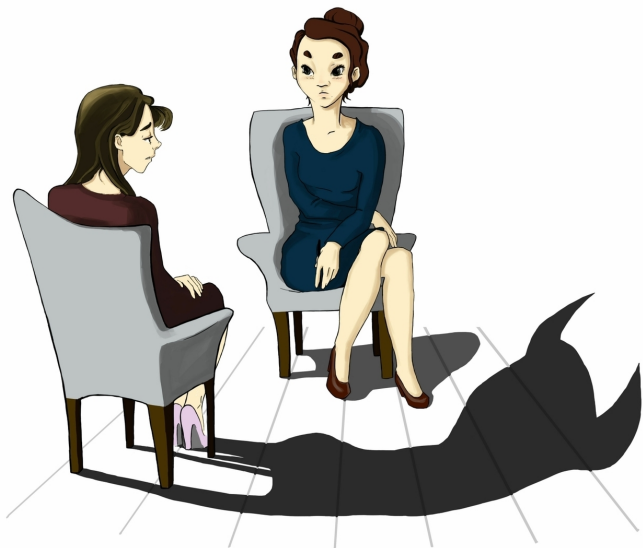


ТЕМНАЯ СТОРОНА ДУШИ

врач о нарушениях психики



Анастасия Пилипенко

12+

Анастасия Пилипенко
Тёмная сторона души. Врач
о нарушениях психики

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=51851495

SelfPub; 2020

ISBN 978-5-532-06663-2

Аннотация

Книга состоит из статей о психических расстройствах, которые встречаются в практике врача-психиатра. Прочитав её, вы узнаете, что такое агорафобия, чем опасны психопаты, есть ли отличия между ленью и абулией, возможно ли умереть от похмелья, действительно ли от любви до ненависти один шаг и многое другое. В каждой теме раскрываются вопросы возникновения расстройств, механизмов развития, клинической симптоматики, классификации, диагностики, терапии. Рекомендации по само- и взаимопомощи при панических атаках, суицидальных тенденциях, отклоняющемся поведении будут полезны пациентам, их родственникам, педагогам, психологам.

Содержание

Предисловие	6
Как выйти на улицу и не сойти с ума?	10
1. Что такое агорафобия?	11
2. Почему возникает агорафобия?	13
3. Кто подвержен недугу? Немного статистики	14
4. Агорафобия в истории и современном мире	15
5. Симптомы агорафобии	17
6. Как правильно звучит диагноз и какие методы диагностики позволяют его установить?	19
7. Лечение агорафобии – возможно ли?	20
7.1. Методы психотерапии	20
7.2. Медикаментозный подход	21
8. Прогноз	23
9. Профилактика агорафобии, рекомендации психиатра	24
10. Советы для тех, кто хочет избежать повторных приступов	26
11. Заключение	28
Вся правда о панических атаках	30
1. Панические атаки в современном обществе	32
1.1. Что такое паническая атака	33
2. Механизм возникновения панической атаки	36

3. Этапы развития панической атаки	38
4. Причины возникновения	40
4.1. Основные провоцирующие факторы	42
5. Клинические проявления панической атаки	43
6. Диагностика	46
7. Подходы к лечению панических атак	49
7.1. Купирование приступа	52
7.2. Психотерапия	52
7.3. Основные группы препаратов	54
7.4. Фитотерапия	57
7.5. Рекомендации по самопомощи при панической атаке	59
7.5.1. Техники правильного дыхания	60
7.5.2. Справляемся с панической атакой за рулем, в метро, лифте	61
8. Прогноз	66
9. Профилактика панического расстройства	68
10. Заключение	71
Кто такие психопаты и чем они могут быть опасны?	74
1. Что такое психопатия?	77
2. Как часто можно встретить человека с психопатией?	79
3. Какие существуют виды психопатий?	81
4. Опасные признаки психопатии	85
5. Возможно ли лечение психопатии?	92

