

**БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ ФИЛОСОФИИ И СОЦИАЛЬНЫХ НАУК  
Кафедра психологии**

# **ОСНОВЫ ПСИХИАТРИИ**

**Наглядные материалы к курсу лекций  
для студентов, обучающихся  
по специальности  
1-23 01 04 «Психология»**

**МИНСК  
2014**

УДК 616.89(075.8)  
ББК 53.57я73-1  
0-75

С о с т а в и т е л ь  
**А. И. Горбачев**

Рекомендовано советом факультета  
философии и социальных наук  
28 ноября 2013 г., протокол № 2

Р е ц е н з е н т ы:

кандидат психологических наук,  
доцент *Ю. Г. Фролова*;  
заведующий кафедрой социальных коммуникаций  
кандидат социологических наук,  
доцент *О. В. Терещенко*

**Основы психиатрии:** наглядные материалы к курсу лекций для  
0-75 студентов, обучающихся по специальности 1-23 01 04 «Психология» /  
сост. А. И. Горбачев. – Минск : БГУ, 2014. – 73 с.

Представлены сведения основных разделов общей и клинической психиатрии в максимально схематизированной, простой, доступной для усвоения форме изложения.

В материалах отражены наиболее устоявшиеся общепринятые в настоящее время взгляды, подходы в отечественной психиатрии.

Материалы предназначены для медицинских и военных психологов и будут полезны, учитывая опыт преподавания при повторном обращении к вопросам психиатрии студентам и курсантам при подготовке к зачету, экзамену.

УДК 616.89 (075.8)  
ББК 53.57я73-1

© БГУ, 2014

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	6
РАЗДЕЛ 1. ОБЩАЯ ПСИХИАТРИЯ.....	7
Таблица 1. Основные этапы развития психиатрии.....	7
Таблица 2. Основные парадигмы в психиатрии.....	8
Таблица 3. Основные разделы (направления развития) современной психиатрии.....	9
Таблица 4. Границы современной психиатрии.....	9
Таблица 5. Количество больных с психическими расстройствами с впервые в жизни установленным диагнозом.....	10
Таблица 6. Количество больных с психическими расстройствами, состоящими под наблюдением (по И.Я. Гуровичу с соавт., 2000 г.).....	10
Таблица 7. Основные показания для неотложной и плановой госпитализации в психиатрический стационар.....	11
РАЗДЕЛ 2. СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	12
Таблица 1. Расстройства восприятия.....	12
Таблица 2. Дифференциальная диагностика истинных и ложных галлюцинаций.....	13
Таблица 3. Расстройства мышления.....	13
Таблица 4. Классификация обсессии.....	14
Таблица 5. Расстройства памяти.....	15
Таблица 6. Расстройства внимания.....	15
Таблица 7. Расстройства эмоций.....	16
Таблица 8. Расстройства воли. Расстройства влечений. Двигательные расстройства.....	16
РАЗДЕЛ 3. Основные психопатологические синдромы.....	18
Таблица 1. Диагностические критерии деменции ( по МКБ -10).....	20
Таблица 2. Синдромы нарушенного сознания.....	21
Таблица 3. Синдромы выключения сознания.....	21
Таблица 4. Основные признаки помрачения сознания («Тетрада К. Ясперса»).....	24
Таблица 5. Сравнительная характеристика сумеречного помрачения сознания и аменции.....	22
Таблица 6. Патология самосознания.....	23
Таблица 7. Галлюцинаторно- бредовые синдромы.....	23
Таблица 8. Дифференциальная диагностика бредовых синдромов.....	24
Таблица 9. Аффективные синдромы.....	25
Таблица 10. Варианты маниакального синдрома.....	26
Таблица 11. Варианты депрессивного синдрома.....	26
Таблица 12. Астенический синдром ( астеническая триада).....	27

РАЗДЕЛ 4. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ .....	28
Таблица 1. Основные концепции патогенеза психозов .....	28
Таблица 2. Схема формирования зависимости к психоактивным веществам .....	29
Таблица 3. Этиопатогенез невротических состояний.....	30
Таблица 4. Основные методы диагностики в психиатрии .....	30
РАЗДЕЛ 5. ОСНОВЫ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	31
Таблица 1. Основные методы лечения психических расстройств.....	34
Таблица 2. Принципы психфармакотерапии.....	34
Таблица 3. Классификация психотропных средств .....	32
Таблица 4. Терапия солями лития .....	33
Таблица 5. Инсулинотерапия .....	33
Таблица 6. Электросудорожная терапия.....	33
Таблица 7. Стероидоксическая психотерапия .....	34
Таблица 8. Оксигенобаротерапия .....	34
РАЗДЕЛ 6. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	38
Таблица 1. Этиопатогенетическая классификация психических заболеваний.....	36
Таблица 2. Уровневая оценка (классификация ) психического здоровья.....	35
Таблица 3. Соотношение тяжести психопатологически синдромов и отдельных назологических форм.....	37
РАЗДЕЛ 7. ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ.....	38
Таблица 1. Эндогенные психические заболевания .....	38
Таблица 2. Шизофрения. Симптомы первого ранга .....	38
Таблица 3. Наиболее часто встречающиеся симптомы острой шизофрении .....	39
Таблица 4. Классификация шизофрении .....	39
Таблица 5. Факторы пргноза при шизофрении .....	40
Таблица 6. Классификация МДП.....	40
РАЗДЕЛ 8. ЭНДОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ .....	41
Таблица 1. Психические расстройства при эпилепсии.....	41
Таблица 2. Дифференциальная диагностика припадков .....	42
Таблица 3. Атрофические заболевания головного мозга .....	42
РАЗДЕЛ 9. ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ .....	43
Таблица 1. Сосудистые заболевания головного мозга .....	43
Таблица 2. Психические расстройства травматического генеза.....	43
РАЗДЕЛ 10 . ЭКЗОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ.АЛКОГОЛИЗМ. ....	44
Таблица 1. Классификация бытового алкоголизма.....	46

Таблица 2. Основные психопатологические признаки хронического алкоголизма 1-ой (начальной) стадии .....	47
Таблица 3. Дифференциальная диагностика хронического алкоголизма II и III стадии .....	47
Таблица 4. Дифференциальный диагноз начальной стадии алкоголизма и невротического состояния .....	47
Таблица 5. Частные формы токсикомании .....	48
<b>РАЗДЕЛ 11. ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b> .....	50
Таблица 1. Психогенные развития личности .....	50
<b>РАЗДЕЛ 12. ПАТОЛОГИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА</b> .....	51
Таблица 1. Сравнительная характеристика черт характера .....	51
Таблица 2. Соотношение типов воспитания, типов характера .....	54
Таблица 3. Основные динамические сдвиги при психопатиях .....	56
Таблица 4. Соотношение типов акцентуации личности и характера .....	57
Таблица 5. Основные формы отклоняющегося поведения .....	56
Таблица 6. Агрессивное поведение .....	57
Таблица 7. Автоагрессивное поведение .....	58
Таблица 8. Ложные предстваления о самоубийстве .....	60
Таблица 9. Олигофрения .....	63
<b>РАЗДЕЛ 13. ОСНОВЫ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ</b> .....	61
Таблица 1. Критерии чрезвычайных ситуаций .....	62
<b>РАЗДЕЛ 14. ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ</b> .....	67
Таблица 1. Формула невменяемости .....	68
Таблица 2. Формула недееспособности .....	69
Таблица 3. Расписание болезней (психические расстройства) .....	69
Таблица 4. Примечание к «расписанию болезней» .....	70
Литература .....	72

*Как многообразны болезни, так и существует множество способов лечения их.*

Гиппократ, IV век до н. э.

*Одна часть медицины есть теория о том, как лечить человека, другая часть есть практика, то есть сами приёмы и способы лечения.*

Авиценна (Ибн Сина), X век  
«Канон врачебной науки»

## **ВВЕДЕНИЕ**

Особенностью практической деятельности медицинского и военного психолога является знание основных базовых сведений по клинической психиатрии. Во многих современных учебниках, учебных руководствах, монографиях описания вопросов общей и частной клинической психиатрии отличается чрезмерной сложностью изложения и трудно для восприятия студентами.

В настоящих наглядных материалах предпринята попытка представления материалов по основным разделам общей и клинической психиатрии в максимально схематизированной, простой, доступной для усвоения форме изложения. Разумеется, такая форма освещения клинических вопросов не позволяет дать детальную описательную характеристику, а психиатрия в значительной степени является наукой описательной, базирующейся на феноменологических подходах.

В материалах отражены наиболее устоявшиеся общепринятые в настоящее время взгляды, подходы в отечественной психиатрии. Пособие состоит из ряда частей, среди которых: «общая психиатрия», «классификация психических расстройств», «частная психиатрия», «вопросы экстремальной психиатрии», «представления о судебно-психиатрической экспертизы». Материалы предназначены для медицинских и военных психологов и будут полезны, учитывая опыт преподавания, при повторном обращении к вопросам психиатрии студентам и курсантам при подготовке к зачёту, экзаменам.

## РАЗДЕЛ 1. ОБЩАЯ ПСИХИАТРИЯ

**Психиатрия** — наука о диагностике, лечении и профилактике психических расстройств.

Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

**Психическая болезнь** — болезни головного мозга, проявляющиеся разнообразными расстройствами психической деятельности: продуктивными (бред, галлюцинации, аффективные нарушения) и негативными (выпадение или ослабление психической деятельности), а также общими изменениями личности (Большая медицинская энциклопедия. — М., 1983. - Т. 21.- 316 с.)

**Психическое расстройство** (по МКБ-10) - клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию (в МКБ-10 термины «болезнь», «заболевание», «нозологическая форма» не используются)

**Таблица 1. ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИИ**

Наименование этапа	Период времени	Краткая характеристика
<b>Эмпирический</b>	<b>До конца XVIII века</b> (снятие Ph. Pinel цепей с душевнобольных)	Формировавшиеся представления о психических расстройствах отражались в мифах, балладах, легендах, религиозных концепциях.
<b>Феноменологический</b>	<b>Конец XVIII-конец XIX века</b> (до выделения E. Kraepelin первых нозологических форм)	Накопление представлений о симптомах и синдромах психических расстройств. Появление психиатрических клиник и кафедр. Первые научные разработки по лечению психических расстройств.
<b>Нозологический</b>	<b>С конца XIX века до XXI</b> (после введения в 1992 г. классификации МКБ-10, построенной на описательном, феноменологическом принципе, некоторые авторы говорят о переходе к «неокрепелиновскому» этапу развития)	Изучение этиопатогенеза, клиники, динамики психических заболеваний. Широкое использование методов психотерапии и психофармакотерапии (после открытия в 1952 году психотропного действия аминазина).

**Таблица 2. ОСНОВНЫЕ ПАРАДИГМЫ В ПСИХИАТРИИ**

Наименование парадигмы	Краткая характеристика
<b>Эмпирическая</b>	Доминировала в древнейшие времена и античный период. Представления о психических расстройствах формировались как результат наблюдения за больными людьми и отражались в мифах, сказаниях, балладах и т.п.
<b>Религиозно-мистическая</b>	Доминировала в средние века. Отношение к больным определялось господствующими религиозными концепциями (на Западе, в ВКЛ преимущественно, как к людям, одержимым злыми духами, дьяволом и т.п.; в России, в основном, как к «блаженным», «божьим людям»).
<b>Феноменологическая</b>	Формирование связано со снятием Ph. Pinel цепей с душевнобольных (1792). Характеризовалась накоплением сведений о симптомах и синдромах психических расстройств, появлением первых психиатрических систематик и первых научных разработок по лечению психически больных.
<b>Нозологическая</b>	Связывается с выделением E.Kraepelin (90-е годы XIX века) первых нозологических форм. Характеризуется изучением особенностей клиники, динамики, терапии и профилактики отдельных психических заболеваний.
В связи с частичным отказом в последних классификационных версиях DSM и МКБ от нозологического принципа, некоторые авторы (Нуллер Ю.Л) говорят о формировании новой («адаптационной») парадигмы в психиатрии.	

