, солиан).

Поддерживающую терапию рекомендуют проводить в течение 1 года после первого эпизода шизофрении, в течение 3 лет после второго эпизода, а после третьего эпизода постоянно. Для поддерживающей терапии предпочитают атипичным нейролептикам (рисперидон, оланзапин, солиан). Во время лечения больных, у которых наблюдается недостаточно критическое отношение к болезни, которые нарушают режим приема лекарств, используют нейролептики пролонгированного действия - модитен-депо, галоперидол-деканоат, тиоридазин. Во время лечения нейролептиками могут возникать осложнения в виде нейролептического синдрома: паркинсонизм, акатизия, дистонические явления, которые купируют циклодолом, трифену, паркопаном. Больным с длительностью заболевания до года с их согласия и согласия их родственников проводят инсулинокоматозного терапию. Электросудорожной терапии назначают при кататонии, шизоаффективных психозов с депрессией, фебрильной шизофрении. Проводят с согласия больных и их родственников.