6. Заключение	95
10 фактов о шизофрении, которые полезно знать каждому	96
Факт № 1. Шизофрения – серьёзное расстройство психики	97
Факт № 2. Распространённость шизофрении – 1–2 %	99
Факт № 3. Шизофрения различается по течению болезни	101
Факт № 4. При шизофрении существует «негативная» симптоматика	103
Факт № 5. Галлюцинации – один из ярких продуктивных симптомов шизофрении	106
Факт № 6. Бред – ещё один характерный признак шизофрении	110
Факт № 7. Виды шизофрении: параноидная, гебефреническая, кататоническая и остаточная	113
Конец ознакомительного фрагмента.	114

Анастасия Пилипенко

Тёмная сторона души. Врач о нарушениях психики

*Книга посвящается моим Родителям –
профессионалам своего дела и врачам с большими
сердцами*

Предисловие

Душа – самый невероятный и непонятный феномен человеческого организма. С древних времён люди пытались познать природу души, изучить её локализацию и материальный субстрат. Но тщетно. Как гласит русская пословица: «Чужая душа – потёмки». Действительно, то, о чём мы не знаем, является не только загадочным, но и пугающим. Невозможно полностью узнать человека, его внутренний мир, мысли, переживания, фантазии.

Благодаря изучению вопросов душевной организации и неиссякаемому интересу к этой сфере, в медицине сформировалось отдельное направление – психиатрия. Науке о душевном здоровье отводится значимое место среди других научных дисциплин.

Я работаю клиническим врачом-психиатром более 6 лет.

В своей практике я занимаюсь эффективной терапией расстройств психической сферы: депрессии, страхов, фобий, панических расстройств, деменции, органической патологии, психотических нарушений. Каждый день пациенты задают мне множество вопросов о психическом здоровье. Эта книга посвящена самым интересным темам психиатрии. В ней вы не найдёте пустых фраз или вымысла, только факты и личный клинический опыт, основанный на реальной жизни.

О психических заболеваниях не принято открыто говорить в обществе. Я считаю такую тактику в корне неверной. Люди, как правило, мало осведомлены о вопросах здоровья, особенно психического. В настоящий момент в мировом сообществе важно ориентироваться на достоверную и актуальную медицинскую информацию. Если вы читаете эту книгу, вы – человек, который находится в поиске. В поиске новой информации, ответов на вопросы, которые вы, возможно, боялись или стеснялись задать врачу.

Книга будет полезна тем, кто хочет разобраться, как устроен его организм. Она состоит из отдельных статей о психических расстройствах, которые встречаются в практике. Прочитав её, вы узнаете, что такое агорафобия, чем опасны психопаты, есть ли отличия между ленью и абулией, возможно ли умереть от похмелья, действительно ли от любви до ненависти один шаг и многое другое. Также в книге освещены такие разделы психиатрии, как наркология и суицидология.

В каждой теме раскрываются вопросы возникновения психических расстройств, причин и механизмов развития патологии, клинической симптоматики, классификации, диагностики и дифференциальной диагностики, терапии.

Советы и рекомендации по само- и взаимопомощи при панических атаках, суицидальных тенденциях, отклоняющемся поведении детей и подростков, представленные в книге, будут полезны не только пациентам, но и их близким родственникам, педагогам, психологам. Схемы терапии психических расстройств носят рекомендательный характер и требуют консультации непосредственно вашего лечащего врача.

Вместе нам удастся приоткрыть завесу тайны человеческой души, эмоций, поступков и погрузиться в мир психиатрии. Если Вы готовы к новым знаниям, полезным медицинским рекомендациям, откровениям – можете перевернуть эту страницу.

С уважением,

Доктор Анастасия Пилипенко

@dr_anastasia_pilipenko



Как выйти на улицу и не сойти с ума?

Боязнь открытых пространств или толпы называется аго-рафобией. Так почему одни люди в общественных местах чувствуют себя как рыба в воде, а другие становятся заложниками собственной квартиры?

1. Что такое агорафобия?