\* парадигма — концептуально-теоретическая база науки

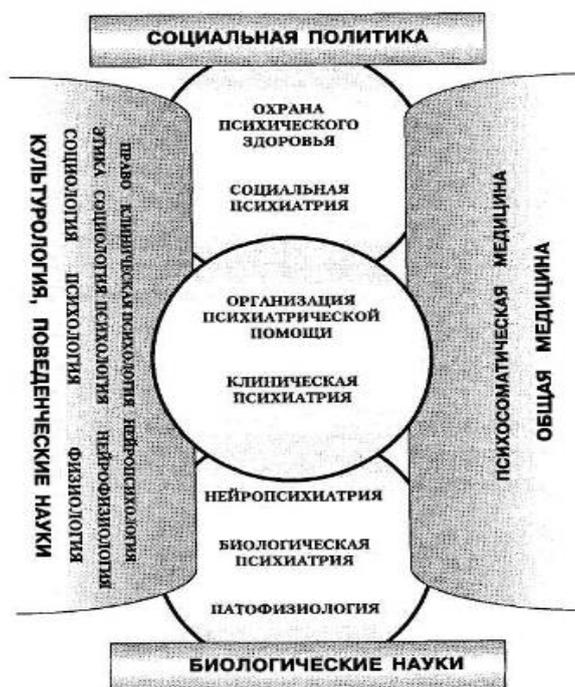
**Таблица 3. ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ (НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ) СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ**

<b>Наименование раздела</b>	<b>Предмет изучения</b>
Общая психиатрия	Основные Закономерности этиопатогенеза, клиники, динамики, диагностики, терапии и профилактики психических расстройств
Частная психиатрия	Отдельные психические заболевания (нозологические формы)
Психотерапия*	Использование психологических факторов в лечебном процессе
Наркология*	Влияние психоактивных веществ на состояние человека
Детская психиатрия	Особенности психических расстройств, развивающихся в детском возрасте
Психиатрия катастроф**	Особенности психических расстройств, развивающихся в критических, жизнеопасных ситуациях
Военная психиатрия**	Особенности психических расстройств, развивающихся у военнослужащих (в мирное и военное время)
Судебная психиатрия**	Особенности психических расстройств, развивающихся у подсудимых и осужденных
Психофармакология	Разработка психотропных лекарственных средств

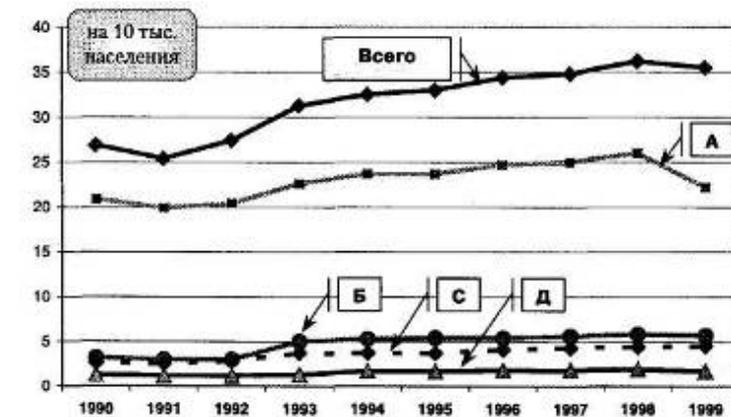
\* в последние годы выделяются в качестве самостоятельных медицинских дисциплин;

\*\*многими авторами рассматриваются как разделы экстремальной психиатрии

**Таблица 4. ГРАНИЦЫ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ**

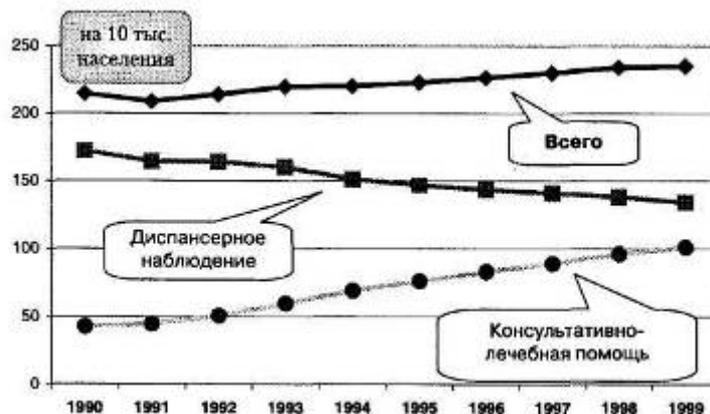


**Таблица 5. КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ**



Непсихотические расстройства (А); психозы (Б); умственная отсталость (С); шизофрения (Д)

**Таблица 6. КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СОСТОЯЩИХ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ (По И. Я. Гуровичу с соавт., 2000 г.)**



**Таблица 7. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ И ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР**

<p align="center"><b>Плановая Госпитализация</b></p>	<p align="center"><b>Неотложная госпитализация</b></p>
<p>В плановом порядке госпитализируются больные с непсихотическими формами психических расстройств, последствиями травм и нейроинфекций, <i>не представляющие опасности для себя и окружающих.</i></p>	<p>Неотложной госпитализации в психиатрический стационар подлежат больные с психозами, выраженными аффективными расстройствами, синдромами нарушенного сознания, суицидальными и импульсивными поступками, <i>представляющие непосредственную опасность для себя и окружающих.</i></p> <p>Непосредственная опасность больного для себя и окружающих может быть обусловлена следующими состояниями:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• неправильным поведением, вследствие острого психотического состояния (психомоторное возбуждение при склонности к агрессивным действиям, галлюцинации, бред, синдром психического автоматизма, синдром нарушенного сознания, патологическая импульсивность, тяжелые дисфории);</li> <li>• систематизированными бредовыми синдромами, если они определяют общественную опасность поведения больного;</li> <li>• ипохондрическими бредовыми состояниями, обуславливающими неправильное поведение, агрессивное отношение больного к отдельным лицам, организациям, учреждениям;</li> <li>• депрессивными состояниями, если они сопровождаются суицидальными тенденциями;</li> <li>• маниакальными и гипоманиакальными состояниями, обуславливающими нарушение общественного порядка или агрессивные проявления в отношении окружающих;</li> <li>• острыми психотическими состояниями у психопатических личностей, олигофренов и т. п., сопровождающимися возбуждением, агрессией и иными действиями опасными для себя и окружающих.</li> </ul>

## РАЗДЕЛ 2. СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Таблица 1. РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ**



**Таблица 2. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИСТИННЫХ И ЛОЖНЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ**

КРИТЕРИИ ОТГРАНИЧЕНИЯ			
<b>Галлюцинации</b>	<b>Проекция патологических образов</b>	<b>Чувственная яркость, живость галлюцинаторных образов</b>	<b>Чувство насильственности, «сделанности»-, влияние извне</b>
<b>Истинные</b>	в окружающее пространство («вовне»)	сохранена	отсутствует
<b>Ложные (псевдогаллюцинации)</b>	в субъективное пространство («вовнутрь»)	отсутствует	выявляется

*Мышление* — отражение действительности в ее внутренних (существенных) связях и отношениях

**Таблица 3. РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ**



**Таблица 4. КЛАССИФИКАЦИЯ ОБСЕССИИ**

<b>Идеаторные обсессии</b>	<b>Навязчивые влечения (мании)</b>	<b>Навязчивые страхи (фобии)</b>	<b>Навязчивые действия</b>
Навязчивые: мысли воспоминания пред- ставления сомнения	(при наличии «борьбы мотвов»)клептомания, пиромания, дромоман- ния, суицидомания	Агорафобия, клауст- рофобия, мизофобия, нозофобии, гипсофо- бия, и др.	не сочетающиеся с фо- биям сочетающиеся с фобиями (ритуалы)



## Таблица 5. РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ

**Память** — процесс образования (фиксации), хранения (ретенции), воспроизведения (репродукции) и забывания следов ощущений и восприятий



## Таблица 6. РАССТРОЙСТВА ВНИМАНИЯ

**Внимание** — направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте

Симптомы	Краткая характеристика
<b>Апрозексия</b>	полное отсутствие («выпадение») внимания
<b>Гипопрозексия</b> (рассеянность)	неспособность к сосредоточению внимания
<b>Истощаемость</b>	неспособность к длительному сосредоточению внимания
<b>Слабая распределяемость</b>	сосредоточенность только на ситуационно значимом объекте (сужение «поля внимания»)
<b>Гиперметаморфоз</b> (отвлекаемость)	повышенная переключаемость внимания
<b>Застреваемость</b> (прикованность)	сниженная переключаемость внимания

**Таблица 7. РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ**



**Таблица 8. РАССТРОЙСТВА ВОЛИ. РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ. ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

**Воля** — способность к активной, сознательной и целенаправленной деятельности

**Абулия** («отсутствие\* волевых побуждений») встречается при шизофреническом дефекте; органическом поражении лобных долей головного мозга

**Гипобулия** (снижение волевых побуждений) отмечается при депрессивных, астенических состояниях

**Гипербулия** (болезненное повышение волевых побуждений) характерна для наркомании, паранойяльного, маниакального синдромов

**Парабулия** (качественное извращение волевых побуждений) выявляется при шизофрении, психопатиях

**Влечение** — неосознанное стремление к удовлетворению потребностей

<b>РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ</b>		
<i>Ослабление</i>	<i>Усиление</i>	<i>Извращение</i>
-анорексия -гипосексуальность	-булимия -полидипсия -гиперсексуальность	-полифагия -суицидомания(*) -клептомания(*) -дромомания (*) -пиромания (*) -амбигенность -негативизм -половые извращения -каннибализм

\* при отсутствии «борьбы мотивов»

<b>ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b>		
<i>Гипокинезии (акинезии)</i>	<i>Дискинезии (паракинезии)</i>	<i>Гиперкинезии</i>
параличи и парезы разновидности ступора: • аффективный * истерический * депрессивный * галлюцинаторный * апатический * кататонический	Эхопраксия Эхолалия Стереотипии Парамимия	Гиперкинезы разновидности психомоторного возбуждения: * истерическое * маниакальное * галлюцинаторно-бредовое * гебефреническое * кататоническое * эпилептиформное

## РАЗДЕЛ 3. ОСНОВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

**Симптомокомплекс** – совокупность симптомов, выявляемых у конкретного больного.

**Синдром** – типичная совокупность патогенетически родственных симптомов («совместный бег симптомов»)

**Основные группы психопатологических синдромов:** органического поражения головного мозга; нарушенного сознания; галлюцинаторно-бредовые; кататонические; аффективные; невротические.

**Синдромы органического поражения головного мозга:** психоорганический; амнестический (Корсаковский) симптомокомплекс; эпилептиформный; деменция.



**КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ**  
(амнестический)

1. Фиксационная амнезия (амнестическая дезориентировка)
2. Ретро-, антероградная амнезия
3. Конфабуляции
4. Эйфория

**ЭПИЛЕПТИФОРМНЫЙ СИНДРОМ**

Пароксизмальные расстройства, возникающие при различных экзогенно- и эндогенно-органических поражениях головного мозга

**ДЕМЕНТНЫЙ СИНДРОМ**

Приобретенное слабоумие

- Тотальный
- Парциальный

- Особые виды деменции:**
- ◆ Шизофреническая
  - ◆ Эпилептическая
  - ◆ Психопатическая

**Таблица 1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДЕМЕНЦИИ  
(ПО МКБ-10)**

Требуется наличие обоих следующих признаков:	
<b>А</b>	<p>1) Ухудшение памяти, наиболее заметное в области усвоения новой информации, хотя в более тяжелых случаях может нарушиться и воспроизведение ранее усвоенной информации. Расстройство касается как вербального, так и невербального материала. Снижение памяти должно подтверждаться объективным анамнезом и, по возможности, данными нейропсихологического тестирования или количественной оценкой.</p> <p><i>Выделяют легкое, умеренное и тяжелое расстройство памяти *</i></p> <p>2) Снижение других когнитивных способностей характеризуется ослаблением критики и мышления, а также ухудшением общей обработки информации. Снижение когнитивных способностей должно подтверждаться объективным анамнезом и, по возможности, данными нейропсихологического тестирования или их количественной оценкой. Должно быть отмечено ухудшение по сравнению с предыдущим, более высоким уровнем продуктивности</p>
<b>Б</b>	Отсутствие признаков помрачения сознания
<b>В</b>	Если на фоне деменции имеют место эпизоды делирия, то диагноз деменции следует отвергнуть.
<b>Г</b>	<p>Снижение эмоционального контроля или мотивации, или изменение социального поведения, проявляющееся минимум одним из следующих признаков:</p> <p>1) эмоциональная лабильность;</p> <p>2) раздражительность;</p> <p>3) апатия;</p> <p>4) огрубение социального поведения.</p>
<b>Д</b>	Для достоверного клинического диагноза симптомы группы «А» должны наблюдаться отчетливо на протяжении не менее 6 месяцев (если же период с начала манифестации короче, то диагноз может быть лишь предположительным).

\* диагноз подтверждается также данными о поражении других высших корковых функций (напр.: афазией, апраксией, агнозией и т.д.);

\*\* общая тяжесть деменции определяется уровнем нарушения памяти или интеллекта в зависимости от того, что более выражено (напр.: при легком расстройстве памяти и умеренном интеллектуальном снижении расстройство оценивается как деменция умеренной тяжести)

**Таблица 2. СИНДРОМЫ НАРУШЕННОГО СОЗНАНИЯ**

<b>Выключение сознания</b>	<b>Помрачение сознания</b>	<b>Нарушение самосознания</b>
кома	делирий	неадекватная самооценка
сопор	онейроид	дереализация
оглушенность	амения	деперсонализация
	сумеречное	психические автоматизмы
	помрачение сознания	бредовые расстройства самосознания
		распад самосознания

**Таблица 3. СИНДРОМЫ ВЫКЛЮЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ**

<b>Синдром</b>	<b>Словесный контакт</b>	<b>Болевая чувствительность</b>	<b>Рефлексы</b>
Оглушенность	+	+	+
Сопор	-	+	+
Кома	-	-	-

**Таблица 4. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ («Тетрада К. Ясперса», 1923)**

<b>Психопатологические проявления</b>	<b>«Поверхностные» нарушения сознания</b>	<b>«Глубокие» расстройства сознания</b>
<b>Нарушения восприятия</b>	Утрата дифференцированности, избирательности, отчетливости отражения окружающего	Отрешенность от окружающего как следствие наплыва иллюзорно-галлюцинаторных обманов чувств
<b>Нарушения мышления</b>	Непоследовательность ассоциативного процесса, недостаточное осмысление окружающего	Бессвязность мышления, либо формирование вторичного (чувственного) бреда
<b>Нарушения ориентировки</b>	Нарушение аллопсихической ориентировки (прежде всего во времени)	Нарушение алло- и аутопсихической ориентировки
<b>Нарушения памяти</b>	Неполные, отрывочные воспоминания	Полная амнезия реальных событий

**Таблица 5. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА  
СУМЕРЕЧНОГО ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ И АМЕНИЦИИ**

Сумеречное помрачение («концентрическое помрачение»)	Аменция («инкогерентное помрачение»)
Пароксизмальность возникновения и окончания	Развитие постепенное
«Спонтанное» возникновение	Развивается при длительных, истощающих соматических заболеваниях
Возможны развернутые галлюцинаторно-бредовые переживания	Рудиментарность, фрагментарность продуктивной симптоматики
Возможны разрушительные и агрессивные действия	Хаотические движения, элементы кататонических расстройств
Крайняя аффективная насыщенность переживаний	Аффект недоумения, растерянности
Действия могут производить впечатление преднамеренного поведения	Возбуждение в пределах постели
Отношение к совершенному как к «чужим поступкам»	Полная амнезия пережитого

**Таблица 6. ПАТОЛОГИЯ САМОСОЗНАНИЯ**



**Таблица 7. ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-БРЕДОВЫЕ СИНДРОМЫ**

1. О галлюцинозы
2. О паранойяльный
3. О параноидный
4. О галлюцинаторно-параноидный
5. О психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо)
6. О парафренный

*Галлюцинозы* - состояния, клиническая картина которых, практически, полностью исчерпывается наличием истинных галлюцинаций

Зрительные	Слуховые	Обонятельные	Тактильные
при резком снижении остроты зрения (по типу Ш. Бонна) — на высоте интоксикации некоторыми ПАВ	при хроническом алкоголизме	Встречаются редко	при хроническом отравлении солями тяжелых металлов



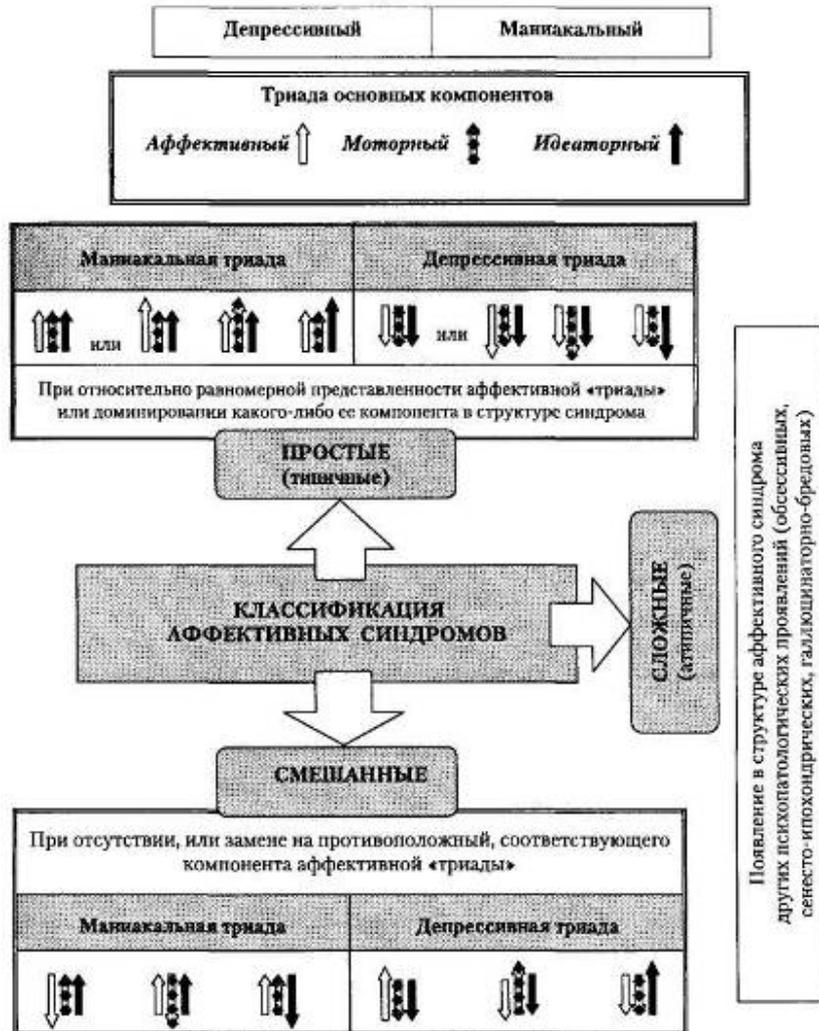
### Структура паранойяльного синдрома:

1. Интерпретативный бред
2. Стеничность
3. Гипермнезия
4. Аффективная напряженность
5. Обстоятельность мышления
6. Повышенная самооценка

**Таблица 8. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БРЕДОВЫХ СИНДРОМОВ**

<i>Синдром</i>	<i>Идеи преследования и (или) воздействия</i>	<i>Псевдо-галлюцинации</i>	<i>Другие психические автоматизмы</i>
Параноидный	+++	+	+
Галлюцинаторно-параноидный	+	+++	+
Психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо)	+	+	+++

Таблица 9. АФФЕКТИВНЫЕ СИНДРОМЫ



**Таблица 10. ВАРИАНТЫ МАНИАКАЛЬНОГО СИНДРОМА**



**Таблица 11. ВАРИАНТЫ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА**



**Невротические синдромы**

- > Астенический
- > Истерический
- > Обсессивный

**Таблица 12. АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ  
(«АСТЕНИЧЕСКАЯ ТРИАДА»)**



**Истерический синдром:**

1. Конверсионные расстройства (психические, вегетативные, чувствительные, двигательные)
2. Диссоциативные расстройства (психогенная амнезия, психогенные сумеречные нарушения)
3. Истероидные особенности личности

**Обсессивный синдром:**

1. Различные обсессивные проявления (единичные, генерализованные)
2. «Защитные» формы поведения (поведение «избегания», ритуалы)
3. Психастенические особенности личности

**Ипохондрический синдром (варианты, этапы):**

- ◆ Астеноипохондрический
- ◆ Обсессивно-ипохондрический
- ◆ Депрессивно-ипохондрический
- ◆ Паранойяльный
- ◆ Параноидный
- ◆ Парафренный (синдром Котара)

## РАЗДЕЛ 4. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

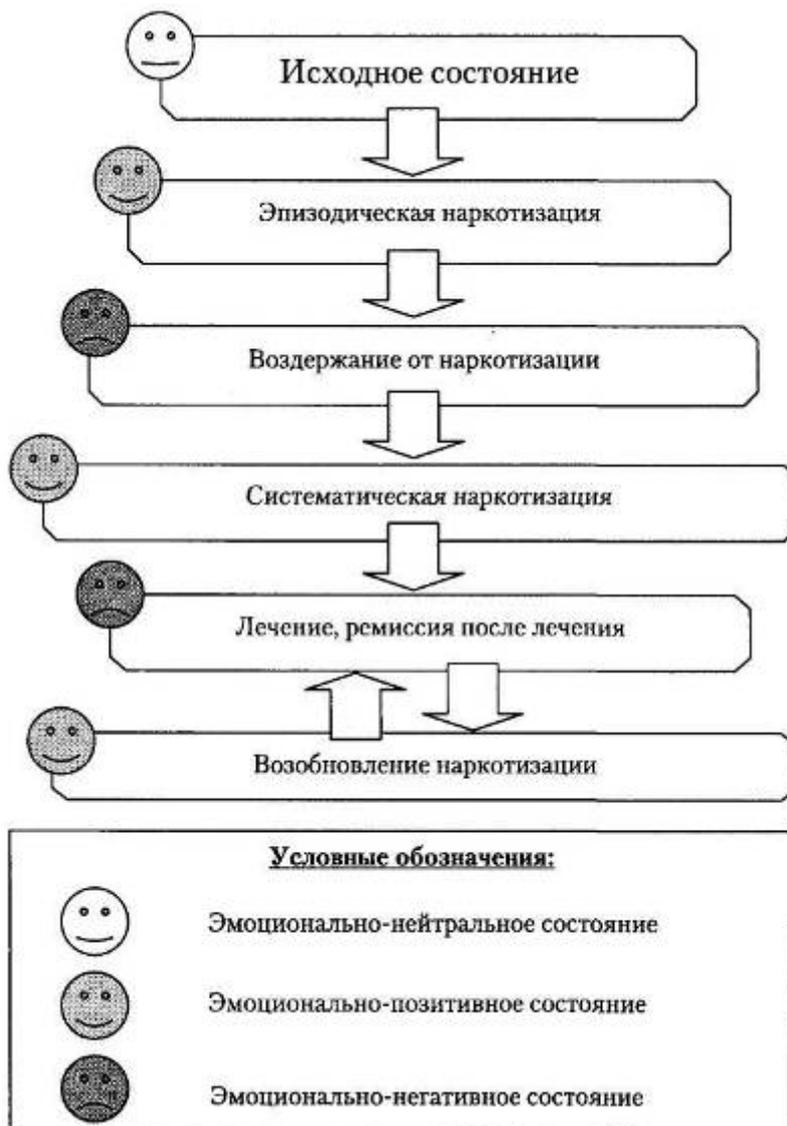
Таблица 1. ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ ПАТОГЕНЕЗА ПСИХОЗОВ



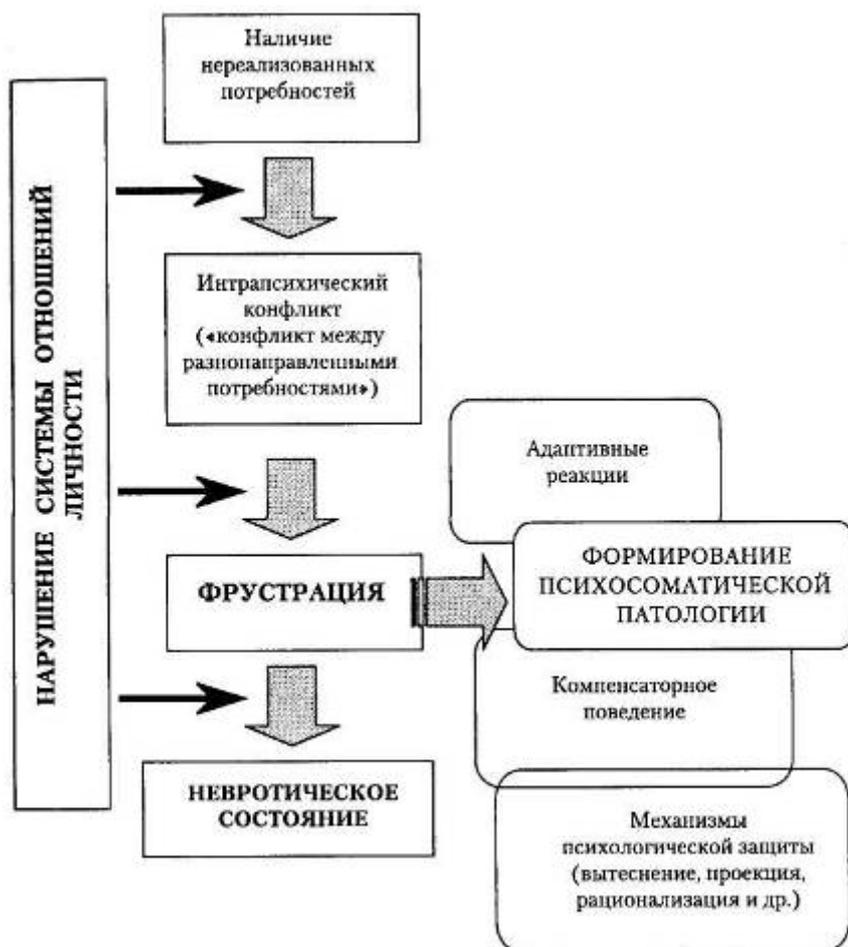
### Основные факторы формирования «экзогенных» психических расстройств



**Таблица 2. СХЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ**



**Таблица 3. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ**



**Таблица 4. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПСИХИТРИИ**

Метод	Направленность метода
Клинический психиатрический	Включает в себя осмотр, беседу (изучение субъективного анамнеза и психического статуса), динамическое наблюдение и сбор объективных анамнестических сведений
Экспериментально-психологический	<i>Психометрические</i> сориентированы на «количественное» изучение личностных свойств и характеристик психического состояния)
	<i>Проективные</i> (направлены на изучение подсознательных психических процессов)
	<i>Нейропсихологические</i> (направлены на оценку психических функций при «очаговых» поражениях головного мозга)
Психофизиологический	Изучение показателей умственной и физической работоспособности
Дополнительные	Электрофизиологические, лабораторные, рентгенологические, генетические, эпидемиологические

## РАЗДЕЛ 5. ОСНОВЫ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Таблица 1. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ  
РАССТРОЙСТВ**

Биологическая терапия	Психотерапия * (основные психотерапевтические направления)
Психофармакотерапия	Психоаналитическая ( психотерапия)
Инсулинотерапия	Бихевиористское (поведенческая психотерапия)
Электросудорожная терапия	Экзистенциально-гуманистическое
Психохирургия	«Директивное» (суггестивная психотерапия)
Эфферентная терапия	Патогенетическое (лично-ориентированная психотерапия)
Физиотерапия и <i>другие</i> «аппаратные» методы терапии (оксигенобаротерапия, лазеротерапия, электроанальгезия, магнитотерапия и др.)	
Наркопсихотерапия	

\*единой классификации психотерапевтических методов не существует.

**Таблица 2. ПРИНЦИПЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ**

<b>Принцип первый</b>	Основопологающим является процесс постоянного: уточнения клинико-диагностической оценки
<b>Принцип второй</b>	Психофармакотерапия сама по себе, как правило, является недостаточной для полного выздоровления!
<b>Принцип третий</b>	Длительность лечения и время его начала в первую очередь определяются стадией заболевания
<b>Принцип четвёртый</b>	При разработке плана лечебных мероприятий всегда следует взвешивать соотношение предполагаемой пользы и степени риска негативных последствий терапии
<b>Принцип пятый</b>	В каждом последующем болезненном состоянии первичный выбор препаратов для данного пациента определяется имеющимися анамнестическими   сведениями (в т.ч. и семейным анамнезом) о переносимости определённых лекарственных средств этим больным
<b>Принцип шестой</b>	Очень важно, чтобы терапия была направлена на определённые, ключевые для данного психопатологического состояния симптомы и сопровождалась оценкой их динамики на протяжении всего курса лечения
<b>Принцип седьмой</b>	В процессе всего курса лечения необходимо наблюдать за возможным проявлением побочного действия лекарств. Подобный мониторинг часто предполагает лабораторные исследования.