В современном мире в крупных мегаполисах проживает огромное количество людей. Порой города становятся похожими на муравейники, где все их обитатели куда-то бегут, спешат, чем-то заняты. С появлением паровозов, пароходов, самолётов путешествия и любые переезды из одного места в другое являются обыденностью и никого не удивляют. Перенаселённость отдельных регионов и излишняя урбанизация являются мощными стрессовыми факторами для развития психических расстройств. Речь идёт именно о невротических нарушениях, где основной триггерный фактор находится во внешнем мире.

Что такое агорафобия и является ли некомфортное самочувствие в общественных местах этим расстройством? Именно такие вопросы задают мне клиенты, напуганные реакцией своего организма после пребывания в открытом пространстве, толпе людей.

Боязнь открытого пространства или агорафобия – это психическое расстройство, которое относится к категории невротических нарушений. Но в комплексе данный симптом может входить в клиническую картину таких заболеваний как шизофрения, шизоаффективное расстройство, депрессия, паническое расстройство.

В данный момент эта патология рассматривается не толь-

ко как боязнь открытых пространств. Страх перед толпой, скоплением людей также возникает неосознанно. Таким образом, важно не само место, а отрицательные стимулы, запускаящие каскад негативных психических и соматических реакций в ответ на эти стимулы.

Первоначально пусковой механизм был представлен реальным стрессом: вы могли оказаться в напуганной взрывом толпе, в закрытом помещении, спастись от негативно настроенных людей, находиться в действительно опасной для здоровья и жизни ситуации. Психике человека свойственно запоминание отрицательного жизненного опыта больше, чем положительного.

2. Почему возникает агорафобия?

Причины агорафобии, как и любого другого невротического расстройства, обширны и многогранны. Они представляют собой сочетание многих факторов.

- Отдельная роль принадлежит наследственности. Это касается лиц, у которых в роду были случаи психических расстройств, алкоголизма, наркомании, суицидов. Как правило, тревожность у таких людей повышена с самого детства.

- Органическая патология нервной системы может провоцировать развитие агорафобии. Нарушения возникают вследствие приёма алкоголя, наркотических веществ, действия токсинов, инфекционных заболеваний (энцефалит, менингит, сифилис). Ежегодно растёт количество патологий мозгового кровообращения, новообразований головного мозга, что негативно сказывается на функционировании структур.

- Психотравмирующие обстоятельства в большей части случаев являются виновниками развития агорафобии. Иррациональный страх толпы или открытого пространства может возникнуть после пребывания в очаге военного конфликта, террористического акта, нападения на улице, дорожно-транспортных происшествий.

3. Кто подвержен недугу? Немного статистики

Агорафобия чаще всего возникает в молодом возрасте (от 15 до 25 лет). В этот период происходят мощные гормональные и физиологические перестройки организма. Ещё не до конца сформировавшийся человек сталкивается с множеством трудностей: непонимание учебных дисциплин, неприятие себя и своего тела, первая неудачная любовь, конфликты с родителями и учителями, желание выделиться среди других, трудности общения со сверстниками, плохая компания, приём психоактивных веществ (наркотики и алкоголь). Так, стрессовый фактор при возникновении агорафобии находится во внешнем и иногда враждебно настроенном мире.

Жители крупных мегаполисов чаще всего подвержены невротическим нарушениям. Тяжёлые условия труда, конфликты в семье, отсутствие полноценного отдыха, нехватка сна, нарушение питания и режима дня являются серьёзным негативным фоном для возникновения агорафобии.

4. Агорафобия в истории и современном мире

Термин агорафобия трактуется как боязнь открытых пространств. История этого нарушения началась ещё в древние времена. Агорами называли рыночные торговые площади, на которых и сейчас может находиться большое количество людей. Фобия – это страх и беспокойство по отношению к чему-либо, будь то пауки или закрытое помещение.