**Таблица 3. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ\***

<b>Психоэпилептики</b> - препараты, обладающие успокаивающим (депримирующим) действием		
<b>Нейролептики</b> (препараты с резко выраженным депримирующим эффектом)	нейролептики-седатики	аминазин** тизерцин
	антипсихотические (селективные)	галоперидол трифтазин мажептил этаперазин
<b>Транквилизаторы</b> (препараты с умеренным депримирующим эффектом)	транквилизаторы седатики	седуксен (реланиум) феназепам
	«дневные» транквилизаторы	ксанакс мезапам
	зугипнотики	радедорм (эуноктин)

<b>Психоаналептики</b> - препараты, обладающие активирующим, стимулирующим действием		
<b>Антидепрессанты</b> (препараты, уменьшающие выраженность депрессии)	Седатики	амитриптилин
	стимуляторы	мелипрамин нуредаль
<b>Психостимуляторы</b> (препараты, повышающие «уровень бодрствования» и работоспособность)		сиднокарб сиднофен
<b>Адаптогены</b> (препараты, повышающие резистентность организма)	растительные биостимуляторы	препараты женьшеня, элеутерококка и т.п.
	ноотропы	аминалон глиатилин пирацетам
	актопротекторы (антиастенические средства)	бемитил олифен томерзол

<b>Психодизлептики</b> - препараты, вызывающие кратковременные психотические состояния (в психиатрии для наркопсихотерапии используется кетамин)
<b>Соли лития</b> - препараты, обладающие профилактическим действием при фазно- и периодически протекающих психозах

\* в основу классификации положена систематика J. Delay, P. Deniker (1960) в модификации Г.Я. Авруцкого (1964);

\*\* приводятся только наиболее распространенные и традиционно используемые в нашей стране препараты

**Таблица 4. ТЕРАПИЯ СОЛЯМИ ЛИТИЯ**

<i>Основные показания:</i>	<i>Основные противопоказания:</i>
фазно возникающие и хронические типичные (классические) гипомани, кальные и маниакальные состояния средней тяжести; для профилактики аффективных фаз (приступов) в рамках маниакально депрессивного психоза	беременность, период лактации; выраженные аллергические и эндокринные расстройства; тяжелые заболевания мочевыделительной и сердечно-сосудистой системы

Терапевтическая концентрация лития в крови — 0,4-0,9 ммоль/л

**Таблица 5. ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ**

<i>Основные показания:</i>	<i>Основные противопоказания:</i>
кататонические, кататоно-онейроидные, депрессивно-параноидные и галлюцинозно-параноидные (с полиморфным, малосистематизированным бредом) состояния при шизофрении (особенно в начальных стадиях заболевания);	острые инфекционные и соматические заболевания активная форма туберкулеза; тяжелые заболевания печени и почек; заболевания эндокринных органов; беременность и сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации онкологические заболевания

**Таблица 6. ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ**

<i>Основные показания:</i>	<i>Основные противопоказания:</i>
тяжелые фармакорезистентные депрессии в рамках маниакально-депрессивного психоза, шизофрении и инволюционных психозов; кататонические (возбуждение, ступор) фармакорезистентные состояния;	тяжелые заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной и желудочно-кишечной систем, а также опорно-двигательного аппарата (для профилактики переломов); органические заболевания головного мозга и периферической нервной системы; эндокринные заболевания, болезни печени и почек; беременность, отслоение сетчатки

## Таблица 7. СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ ПСИХОХИРУРГИЯ

- ◆ 1891 г.- первая психирургическая операция (G. Burckhardt);
- ◆ 1908 г.- первая *щадящая* психирургическая операция (В.М. Бехтерев и Л.М. Пуссен);
- ◆ 1949 г. - Нобелевская премия (Е. Moniz и W. Hess) за теоретическое и экспериментальное обоснование психирургии.

### **Основные показания:**

- ◆ длительность заболевания не менее 3-5 лет;
- ◆ безуспешность (высокая резистентность) всех видов биологической терапии;
- ◆ инвалидизация и ресоциализация больных, обусловленные тяжестью психического заболевания;
- ◆ наличие ведущего психопатологического синдрома в соответствии с известными структурами-мишенями.

### **Основные противопоказания:**

- ◆ возраст до 16 лет (исключая больных с отдельными формами эпилепсии);
- ◆ общехирургические соматические противопоказания;
- ◆ отсутствие очерченного психопатологического синдрома в соответствии со структурами-мишенями;
- ◆ юридические ограничения (отсутствие согласия, опеки и т.д.).

## Таблица 8. ОКСИГЕНОБАРОТЕРАПИЯ

- ◆ 1662 г. — использование измененного атмосферного давления в медицине (Henshaw);
- ◆ 1869 г. — первая «пневматическая лечебница» (открыта Л.Н. Симоновым в г. СПб);
- ◆ 60-90-е гг. XX века — предложена оксигенобаротерапия (К.М. Рапопорт), широкое ее применение в медицине (И.П. Березин, Ю.Г. Шапошников, В.А. Белов, Е.В. Колосков, А.П. Колесов и др.)

*Основные методы оксигенобаротерапии*  
гипер-, нормо- и гипобарическая оксигенация

### **Основные показания:**

- ◆ Гипербарическая оксигенация:  
— психические расстройства интоксикационного генеза;  
— психические расстройства сосудистого генеза;
- ◆ Гипобарическая оксигенация:  
— неврозы, астенические состояния;  
— утомление (переутомление), снижение работоспособности

### **Основные противопоказания:**

- ◆ нарушения барофункции ЛОР — органов, склонность к легочным кровотечениям и гипертензии;
- ◆ органические заболевания головного мозга;

- ◆ онкологическая патология, хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации;
- ◆ острые соматические и инфекционные заболевания

## РАЗДЕЛ 6 . КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Таблица 1. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

<b>Группа заболеваний</b>	<b>Классифицирующие признаки</b>	<b>Основные нозологические формы</b>
<b>Эндогенные</b>	* (-)**(-)	Шизофрения. Маниакально-депрессивный психоз. Функциональные психозы позднего возраста.
<b>Эндогенно-органические</b>	* (-)**(+)	Эпилепсия. Атрофические заболевания головного мозга.
<b>Экзогенно-органические</b>	* (+)**(+)	Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга, ЧМТ, опухолях, «мозговых» инфекциях.
<b>Психогении</b>	зависимость от психотравмирующих воздействий	Невротические реакции. Невротические состояния. Реактивные психозы.
<b>Патологии развития</b>	конституционально обусловленные устойчивые патологические состояния личности интеллекта	Психопатии. Олигофрении.

- \* наличие (+) или отсутствие (-) этиопатогенетически значимых экзогенных воздействий;  
 \*\* наличие (+) или отсутствие (-) органического субстрата поражения ЦНС

**Таблица 2. УРОВНЕВАЯ ОЦЕНКА (КЛАССИФИКАЦИЯ)  
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

<b>Б.С. Фролов (1982)</b> Здоровые	<b>С. Б. Семичев (1986)</b> Идеальная (абсолютная) норма		<b>С. В. Запускалов, Б.С. Положий (1991)</b> Уровень стабильного психического здоровья
Практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками	Типологическая норма	Конституциональная норма	Уровень риска
		Акцентуации (характера или личности)	
Практически здоровые с неблагоприятными прогностическими признаками (препатология)	Потенциальный уровень риска		Уровень предболезни
Легкая патология	Психическая дезадаптация	Непатологическая дезадаптация	Донозологический
		Патологическая дезадаптация (предболезнь)	
		Вероятно болезненное состояние	
Выраженная патология	Верифицированная болезнь		Уровень болезни

**Таблица 3. СООТНОШЕНИЕ ТЯЖЕСТИ  
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ И ОТДЕЛЬНЫХ  
НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ**



## РАЗДЕЛ 7

### ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

**Шизофрения** – прогредиентное психическое заболевание, характеризующиеся типичными изменениями личности и своеобразным ее дефектом

«Диагноз шизофрении порой устанавливается психиатрами на основании наличия у больного любой психопатологической симптоматики, а иногда даже и без нее»  
(С. В. Липшицев, 1999)

**Таблица 1. ЭНДОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

<i>Клиника шизофрении</i>	
<b>«НЕГАТИВНЫЕ» (дефицитарные) расстройства</b>	<b>«ПОЗИТИВНЫЕ» (продуктивные) расстройства</b>
◆ структурные расстройства <b>мышления</b> (разорванность, резонерство, разноплановость); ◆ симптомы качественного искажения эмоций; ◆ расстройства воли (амбивалентность, амбигуэнтность, гипобулия, негативизм); ◆ расстройства <b>личности</b> (аутизм, снижение энергетического потенциала);	◆ галлюцинаторно-бредовые расстройства ◆ кататонические явления ◆ гебефреническая симптоматика ◆ аффективно-бредовые расстройства

**Таблица 2. ШИЗОФРЕНИЯ: СИМПТОМЫ ПЕРВОГО РАНГА**

<b>Открытость мыслей</b>	Ощущение того, что мысли слышны на расстоянии
<b>Чувство отчуждения</b>	Ощущение того, что мысли, побуждения и действия исходят из внешних источников и не принадлежат больному
<b>Чувство воздействия</b>	Ощущение того, что мысли, чувства и действия навязаны некими внешними силами, которым необходимо пассивно подчиняться
<b>Бредовое восприятие</b>	Организация реальных восприятий в особую систему, часто приводящая к ложным представлениям и конфликту с действительностью
<b>Слуховые галлюцинации</b>	Ясно слышимые голоса, исходящие изнутри головы (псевдогаллюцинации), комментирующие действия или произносящие мысли больного. Больной может «слышать» короткие или длинные фразы, невнятное бормотание, шепот и т.д.

**Таблица 3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ СИМПТОМЫ ОСТРОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

Симптом	Частота встречаемости (%)
Отсутствие инсайта (осознания своего психического состояния)	97
Слуховые галлюцинации	74
Идеи отношения	70
Подозрительность	66
Уплощенность аффекта	66
Бред преследования	64
Отчуждение мыслей	52
Звучание мыслей	50

**Таблица 4. КЛАССИФИКАЦИЯ ШИЗОФРЕНИИ**

<i>По типу течения (прогредиентности)</i>		<i>По клиническим формам</i>	<i>Ведущая симптоматика</i>
<i>Тип течения</i>	<i>Клинические варианты</i>		
Непрерывный	юношеский злокачественный	гебефреническая	негативные и гебефренические расстройства
	малопрогredientный	простая	негативные расстройства
	среднепрогredientный	параноидная	негативные и галлюцинаторно-бредовые расстройства
Приступообразно-прогредиентный (шубообразный)	с галлюцинаторно-бредовыми приступами	циркулярная	негативные и аффективно-бредовые расстройства
	с аффективно-бредовыми приступами		
	с депрессивно-деперсонализационными приступами		
Периодический (рекуррентный)	шизоаффективный	кататоническая	негативные и кататонические расстройства
	кататонно-онейроидный		
	фебрильный (гипертоксический)		кататонические расстройства и выраженные явления аутоинтоксикации

**Таблица 5. ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ  
(ПО М. ГЕЛЬДЕР С СОАВТ., 1999 г.)**

Хороший прогноз	Плохой прогноз
Внезапное начало	Постепенное начало
Краткий эпизод	Длительный эпизод
Отсутствие психических расстройств ранее	Наличие психических расстройств ранее
Выраженные аффективные симптомы	Негативные симптомы
Начало в позднем возрасте	Раннее начало
Пациент состоит в браке	Пациент одинок
Хорошая психосексуальная адаптация	Плохая психосексуальная адаптация
Нормальная личность до заболевания	Патологическая личность до заболевания
Хороший послужной список	Плохой послужной список
Хорошие социальные взаимоотношения	Социальная изоляция
Больной соблюдает режим, план лечения и рекомендации медперсонала	Больной не соблюдает режим, план лечения и рекомендации медперсонала

**Таблица 6. КЛАССИФИКАЦИЯ МДП**

Маниакально-депрессивный психоз - хроническое заболевание, протекающее и в виде аффективных фаз, разделенных интермиссиями (светлыми промежутками). В МКБ-10 — «Аффективное расстройство»

По клиническим проявлениям	По степени выраженности	По типу течения
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Типичный</li> <li>2. Атипичный</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Циклотимия (70-80%)</li> <li>2. Циклофрения (20-30%)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Монополярный (80%) в т.ч.: депрессивный (72%) — маниакальный (8%)</li> <li>2. Биполярный (20%)</li> </ol>

## РАЗДЕЛ 8. ЭНДОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**Таблица 1. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ**

<i>Продромальные явления</i>	
<b>Болезни</b>	<b>Припадка</b>
Разнообразные висцеро-вегетативные и (или) психические расстройства, развивающиеся за недели (месяцы, годы) до первого пароксизма	Разнообразные висцеро-вегетативные и (или) психические расстройства, развивающиеся непосредственно перед пароксизмом.
<i>Пароксизмальные расстройства</i>	
<b>Судорожные формы</b>	<b>Бессудорожные формы</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ большой судорожный припадок (grand mal)</li> <li>■ малые судорожные припадки (petit mal)</li> <li>■ очаговые (фокальные) припадки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ с помрачением сознания: <i>отмеренные состояния</i> <i>сновидные состояния и</i></li> <li>■ без помрачения сознания: <i>аффективные пароксизмы каталепти- ческие припадки психомоторные припад- ки</i></li> </ul>
<i>Эпилептические психозы</i>	
<b>Острые</b>	<b>Хронические</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ с помрачением сознания</li> <li>■ без помрачения сознания</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ паранойяльные</li> <li>■ галлюцинаторно-параноидные</li> </ul>

*Изменения личности:*

полярность аффекта, ипохондричность, эгоцентризм, повышение влечений, педантизм, брадифрения

**Таблица 2. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИПАДКОВ**

<b>Дифференциально-диагностические критерии</b>	<b>Эпилептический припадок</b>	<b>Истерический припадок</b>
Начало	Внезапное	Психогенно обусловленное
Аура	Как правило	Отсутствует
Инициальный крик	Всегда	Отсутствует
Падение	В любом месте	«Щадящее»
Цианоз лица	Отмечается	Не бывает
Мимические реакции	Однообразны	Выразительны
Реакция зрачков на свет	Отсутствует	Сохранена
Прикус языка	Как правило	Не бывает
Непроизвольное мочеиспускание	Как правило	Не бывает
Пирамидная симптоматика	Отмечается	Не бывает
Контакт во время припадка	Не возможен	Возможен
Последовательность фаз	Отмечается	Отсутствует
Стереотип припадков	Отмечается	Отсутствует
Длительность припадков	Секунды-минуты	До часов
Постприпадочная олигофаза	Выявляется	Отсутствует
Постприпадочная амнезия	Полная	Частичная

**Таблица 3. АТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

<i>Общие признаки атрофических заболеваний головного мозга</i>
1. Постепенное, клинически невыраженное начало;
2. Хроническое, прогрессирующее течение;
3. Снижение уровня личности, распад психической деятельности (тотальное слабоумия)

<i>Дифференциальная диагностика болезни Альцгеймера и Пика</i>		
<b>Дифференциально-диагностические критерии</b>	<b>Болезнь Альцгеймера</b>	<b>Болезнь Пика</b>
Возраст	пресенильный	сенильный
Изменения личности	на поздних этапах	с ранних этапов
Нарушения памяти	с ранних этапов	на поздних этапах
Амнестическая афазия	типична	крайне редко
Алексия Аграфия	с ранних этапов	на поздних этапах
Парезы, гипертонус	как правило	не бывает
Эпилептиформные расстройства	как правило	не бывает
Логоклонии	характерны	не характерны
Палилалии	не характерны	характерны
Бред ущерба	как правило	не бывает

## РАЗДЕЛ 9. ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**Таблица 1. СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

<i>Общие признаки сосудистых заболеваний головного мозга</i>			
1. Клинический полиморфизм 2. Отсутствие единого стереотипа развития 3. Отсутствие корреляции между тяжестью сосудистых расстройств и выраженностью психических нарушений			
<i>Дифференциальная диагностика атрофического и атеросклеротического слабоумия</i>			
Дифференциально-диагностические критерии	Атеросклеротическое слабоумие	Атрофическое слабоумие	слабоумие
Сознание болезни	сохранено	отсутствует	
«Общемозговые» жалобы	имеются	отсутствует	
«Очаговая» симптоматика	имеется	отсутствует	
«Мерцание» семи тематики	отмечается	отсутствует	
«Ядро» личности	сохранено	нарушено	
Преобладающий аффект	слабодушие	дистимический	
Мнестические нарушения	не выражены	резко выражены	
Поздний возраст	не обязателен	обязателен	
Соматическое «одряхление»	не выражено	резко выражено	
Течение	ремитирующее	прогредиентное	

**Таблица 2. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА  
ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

<i>Периоды последствий травматического повреждения головного мозга</i>			
Начальный (до 1 недели)	Острый (до 1 мес.)	Поздний (до 1 года)	Отдаленных последствий (свыше 1 года)
♦ Общемозговые проявления	♦ Апатический синдром		♦ травматическая энцефалопатия
♦ Синдромы выключения сознания (кома, сопор, оглушение)	♦ Острые и подострые травматические психозы => <i>травматические «сумерки»*, делирий, онейроид, аменция</i> => <i>Корсаковский синдром</i> => <i>психозы</i>		♦ травматическая эпилепсия ♦ травматическая деменция
			♦ травматические эндоформные психозы
	♦ Травматический сурдомутизм (*)		
<b><i>Церебрастения</i></b>			

## РАЗДЕЛ 10 . ЭКЗОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

<i>ЭКЗОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА</i>	
<b>Симптоматические психозы</b>	<b>Токсикомании</b>
при соматических заболеваниях при интоксикациях при инфекциях	алкоголизм неалкогольные токсикомании наркомании

**Основные психопатологические синдромы** острой стадии интоксикации: оглушенность (сопор, кома), делирий, аменция, сумеречное помрачение сознания (эпилептиформное возбуждение), острый галлюциноз, амнестический (Корсаковский) синдром, астенический синдром

**Наркотическое вещество** - вещество, злоупотребление которым, вследствие социальной опасности, официально признано таковым из-за его способности при однократном употреблении вызывать комфортное психическое состояние, а при систематическом - психическую или физическую зависимость.

**Психоактивное вещество (ПАВ)** - вещество, имеющее сходное с наркотическим воздействие на организм, но официально не отнесенное к наркотикам.

**Аддиктивное поведение** - злоупотребление ПАВ, включая алкоголь и курение табака, до формирования синдрома физической зависимости.

**Токсикомании (наркомании)** - болезненное состояние, проявляющиеся влечением к систематическому употреблению психоактивных (наркотических) веществ и характеризующееся явлениями психической и физической зависимости. Основные клинические проявления токсико- и наркоманий

**Синдром измененной реактивности** - утрата защитных реакций, нарастание толерантности, появление измененных форм потребления и опьянения

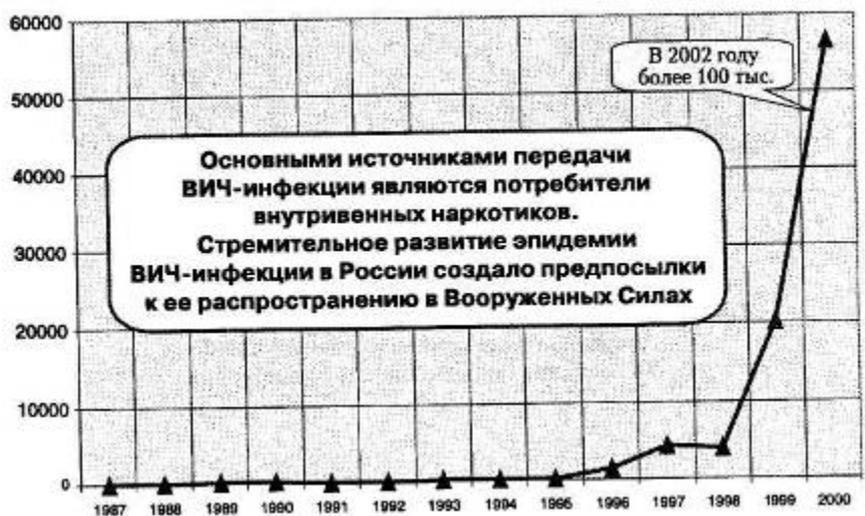
**Синдром психической зависимости** - навязчивое влечение к приему психоактивных веществ для получения чувства психического комфорта

**Синдром физической зависимости** - компульсивное влечение к приему ПАВ, с формированием психических и физических расстройств при прекращении действия ПАВ и восстановлением физического комфорта в состоянии интоксикации (синдром абстиненции)

## ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ УЧТЕННЫХ НАРКОМАНИЙ СРЕДИ ГРАЖДАН РОССИИ (НА 100 ТЫС. ЧЕЛ.)



## ДИНАМИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ГРАЖДАН РОССИИ (ТЫС. ЧЕЛ.)



### **Основные формы мотивации употребления психоактивных веществ:**

- *Атарактическая* -использование ПАВ с целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта (сниженного настроения)
- *Гедонистическая* использование ПАВ с эйфоризирующей целью (получения наслаждения)
- *Активационная («поведенческая»)* -использование ПАВ с активизирующей целью (выведения из состояния пассивности, безразличия, апатии)
- *Субмиссивная* - использование ПАВ из-за нежелания оказаться вне «коллектива», быть изолированным («за компанию»)
- *Псевдокультуральная* - использование ПАВ, вследствие мировоззренческих, культуральных установок и эстетических пристрастий

## **АЛКОГОЛИЗМ**

**Таблица 1. КЛАССИФИКАЦИЯ БЫТОВОГО ПЬЯНСТВА**

<b>Группа лиц</b>	<b>Характеристика употребления алкоголя</b>
<b>Абстиненты</b>	Лица, не употребляющие спиртные напитки или употребляющие их столь редко и в столь небольших количествах (до 100 г вина 2-3 раза в год), что этим можно пренебречь
<b>Случайно пьющие</b>	Лица, употребляющие в среднем 50-150 мл водки (250 мл максимум) от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц
<b>Умеренно пьющие</b>	Употребляющие по 100-150 мл водки (максимально до 400 мл) 1-4 раза в месяц
<b>Систематически пьющие</b>	Лица, употребляющие 200-300 мл водки (до 500 мл) 1-2 раза в неделю
<b>Привычно пьющие</b>	Лица, употребляющие 500 мл и более 2-3 раза в неделю, но не имеющие при этом клинически выраженных нарушений

**Таблица 2. ОСНОВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА I (НАЧАЛЬНОЙ) СТАДИИ**

Синдром измененной реактивности	Синдром психической зависимости
повышение толерантности к этанолу угасание защитного рвотного рефлекса утрата контроля над количеством выпитого измененные формы опьянения	обсессивные мысли об алкоголизации эйфория до употребления спиртного дистимия при невозможности алкоголизации изменение способа алкоголизации (не имеют значения обстановка, компания, «повод»)

**Таблица 3. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА II И III СТАДИИ**

Признак	II стадия	III стадия
Толерантность	нарастание, плато	снижение
Обычные «дозы» спиртного	разовая	снижается
	суточная	не снижается
Запой	псевдозапой	истинные
Изменения личности	снижение	деградация
Соматические заболевания	«функциональные»	«органические»
Алкогольные психозы	острые	острые и хронические

**Таблица 4. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА И НЕВРОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ**

Критерии	Алкоголизм	Невроз
<i>Астенический синдром</i>		
Связь с объективно существующей интеллектуальной или физической перегрузкой	отсутствует	имеется
Последовательность формирования невротической симптоматики	отсутствует	имеется

Гиперестетические проявления	доминируют в клинической картине	не доминируют
Дисфорические реакции	не истощаются	быстро истощаются
<b>Депрессивный синдром</b>		
Окраска аффекта	дисфорическая	тоскливая
Направленность	экстрапунитивная	интрапунитивная
Симптом «бегства в работу»	отсутствует	имеется
Симптом «отсутствия осознания причин болезни»	отсутствует	имеется
Симптом «надежды на светлое будущее»	отсутствует	имеется
Затруднение засыпания	вследствие гиперестезии	вследствие «пережевывания» событий; прошедшего дня
Пробуждение по ночам	с дисфорией	с тревогой
Явления спастического колита в сочетании со стойкой гипотонией	нет	есть
Полиморфные соматические нарушения интоксикационного генеза	есть	нет

**Таблица 5. ЧАСТНЫЕ ФОРМЫ ТОКСИКОМАНИИ**

Группы	Основные представители	Форма употребления	Особенности хронической интоксикации (токсической зависимости)
<b>Психотомиметики</b>	LSD, псилоцибин, фенциклидин и его производные: PSP, «экстэзи» и др.	Внутривенно, внутрь (реже — транскутанно)	Формирование стойких астенических и апатоабулических расстройств, развитие шизоформных проявлений (ПЗ — +; ФЗ±)
<b>Транквилизаторы и антидепрессанты</b>	Барбитураты, бензодиазепины, трех- и четырехциклические антидепрессанты	Внутривенно, внутрь	Формирование стойких психоорганических и эмоционально-волевых расстройств (ПЗ — +++; ФЗ±)
<b>Средства с антихолинэргическим действием</b>	Циклодол, димедрол, астматол, белладонна и др.	Внутривенно, внутрь	Формирование стойких астенических и интеллектуально - мнестических расстройств (ПЗ - +; ФЗ - +)

<b>Эфирные растворители</b>	Ацетон, бензин, бензол, хлороформ, толуол и др.	Ингаляционно (реже — аппликационно)	Формирование выраженных и стойких психоорганических (интеллектуально-мнестических) и эмоционально-волевых расстройств (ПЗ - ++; ФЗ - +)
<b>Кокаин</b>		Внутривенно, интраназально	Относительно быстрое формирование психоорганических нарушений (ПЗ-+++;ФЗ-+)
<b>Производные эфедрина</b>	Эфедрин, первитин	Внутривенно	Формирование стойких астенических и шизоформных расстройств (ПЗ - +++; ФЗ - +)
<b>Амфетамины</b>	Фенамин, сиднокарб и др.	Внутривенно, внутрь	Развитие стойких астенических расстройств, затяжных шизоформных психозов (ПЗ — +++; ФЗ - +)
<b>Производные каннабиса</b>	Гашиш, анаша, марихуана, план, и др.	Внутривенно, ингаляционно (курение), внутрь	Быстрое формирование «амотивационного» и психоорганического синдромов, обострение латентной психической патологии (ПЗ — н+; ФЗ-+)
<b>Опиаты и опиоиды</b>	Морфин, кодеин, героин, промедол, омнопон, метадон, фентанил и др.	Внутривенно, ингаляционно (курение), внутрь	Заострение и огрубление преморбидных черт, психопатизация, быстрое нарастание психоорганических (интеллектуально-мнестических) расстройств (ПЗ - ++; ФЗ - +)

Выраженность психической (ПЗ) и физической (ФЗ) зависимости: «±» — легкая, «+» — умеренная, «++» — выраженная, «+++» — крайне выраженная

## РАЗДЕЛ 11. ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

### *Клинические критерии неврозов (по В.Н.Мясищеву, 1960)*

1. Совпадение начала заболевания с воздействием психотравмы
2. Отражение психотравмы в структуре переживаний
3. Выздоровление по мере дезактуализации психотравмы

### *Клинические критерии неврозов (по В.Н. Мясищеву, 1960)*

1. Связь психогении с личностью больного
2. Наличие определенного соответствия между клиническими проявлениями и характером психотравмирующей ситуации
3. Наличие определенного соответствия динамики состояния с изменением психотравмирующей ситуации
4. Более высокая эффективность психотерапевтических (по сравнению с биологическими) методов лечения
5. Отсутствие психотических расстройств

### *Невроз (по Б.Д. Карвасарскому)*

Психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющееся в специфических клинических феноменах (при отсутствии психотических расстройств)

**Таблица 1. ПСИХОГЕННЫЕ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ**

<b>Хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга, развившиеся в результате неблагоприятных психотравмирующих воздействий, заведомо неадекватного воспитания, катастрофических или чрезмерных продолжительных стрессов</b>	
<b>Невротическое развитие личности</b> вариант становления краевой психопатии, при которой хронифицированное невротическое состояние через этап невротической депрессии трансформируется в приобретенную психопатию	<ul style="list-style-type: none"> <li>— истерическое</li> <li>— эксплозивное</li> <li>— обсессивное</li> </ul>
<b>Патологическое развитие личности</b> постепенный медленный качественный сдвиг преморбидных особенностей личности под воздействием длительно существующих патогенных вредностей с формированием стойких систематизированных сверхценных (бредовых) идей.	<ul style="list-style-type: none"> <li>— ипохондрическое</li> <li>— сутяжно-паранойяльное</li> <li>— ревности</li> </ul>
<b>Патохарактерологическое развитие личности вариант формирования краевой психопатии под влиянием неблагоприятных внешних обстоятельств</b>	

## РАЗДЕЛ 12. ПАТОЛОГИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА

1. **Темперамент** (биологическая составляющая психической индивидуальности)
2. **Характер** (психологическая составляющая психической индивидуальности)
3. **Личность** (социальная составляющая психической индивидуальности)

**Таблица 1. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧЕРТ  
ХАРАКТЕРА (ПО В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧУ, 1999 г.)**

Гармоничный характер	Дисгармоничный характер
Адаптивность, гибкость	Дезадаптивность, ригидность
Адекватность самооценки (реализм)	Неадекватная самооценка
Зрелость, автономность (самостоятельность)	Инфантилизм, зависимость (несамостоятельность)
Естественность (простота)	Неестественность
Проблемная центрация (фиксация)	Центрация (фиксация) на второстепенном (несущественном)
Самоуважение	Крайние варианты отношения к себе (от самоуничижения к гипероценке)
Оптимальное сочетание эгоистических и альтруистических целей	Эгоцентризм

**Таблица 2. СООТНОШЕНИЕ ТИПОВ ВОСПИТАНИЯ И ТИПОВ ХА-  
РАКТЕРА (ПО В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧУ, 1999 г.)**

Тип воспитания	Тип характера						
	И	Ш	Эв	ПС	А	п	м
«Кумир семьи»	++	—	—	—	—	—	+
Гиперопека	+	+	+	—	++	—	+
Гипоопека	+	++	++	-	+	—	+
Безнадзорность	—	+	+	—	—	-	-
«Золушка»	—	—	—	-	+	—	-
«Ежовые рукавицы»	—	+	++	+	+	—	+
Парадоксальная коммуникация	—	++	-	-	—	+	+

— истерический (И), шизоидный (Ш), эпилептоидный — возбудимый вариант (Эв), психастенический (ПС), астенический (А), паранойяльный (п), мозаичный (М) тип характера;

— (+,—) — степень влияния особенностей воспитания на формирование соответствующих типов характера

# ПСИХОПАТИИ

**Психопатии** - патологические состояния, характеризующиеся гармоничностью психического склада личности

\* В МКБ-10 — «Расстройства личности»

**Клинические признаки психопатий («триада П.Б. Ганнушкина»)**

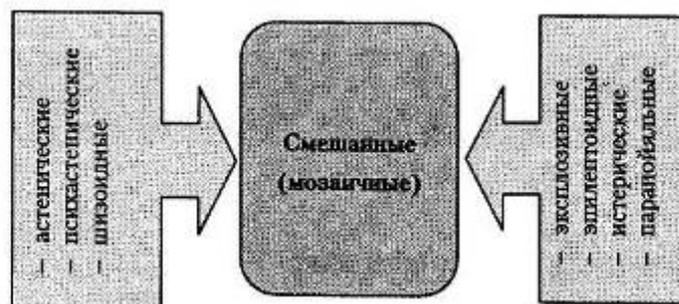
1. Тотальность психопатических черт личности (проявляются в любой жизненной ситуации)
2. Стойкость (малая обратимость) патологических черт личности
3. Выраженность патологических черт личности до степени социальной дезадаптации

## ОСНОВНЫЕ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХОПАТИЙ

**Систематика психопатий по степени выраженности (тяжести) клинических проявлений**



**Клиническая систематика психопатий (по О.В. Кербинову, 1962; Г.К. Ушакову, 1979)**



## Соотношение различных клинических форм психопатий

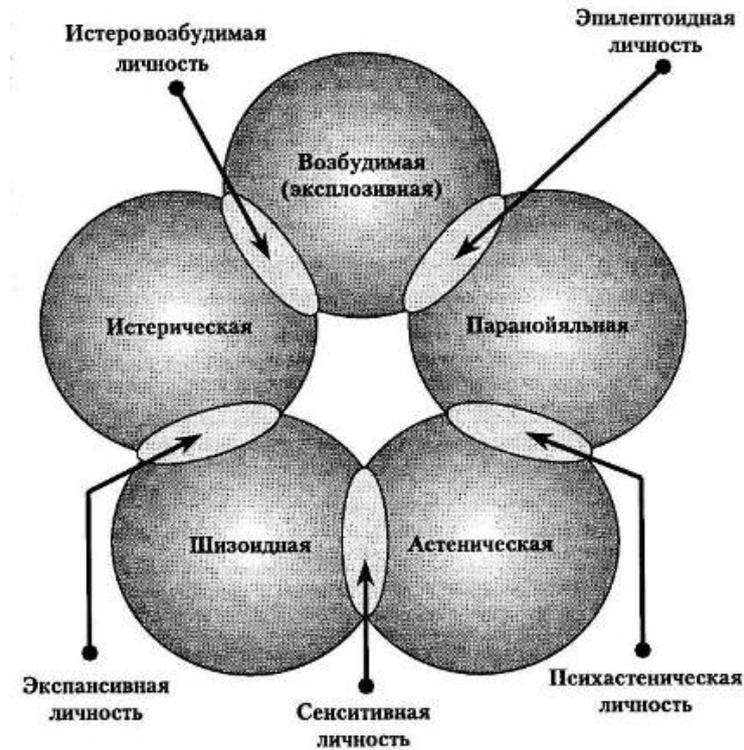


Таблица 3. ОСНОВНЫЕ ДИНАМИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПРИ ПСИХОПАТИЯХ

Основные динамические сдвиги		Связь с психогенными факторами	Длительность
Реакции	Специфические	+	Часы-дни
	Неспецифические		
Декомпенсации		+	Недели- месяцы
Фазы		—	Недели-месяцы

**Патологическое развитие** - Тип динамики слагающийся из ряда неспецифических психопатических реакций с формированием ранее не свойственных стойких изменений личности

### **Транзиторные расстройства личности (В.В. Нечипоренко, 1989)**

Расстройства личности, при которых отсутствует окончательно сформированная ее патологическая структура, а дисгармония характера носит парциальный, обратимый характер

## АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА (А.Е. ЛИЧКО, 1977)

Крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость к определенному роду психогенным воздействиям при хорошей устойчивости к другим

**Таблица 4. СООТНОШЕНИЕ ТИПОВ АКЦЕНТУАЦИИ ЛИЧНОСТИ И ХАРАКТЕРА**

Акцентуации личное и (K.Lcongard, 1992)	Акцентуации характера (А.Е.Личко, 2003)
гипертимический	гипертимный
дистимический	циклоидный
аффективно-лабильный	—
аффективно-экзальтированный	лабильный
эмотивный	—
тревожный (боязливый)	—
—	астено-невротический
—	сенситивный
педантичный	психастенический
интравертированный	шизоидный
возбудимый	эпилептоидный
застревающий	-
демонстративный	истероидный
—	неустойчивый
экстравертированный	конформный

## Таблица 5. ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ

*Отклоняющееся (девиантное) поведение* - система поступков (отдельные поступки), противоречащие принятым в обществе нормам и проявляющиеся в виде несбалансированности психических процессов, адаптационных механизмов и неспособности (уклонил) к нравственному и эстетическому контролю за своим поведением

Типы девиантного поведения	Клинические формы девиантного поведения
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Делинквентное</b> (отклоняющееся поведение, с отчетливой антиобщественной направленностью, приобретающее, в крайних своих проявлениях, уголовно наказуемый характер)</li> <li>◆ <b>Аддиктивное</b> (отклоняющееся поведение со стремлением к уходу от реальности посредством приема психоактивных веществ, либо чрезмерной фиксацией на определенных видах деятельности)</li> <li>◆ <b>Патохарактерологическое</b> (отклоняющееся поведение, обусловленное патологическими изменениями характера вследствие дефектов воспитания)</li> <li>◆ <b>Психопатологическое</b> (отклоняющееся поведение, обусловленное психическими расстройствами)</li> <li>◆ <b>На базе гиперспособностей</b> (отклоняющееся поведение, сопровождающееся девиациями в обыденной жизни, при особой одаренности и даже гениальности в других сферах деятельности)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Агрессивное поведение</b></li> <li>◆ <b>Аутоагрессивное (суицидальное) поведение</b></li> <li>◆ <b>Злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности</b> (алкоголизация, наркотизация и др.)</li> <li>◆ <b>Нарушения пищевого поведения</b> (переедание, голодание)</li> <li>◆ <b>Аномалии сексуального поведения</b> (девиации, перверсии)</li> <li>◆ <b>Сверхценные психологические увлечения</b> («трудоголизм», спортивный, музыкальный и прочий фанатизм, и др.)</li> <li>◆ <b>Сверхценные психопатологические - «увлечения»-</b> (сутяжничество, кверулянтство, kleптомания, дромомания и др.)</li> <li>◆ <b>Характерологические и патохарактерологические реакции</b> (эмансипации, группирования, оппозиции и др.)</li> <li>◆ <b>Коммуникативные девиации</b> (аутизация, гипербобщительность, конформизм, нарциссическое поведение и др.)</li> <li>◆ <b>Аморальное (безнравственное) поведение</b></li> <li>◆ <b>Неэстетическое поведение</b></li> </ul>

## Таблица 6. АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

**Агрессия** – физическое или вербальное поведение направленное на причинение кому-либо вреда

### Типы агрессии по Бассу, 1976

Физическая (Ф) – вербальная (В)

Активная (А) – пассивная (П)

Прямая (Пр) – непрямая (Нпр)

Типы агрессии	Примеры
Ф – А – Пр	Прямое нанесение человеку физического вреда (избиение, ранение и т.д.)
Ф – А – Нпр	Сговор с другим человеком о нанесении кому-либо физического вреда
Ф – П – Пр	Стремление физически не позволить кому-либо достичь желаемой цели (например, сидячая демонстрация)
Ф – П – Нпр	Отказ от выполнения необходимых задач
В – А – Пр	Словесное оскорбление или унижение другого человека
В – А – Нпр	Распространение клеветы (сплетен) о другом человеке
В – П – Пр	Отказ разговаривать с другим человеком отвечать на его вопросы и т.д.
В – П – Нпр	Отказ высказываться в защиту человека, которому нанесено не заслуженное оскорбление или унижение.

Таблица 7. АУТОГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

<b>Аутогрессивное поведение *</b> – поведение, направленное на причинение вреда самому себе		
<b>Формы аутогрессии</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Суицидальное поведение (самоубийства)</li> <li>◆ Парасуицидальное поведение (самоповреждения)</li> </ul>		
<b>Типы суицидального поведения (по Е. Durkheim, 1897)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ «Аномическое» (связано с кризисными, трагедийными ситуациями)</li> <li>◆ «Альтруистическое» (совершается ради блага других людей)</li> <li>◆ «Эгоистическое» (обусловлено неприемлемостью для индивида социальных требований и общественных норм поведения)</li> </ul>		
<b>Этапы суицидального поведения (по А. Г. Амбрумовой, 1980)</b>		
<b>Пресуицид</b>	<b>Пассивные суицидальные мысли</b>	Характеризует отвлеченные представления (фантазии) о возможной смерти
	<b>Суицидальные замыслы</b>	Характеризует обдумывание «плана» суицида (способы, время и место действия)
	<b>Суицидальные намерения</b>	Характеризует присоединение к замыслу («плану» суицида) волевого компонента
<b>Суицидальный акт</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– истинный</li> <li>– демонстративно-шантажный</li> </ul>
<b>Постсуицидальный период</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– критический тип</li> <li>– манипулятивный тип</li> <li>– аналитический тип</li> <li>– суицидально-фиксированный тип</li> </ul>
<b>Психопатологические синдромы с высоким риском аутогрессивного поведения:</b>		
депрессивный, ипохондрический, дисморфоманический, вербального галлюциноза, паранойяльный, параноидный		

\* – выделяют инфантильную форму аутоагрессии, когда причинение вреда самому себе преследует цель «наказать» таким образом своих близких

**Таблица 8. ЛОЖНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О САМОУБИЙСТВЕ**

<b>Бытующее мнение</b>	<b>Фактическое положение</b>
Те, кто много говорят о самоубийстве, обычно его не совершают	Большинство самоубийц перед смертью делятся своими намерениями и горестями
Самоубийство — импульсивный акт, совершаемый внезапно	Существует множество признаков повышенного риска самоубийства
Решившиеся на самоубийство редко колеблются	Самоубийству обычно предшествуют попытки найти утешение и помощь
Склонность к самоубийству наследуется	Хотя самоубийства и попытки самоубийства действительно чаще совершаются теми, у кого в семье уже были подобные случаи или покончил с собой кто-то из близких друзей, предрасположенность к самоубийству не наследуется и не является чертой характера
Риск самоубийства носит кратковременный характер; когда кризисная ситуация проходит, обычно наступает улучшение	Улучшение может быть обманчивым. Под внешним спокойствием может скрываться твердо принятое решение, а некоторый подъем сил иногда лишь помогает выполнить задуманное

### **Аддитивное поведение**

*Аддитивное поведение* — отклоняющееся поведение со стремлением к уходу от реальности посредством приема психоактивных веществ, либо чрезмерной фиксацией на определенных видах деятельности

#### **Формы аддикции**

- Наркотическая
- Алкогольная
- Табачная
- -«Бегство» от реальности путем сосредоточения на узконаправленной сфере деятельности

#### **Этапы наркотической аддикции**

- ◆ «Первых проб»
- ◆ -«Поискового полинаркотизма»\*
- ◆ -«Выбора предпочитаемого вещества

**Формы «бегства\* от реальности»** - замещение традиционных форм жизнедеятельности и иерархии ценностей обыденной жизни лишь собственным психическим или физическим «усовершенствованием» (**«бегство в тело»**), исключительно служебными делами (**«бегство в работу»**), постоянным (утрированным) стремлением к общению или, наоборот, уединению (**-«бегство в контакты или одиночество»**), жизнью в мире иллюзий и фантазий (**-«бегство в фантазии»**) и т.д.

## **Факторы, способствующие (препятствующие) аддиктивному поведению**

♦ **Социальные** (доступность психоактивного вещества, «мода» на него; степень грозящей ответственности; влияние группы, определенных социальных слоев, культуральных факторов и др.)

♦ **Психологические** (тип акцентуации характера; привлекательность возникающих или ожидаемых ощущений; страх причинить вред своему здоровью и др.)

♦ **Биологические** (степень изначальной индивидуальной толерантности; отягощенная наследственность; резидуальные органические поражение головного мозга; хронические соматические заболевания и др.)

## **Аномалии сексуального поведения**

*Аномалии сексуального поведения* — любые (качественные, количественные) отклонения от сексуальной нормы

*Сексуальная норма\** — многоаспектное понятие, включающее в себя морально-нравственную, общестатистическую, физиологическую, возрастную, индивидуально-конституциональную, культуральную и прочие составляющие

**Патохарактерологические реакции (по А.Е. Личко, 1985) - психогенно обусловленные выраженные и стереотипно повторяющиеся отклонения в поведении, отличающиеся от нормальных его форм склонностью:**

- к генерализации (способностью возникать в самых различных ситуациях и по различным, зачастую незначительным, поводам);
- к стереотипности проявлений, повторяя как клише по разным поводам одни и те же поступки;
- превышать «потолок» поведенческих нарушений, однако, в соответствии с поведенческими девиациями свойственными группе, к которой принадлежит индивидуум;
- приводить к социальной дезадаптации;

## **Основные типы патохарактерологических реакций:**

- ♦ **Отказа** (характеризуется отсутствием или снижением стремления к естественным контактам с окружающими)
- ♦ **Оппозиции** (характеризуется активным или пассивным противопоставлением себя окружающим)
- ♦ **Имитации** (характеризуется стремлением к подражанию какому-либо лицу или образу)
- ♦ **Компенсации** (характеризуется стремлением скрыть или восполнить собственную несостоятельность в какой-либо области успехом в другой)
- ♦ **Гиперкомпенсации** (характеризуется стремлением достичь успеха именно в той области деятельности, в которой отмечается несостоятельность)
- ♦ **Эмансипации** (характеризуется склонностью к подчеркнутой собственной самостоятельности и независимости)

- ♦ **Группирования** (характеризуется неспособностью к самостоятельной деятельности и стремлением решить собственные проблемы посредством группировки с другими людьми)

**Основные клинические формы патохарактерологических реакций**

- Неустойчивые
- Истероидные
- Аффективно-эксплозивные

**Таблица 9. ОЛИГОФРЕНИИ**

**Олигофрении** \* - врожденные или рано (до 3-х летнего возраста) приобретенные состояния психического недоразвития с преимущественным поражением интеллекта

\* В МКБ-10 — «умственная отсталость»

<i>легкая</i> умственная отсталость	<i>умеренная</i> умственная отсталость	<i>тяжелая</i> умственная отсталость	<i>глубокая</i> умственная отсталость
<b>Дебильность</b>	<b>Имбецильность</b>		<b>Идиотия</b>
<b>По выраженности (тяжести) проявлений</b>			



<b>По этиологии</b>		
<b>Наследственно обусловленные</b>	<b>Эмбриопатии</b>	<b>Обусловленные патологией пери- и постнатального периодов</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>— истинная микроцефалия</li> <li>— энзимопатические формы</li> <li>— обусловленные хромосомными абберрациями</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— обусловленные вирусными инфекциями</li> <li>— обусловленные воздействием экзогенных токсических факторов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— обусловленные резус-конфликтом</li> <li>— при асфиксии плода</li> <li>— связанные с родовыми травмами</li> <li>— вследствие инфекций, ЧМТ и интоксикаций раннего детского возраста</li> </ul>

## РАЗДЕЛ 13. ОСНОВЫ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ

*Экстремальная психиатрия* – наиболее бурно развивающееся направление психиатрии. Предметом ее изучения являются особенности психических расстройств, развивающихся в критических, жизнеопасных ситуациях. В рамках ее рассматриваются, в качестве самостоятельных областей психиатрия катастроф, военная, судебная психиатрия.

### Основные понятия медицины катастроф

- ◆ **Авария** (опасное техногенное происшествие, создающее на объекте, определенной территории или акватории угрозу жизни и здоровью людей)
- ◆ **Катастрофа** (внезапное, быстротечное событие, повлекшее за собой человеческие жертвы, существенный ущерб здоровью людей и окружающей среде, а также разрушение или уничтожение объектов и других материальных ценностей в значительных размерах)
- ◆ **Чрезвычайная ситуация** (обстановка, сложившаяся в результате аварии, катастрофы, стихийного бедствия и характеризующаяся наличием или возможностью появления значительного числа пораженных, резким ухудшением условий жизнедеятельности населения и требующая привлечения сил и средств службы медицины катастроф извне)
- ◆ **Очаг поражения** (ограниченная территория, в пределах которой в результате непосредственного воздействия поражающих факторов источника ЧС произошли массовая гибель или поражение людей)
- ◆ **Психиатрия катастроф** (раздел психиатрии, решающий актуальные задачи медицины катастроф по сохранению психического здоровья населения в зоне ЧС, а также участников ликвидации последствий ЧС)
- ◆ **Психиатрическая помощь в ЧС** (комплекс медико-психологических и психиатрических мероприятий, осуществляемых при ликвидации последствий ЧС и направленных на купирование острых психических расстройств, нормализацию психического состояния пострадавших и спасателей, а также последующую их реабилитацию)
- ◆ **Медико-психологическая разведка** (вид медико-санитарной разведки, направленной на оценку и прогнозирование социальных, медико-психологических и психиатрических последствий ЧС)
- ◆ **Психофизиологическая цена\***- деятельности (степень изменения в процессе деятельности соотношения между исходным, текущим и предельным состоянием функциональных систем организма, обеспечивающих ее выполнение)

**Таблица 1. КРИТЕРИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

<b>Временной</b>	Внешняя внезапность, неожиданность возникновения ЧС; Быстрое развитие событий (с момента начала ЧС); Тяжесть отдаленных последствий для жизни и здоровья людей;
<b>Социально-экологический</b>	Значительные человеческие жертвы, эпидемии, мутагенез, тератогенез у человека и животных; Эпизоотии, массовый падеж скота; Вывод из воспроизводства значительной части природных ресурсов сельскохозяйственных угодий и культур;
<b>Социально-психологический</b>	Стрессовое состояние (страх, депрессии, психосоматические расстройства, фобии и т.д.); Дестабилизация психологической устойчивости населения в посткризисный период;
<b>Социально-политический</b>	Остроконфликтность, взрывоопасность; Усиление внутривнутриполитической напряженности, широкий международный резонанс;
<b>Экономический</b>	Значительный экономический и материальный ущерб; Выход из строя инженерных систем и сооружений; Необходимость использования большого числа разнообразной техники для предотвращения ЧС и ликвидации ее последствий;
<b>Организационно-управленческий</b>	Неопределенность ситуации, сложность принятия решений, прогнозирования хода событий; Необходимость привлечения большого числа различных организаций и специалистов; Необходимость масштабных эвакуационных и спасательных работ, включая медицинскую помощь;
<b>«Специфический» (мультипликативный)</b>	Разнонаправленность и взаимозависимость последствий ЧС, их непредсказуемый, цепной характер

### **Организация психиатрической помощи в условиях чрезвычайных ситуаций**

С медицинской точки зрения любая крупномасштабная чрезвычайная ситуация характеризуется массовым, внезапным поступлением пострадавших, многообразием возникающих организационных проблем, дефицитом времени сил и средств и, как правило, несоответствием между потребностью в медицинской помощи и имеющимися в момент ее оказания возможностями.

## **Основные принципы оказания психиатрической помощи в условиях чрезвычайных ситуаций**

Оказание психиатрической помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях осуществляется в соответствии с принципами единой доктрины, основой которой является система лечебно эвакуационных мероприятий и своевременное оказание всех видов медицинской помощи с учетом особенностей, присущих чрезвычайной ситуации:

- ◆ соответствие сил и средств психиатрической помощи задачам по ее оказанию (распространенности и структуре психических расстройств, категорий нуждающихся, этапа оказания психиатрической помощи);
- ◆ своевременное их развертывание (взаимодополняющий, а не дублирующий характер развертывания на различных этапах);
- ◆ рациональное использование имеющихся сил и средств;
- ◆ возможность маневра силами и средствами, а также объемом и видом психиатрической помощи, в зависимости от характера и особенностей медицинской обстановки;
- ◆ возможность своевременного усиления отдельных этапов оказания психиатрической помощи;
- ◆ примат адекватной сортировки и быстрой эвакуации пострадавших из зоны чрезвычайной ситуации, при минимальном объеме лечебных мероприятий непосредственно очаге чрезвычайной ситуации;
- ◆ раннее рассредоточение эвакуационных потоков, исходя из тяжести (уровня) психических расстройств;
- ◆ преемственность и последовательность в оказании психиатрической помощи;
- ◆ сочетание лечебных и реабилитационных мероприятий на всех этапах психиатрической помощи.

## **Основные лечебно-диагностические подходы на передовом этапе оказания психиатрической помощи**

- ◆ приближенность (приближение сил и средств к передовым этапам оказания помощи);
- ◆ оперативность (использование на передовых этапах методов экспресс-диагностики и лечения);
- ◆ простота (применение на передовых этапах максимально простых методов диагностики и лечения);
- ◆ комплексность (сочетание различных методов диагностики и лечения);
- ◆ неотложность (оказание помощи в наиболее ранние сроки);
- ◆ направленность (ориентация психокоррекционных мероприятий как на нормализацию психического состояния, так и на восстановление трудоспособности);

- ◆ этапность (сочетания процесса лечения пострадавших с их эвакуацией по назначению);
- ◆ специфичность (обязательность учета специфики или чрезвычайной ситуации и преобладающих этиопатогенетических факторов);
- ◆ индивидуальность (учет культуральных, возрастных, профессиональных и личностно-типологических особенностей пострадавших).

**Основным принципом оказания психиатрической помощи на передовом этапе является минимальный ее объем с быстрой эвакуацией пострадавших из зоны очага бедствия**

## **РАЗДЕЛ 14. ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ**

### **Основные задачи судебно-психиатрической экспертизы**

- ◆ определение психического состояния и заключение о вменяемости подозреваемых и подсудимых, в отношении которых у органов дознания, следствия и суда возникло сомнение в их психическом здоровье, а также заключение о необходимости применения медицинских мер в отношении лиц, признанных невменяемыми или заболевших психической болезнью после совершения преступления;
- ◆ определение психического состояния свидетелей и потерпевших, заключение о способности обследуемых правильно воспринимать, запоминать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для дела, в случаях, когда у органов следствия и суда возникают сомнения в психической полноценности указанных лиц;
- ◆ определение психического состояния истцов, ответчиков, а также лиц, в отношении которых решается вопрос о их дееспособности.

Судебно-психиатрическая экспертиза проводится по постановлению следователя, прокурора, органа дознания, определению военного трибунала (суда) и по определению (постановлению), вынесенному единолично судьей по делу частного обвинения или в порядке досудебной подготовки гражданского дела.



## Условия невменяемости

Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики.

**Таблица 1. ФОРМУЛА НЕВМЯЕМОСТИ**

Медицинский критерий	Юридический критерий
- хроническое душевное заболевание - временное расстройство психической деятельности (транзиторные психотические расстройства, отмечавшиеся в момент совершения противоправных действий) - слабоумие - иное болезненное состояние (как правило, расстройства личности, при которых отсутствует психотическая основа, но имеются качественные отличия от нормы)	- интеллектуальный признак (невозможность отдавать себе отчет в своих действиях) - волевой признак (невозможность руководить своими действиями)

\* — для вынесения заключения о невменяемости необходимо наличие обоих критериев

### Медицинские критерии невменяемости

Медицинские критерии невменяемости представляют собой обобщающий перечень психических болезней, которые подразделяются на 4 группы:

хроническая и временное психическое расстройство, слабоумие, «иное\*» болезненное состояние

◆ Первая группа включает непрерывно или приступообразно протекающие психические заболевания, имеющие тенденцию к прогрессированию и приводящие к глубоким и стойким личностным изменениям (шизофрения, старческое слабоумие, пресенильные психозы, прогрессивный паралич и др.)

◆ Вторая группа включает кратковременные психические заболевания, заканчивающиеся выздоровлением (алкогольные психозы в форме делирия, галлюциноза, параноида; исключительные состояния; реактивные психозы; симптоматические психозы, пароксизмальные расстройства)

◆ Третья группа объединяет все случаи различных по этиологии состояний стойкого снижения психической деятельности, сопровождающихся поражением интеллекта

◆ Четвертая группа включает состояния, не являющиеся психическими заболеваниями в узком смысле этого слова, но характеризующиеся теми или иными нарушениями психической деятельности: психопатии, психический инфантилизм и некоторые случаи глухонемоты

**Таблица 2. ФОРМУЛА НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ**

Медицинский критерий	Юридический критерий
- душевная болезнь	- неспособность понимать значение своих действий
- слабоумие	- неспособность руководить своими действиями

— недееспособность определяется наличием обоих критериев (их совпадением)

### Военно-врачебная экспертиза

Военно-врачебная экспертиза в Вооруженных Силах проводится в мирное и военное время в целях комплектования и медицинского обеспечения Вооруженных Сил РБ в соответствии с законодательством РБ (приказ Министра обороны РБ)

**Таблица 3. РАСПИСАНИЕ БОЛЕЗНЕЙ (ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА)**

Наименование болезней	Категория годности к военной службе			
	I графа	II графа	III графа	IV графа
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Ст. 14. Органические психические расстройства</b>				
а) при резко выраженных стойких психических нарушениях;	Д	Д	Д	НГ
б) при умеренно выраженных психических нарушениях;	В	В	В	НГ
в) при легких кратковременных болезненных проявлениях;	Г	Г	Г	НГ
г) при стойкой компенсации болезненных расстройств после острого заболевания головного мозга или закрытой ЧМТ	Б-4	Б	Б	НГ
<b>Ст. 15. Эндогенные психозы</b>				
а) шизофрения, шизотипические расстройства, хронические бредовые расстройства и аффективные психозы	Д	Д	Д	НГ
<b>Ст. 16. Симптоматические психозы и другие психические расстройства экзогенной этиологии</b>				
а) при резко выраженных стойких болезненных проявлениях;	Д	Д	Д	НГ
б) при умеренно выраженных, длительных или повторных, болезненных проявлениях;	В	В	Б,В-Инд	НГ
в) при умеренно или незначительно выраженном, затянувшемся астеническом состоянии;	Г	Г	Г	НГ
г) при легком и кратковременном астеническом состоянии закончившемся выздоровлением	Б-4	Б	А	НГ (О/М-Инд)

Примечание: расписание болезней меняется в соответствии с приказом МО РБ.

**Таблица 4. ПРИМЕЧАНИЯ К «РАСПИСАНИЮ БОЛЕЗНЕЙ»**

I графа	граждане при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу;
II графа	военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;
III графа	военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, офицеры запаса, не проходившие военную службу, при призыве их на военную службу и военные сборы;
IV графа	граждане, предназначенные для прохождения военной службы на подводных лодках и военнослужащие проходящие службу на подводных лодках;
«А»	годен к военной службе;
«Б»	годен к военной службе с незначительными ограничениями;
«В»	ограниченно годен к военной службе;
«Г»	временно не годен к военной службе;
«Д»	не годен к военной службе;
«НГ»	не годен к службе в виде ВС, роде войск, по отдельным военно-учетным специальностям (ВУС ), не годен к поступлению в училища и военно-учебные заведения;
«Инд»	годность к военной службе, службе в виде ВС, роде войск, по отдельным ВУС, к поступлению в училища и военно-учебные заведения МО РФ определяется индивидуально;
«О/М-Инд»	Офицеры и мичманы - индивидуально

\*изменяется согласно приказа МО РФ.

## **ОСНОВЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Медико-психологическая реабилитация** – система мероприятий, направленных на профилактику патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, или на возможно раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов к труду

### **Основные принципы медико-психологической реабилитации**

1. Раннее начало.
2. Комплексность.
3. Непрерывное поэтапное и преемственное применение реабилитационных мероприятий.
4. Партнерство.
5. Индивидуализация программы реабилитации.
6. Единство психосоциальных и биологических методов воздействия.
7. Общественная направленность.
8. Социальная и профессиональная направленность.

### **Этапы реабилитации**

1. Госпитальный.
2. Амбулаторно-поликлинический.
3. Санаторный.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авербух Е.С., Авербух И.Е. Краткое руководство по психиатрии. — Л.: Медицина, 1973. - 200 с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Руководство для врачей. — Изд. 2-е. — М.: Феникс, 1997. — 571 с.
3. Балинский И.М. Лекции по психиатрии / Под ред. Бондарева Н.И. и Тимофеева Н.Н. - Л.: Медгиз, 1958. - 216 с.
4. Баншиков В.М., Гуськов В. С, Мягков И.О. Методическое пособие по психиатрии. — М., 1965. — 51 с.
5. Баншиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.О. Практическое руководство по психиатрии. — М., 1966. — 194 с.
6. Баншиков В.М., Невзорова Т.А. Психиатрия. — М.: Медицина, 1969. — 344 с.
7. Барабаш В.И., Богаченко В.П., Иванов Ф.И. Пособие к практическим занятиям по психиатрии / Под ред. профессор Портнова А.А. — Л., 1965. — 32 с.
8. Барсук А.Л. Краткое руководство по психиатрии. Для участковых врачей / Под ред. профессор Зиновьева П.М. — М., 1949. — 312 с.
9. Блейлер Э. Руководство по психиатрии / Пер. с нем. — М.: Изд-во независ, психиатр, ассоц., 1993. — 542 с.
10. Блейхер В.М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: Словарь. — Киев: Вища школа, 1984. — 488 с.
11. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов: в 2-х т. - Ростов-на-Дону:Феникс, 1996 (т. 1. - 480 с; т. 2. - 448 с).
12. Бухановский А.О. Общая психопатология: Пособие для врачей / А.О. Бухановский, Ю.А. Кутявин, М.Е. Литвак - 2-е изд. перераб. и доп. — Ростов н/Д.: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2000. - 416 с: ил.
13. Военная неврология / Под ред. профессора Одинако М.М. – СПб.: ВМедА, 2004.- 356с.
14. Военная психиатрия / Под ред. профессор Иванова Ф.И. — Л., 1974. — 424 с.
15. Военная психиатрия / Под ред. СВ. Литвинцева, В.К. Шамрея. - СПб.: ВМедА, ЭЛБИ-СПб., 2001. - 336 с.
16. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и психологов. - СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002. - 256 с.
17. Воробьев В.В. Повторительный курс по психиатрии. — Киев: Тип. Милельского, 1891. -113 с.
18. Вудс Ш. Психиатрия в вопросах и ответах. - СПб: Питер Ком, 1998. - 320 с.
19. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: в 2-х т. К.: Сфера, 1999. (т. 1. - 300 с, т. 2. - 436 с).
20. Гуськов В. С. Терминологический словарь психиатра / Под ред. Плессо Г.И. — М.: Медицина, 1965. - 219 с.
21. Детенгоф Ф. Ф. Учебное пособие по психиатрии / Для медицинских институтов. — Ташкент: Медицина, 1969. — 246 с.
22. Жариков Н.М., Ильин В.И., Логинова М.С. Учебное пособие по психиатрии для студентов: Симптомы, синдромы, болезни. — М.: I ММИ., 1978. — 57 с.
23. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. Судебная психиатрия. — М.: Издат. группа ИНФРА - Норма, 1997. - 425 с.

24. Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Ф. Психиатрия. — М.: Медицина, 1989.-495 с.
25. Жмуров В.А. Психопатология: в 2-х частях / Учебное пособие. — Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1994. (ч.1. — 240 с, ч.2. — 304 с).
26. Завилянский И.Я., Блейхер В.М. Психиатрический диагноз. — Киев: Вища школа, 1979. - 200 с.
27. Зейгарник Б.В. Патопсихология. — М.: Изд-во МГУ, 1976. — 237 с.
28. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Из синопсиса по психиатрии: в 2-х т. / Пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. (т. 1. — 670 с, т. 2. — 522 с.)
29. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985. — 303 с.
30. Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В. Психиатрия: Учебник для медицинских институтов. — Л.: Медицина, 1968. — 448 с.
31. Кербиков О.В., Озерецкий Н.И., Попов Е.А., Снежневский А.В. Учебник психиатрии. — Л.: Медгиз, 1958. — 367 с.
32. Кирпиченко А.Л., Лапицкий А.И., Федосеенко В.С. Пособие по психиатрии / С элементами программированного обучения. — Минск: Вышэйш. школа, 1976. - 68 с.
33. Кискер К.П., Фрайберг Г. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. — М.: Алетея, 1999. — 504с.
34. Кирпиченко А.Л. Психиатрия / Учебник для медицинских институтов. — Минск: Вышэйш. школа, 1989. — 380 с.
35. Кирпиченко А.Л. Психиатрия / Учебное пособие для медицинских институтов. — Минск: Вышэйш. школа, 1984. — 240 с.
36. Клиническая психиатрия: Справочное пособие / Под ред. Бачерикова Н.Е. — Киев: Здоровья, 1989. — 508 с.
37. Клиническая психиатрия: в 2-х т./ Пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. — 1200 с.
38. Клоустон Т. Клинические лекции по душевным болезням / Пер. с англ. — СПб., 1885. - 672 с.
39. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1979. — 608 с.
40. Коркина М.В., Цивилько М.А., Коссова Е.А. Практикум по психиатрии. — М., 1973. - 143 с.
41. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник. — М.: Медицина, 1995. — 608 с.
42. Корсаков С.С. Курс психиатрии: в 2-х т. — М., 1913. (т.1. — 523 с, т.2. — 342 с). (Пред. изд.: 1891,1893,1901 гг.).
43. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику / Пер. с нем.. — М., 1923. — 458 с. (Пред. изд.: 1902 г.).
44. Лекции по клинической наркологии / Под ред. Иванца Н.Н. — М, 1995. — 314 с.
45. Люльман Х., Мор К., Хайн Л. Наглядная фармакология. М.: «Мир» 2008. — 383 с.
46. Матвеев В. Ф. Учебное пособие по психиатрии / Для стоматол. фак-тов медицинских институтов. — М.: Медицина, 1975. — 352 с.
47. Меграбян А.А. Общая психопатология. — М.: Медицина, 1972. — 285 с.
48. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. — СПб.: Оверлайд, 1994. — 300 с.
49. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство для врачей и студентов. — М.: ТОО «Техлит»; Медицина, 1997. — 496 с.
50. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. — М.: «МЕДпресс», 2005. — 306 с.
51. Мендель Э. Краткое руководство к психиатрии / Пер. с нем. — СПб., 1904. — 256 с.

52. Невзорова Т.А. Лекции по психиатрии. — М.: Медицина, 1976. — 382 с.
53. Носачев Г.Н., Романов В.В., Носачев И.Г. Семиотика и диагностика психических и наркологических заболеваний в схемах, таблицах и комментариях к ним. - Самара, 2002. - 515 с.
54. Осипов В.П. Руководство по психиатрии. — М.-Л.: Госиздат, 1931. — 596 с.
55. Психиатрия. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов / под ред. В.П. Самохвалова. - Ростов н/Д.: «Феникс», 2002. — 576 с.
56. Психиатрия. / Под ред. Шейдера Р. / Пер. с англ. — М., Практика, 1998. — 485 с.
57. Пятницкая И.Н. Наркомании. — М.: Медицина, 1994. — 541 с.
58. Ранняя диагностика психических заболеваний / Под общ. ред. Блейхера В.М., Воронкова Г.Л., Иванова Вл. — Киев: Здоровья, 1989. — 288 с.
59. Руководство по психиатрии: в 2-х т./ Под ред. Морозова Г В — М • Мелипья^ 1988 (т. 1.-639 с, Т.2.-640 с).
60. Руководство по психиатрии: в 2-х т./ Под ред. Снежневского А В — М • Медицина, 1993 (т.1. - 480 с, т.2. - 544 с).
61. Руководство по психиатрии: в 2-х т./ Под ред. Тиганова А.С. — М • Медицина 1999 (т. 1. - 712 с, т. 2. - 784 с).
62. Руководство по психотерапии / Под ред. Рожнова В.Е. — Ташкент- Медицина, 1985.- 720 с.
63. Рыбаков Ф.Е. Душевные болезни. — М., 1916. — 486 с.
64. Саарма Ю.М., Мехилане Л. С. Психиатрическая синдромология: Учебное пособие. - Тарту: ТГУ, 1980. - 80 с. (Пред. изд.: 1977 г).
65. Семке В.Я. Превентивная психиатрия - Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. — 403 с.
66. Сербский В. Психиатрия: Руководство к изучению душевных болезней. — М., 1912. - 654 с. (Пред. изд.: 1906 г.).
67. Сметанников П.Г. Психиатрия: Краткое руководство для врачей. — СПб.: Изд-во СПбМАПО, 1994. - 304 с.
68. Снежневский А. В. Общая психопатология: Курс лекций. — Валдай, 1970. — 190с.
69. Сорокина Т.Т., Гайдук Ф.М., Евсегнеев Р.А. Практическое пособие по психиатрии. — Минск: Вышэйш. школа, 1991. — 198 с.
70. Справочник врача-психиатра / Под ред. Воронкова Г.Л. и др. — Киев: Здоровья, 1990. - 351 с.
71. Справочник по психиатрии / Под ред. Снежневского А.В. — М.: Медицина, 1985. - 414 с. (Пред. изд.: 1974 г.).
72. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. — Изд-е 2-е. — М.: Медгиз, 1949. - 229 с.
73. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста: в 2-х т. — М.: Медгиз, 1955-1959 (т. 1. - 459 с, т. 2. - 406 с). (Пред. изд.: 1940 г.).
74. Фрумкин Я.П. Краткая дифференциальная диагностика некоторых психических заболеваний. — Киев: Медгиз, 1950. — 198 с.
75. Фрумкин Я.П., Воронков Г.Л., Шевчук И.Д. Психиатрия: Таблицы и схемы.— Киев: Вища школа, 1977. — 79 с.
76. Чудновский В.С., Чистяков Н.Ф. Основы психиатрии. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1997. - 448 с.
77. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. Изд. 2-е, перераб. и доп./ Под ред. А.Я. Гриненко. - СПб.:Издательство «Лань», 2007. — 464 с.
78. Шамрей В.К., Рустанович А.В. Атлас военной психиатрии - СПб., ВМедА, 2008. - 350 с.

79. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. — М.: Медицина, 1977. — 216 с.
80. Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. - М.: Практика, 2007. - 1056 с.

Учебное издание

**ОСНОВЫ  
ПСИХИАТРИИ**

Наглядные материалы к курсу лекций  
для студентов, обучающихся  
по специальности 1-23 01 04  
«Психология»

С о с т а в и т е л ь  
**Горбачев Александр Иванович**

В авторской редакции

Ответственный за выпуск *А. И. Горбачев*

Подписано в печать 11.01.2014. Формат 60×84/16. Бумага офсетная.  
Усл. печ. л. 4,42. Уч.-изд. л. 4,46. Тираж 50 экз. Заказ

Белорусский государственный университет.  
ЛИ № 02330/0494425 от 08.04.2009.  
Пр. Независимости, 4, 220030, Минск.

Отпечатано на копировально-множительной технике  
факультета философии и социальных наук  
Белорусского государственного университета.  
Ул. Кальварийская, 9, 220004, Минск.