Стоит отметить, любой из нас будет испытывать дискомфорт, находясь в месте, где очень шумно, тесно и много людей могут вести себя агрессивно и неадекватно (например, на концерте или спортивном матче). Страх – это основной инстинкт, позволивший человечеству выжить. Он записан глубоко на подкорке и держит нас в тонусе. Этот базовый защитный механизм в древние времена помогал охотиться на опасных и свирепых животных, сражаться за территорию с другими воинственными племенами, спастись бегством, если противник оказывался сильнее.

Агорафобия является симптомом психического расстройства с навязчивой, стойкой и иррациональной боязнью. Человек умом понимает, что пугаться обычного похода в магазин или кинотеатр не стоит, но физиология не даёт шанса оставаться спокойным в данных ситуациях.

По степени выраженности симптоматики выделяют

несколько групп пациентов. В одном случае, пациенты с агорафобией живут обычной жизнью, учатся, работают, имеют семью и друзей. Дискомфорт может быть лишь в незнакомых местах. Другая группа людей находится в состоянии декомпенсации – нарушается привычная жизнедеятельность, человек утрачивает прежние социальные контакты, теряет работу из-за сложностей коммуникации и передвижения. Человек становится замкнутым, ареал обитания ограничивается пределами квартиры или даже комнаты.

Изучение фобий с давних времён привлекало клиницистов. Первое упоминание этого недуга описано в 1621 г. Сам термин агорафобии появилось значительно позже, в 1871 г. К. Вестфаль обозначил данную патологию как страх общественных мест. Лишь в 1911 г. агорафобия вместе с другими фобиями объединились в категорию фобий положения.

На данный момент агорафобия причислена к группе тревожных расстройств. Тревожные расстройства являются самыми распространёнными формами нарушения психики, что составляет более 12 % пациентов в общей медицинской сети!

5. Симптомы агорафобии

Человек с агорафобией подвержен приступам паники и страха в ситуациях, когда запускается триггерный механизм. Эти эпизоды невозможно предугадать, частота приступов может варьироваться от нескольких в день до нескольких в год.

Триггером может служить любое общественное место, транспорт, открытые местности, толпа людей. Состояние беспокойства, тревоги наступает внезапно, вне зависимости от воли и желания самого человека. Также симптомы могут сопровождаться мыслями о том, что посторонние могут смеяться над поведением или состоянием, чувством беспомощности или стыда. У человека, находящегося в открытом безлюдном пространстве, страх может быть связан с мыслью, что никто не сможет оказать необходимую медицинскую помощь в случае приступа агорафобии.

С каждым новым приступом нежелательный механизм реагирования организма на стресс всё больше и больше откладывается в памяти и основательно закрепляется в сознании. Человек забывает, как возможно действовать по-другому. Всё это приводит к сознательному ограничительному поведению. Человек с агорафобией больше времени старается проводить дома, в спокойной, комфортной и знакомой обстановке. Сокращаются или сводятся к минимуму посе-

щения любых общественных мест – кино, кафе, магазинов. Сужается социальный круг, ограничивается общение, человек становится замкнутым и нелюдимым.

Часто агорафобия является спутником таких психических состояний как паническое расстройство, социофобия, тревожное нарушение личности, депрессия. Фоном всегда присутствует тревога ожидания, когда пациент боится возникновения новых приступов. Сам по себе приступ может длиться от нескольких минут до нескольких часов.

Вегетативный компонент данного состояния – самый мощный и выделяющийся. Вегетативный криз проявляется в виде чувства нехватки воздуха, усиленного сердцебиения и потоотделения, головокружения, тошноты, тремора, изменения цвета кожных покровов, обморока. В такие моменты возможно появление ощущения нереальности происходящего, изменения собственного тела, страха психического заболевания, потери контроля и смерти.

6. Как правильно звучит диагноз и какие методы диагностики позволяют его установить?

Диагноз панического расстройства выставляет только врач-психиатр после очной беседы с пациентом и его родственниками, ознакомлением с сопутствующей медицинской документацией.

Существуют специальные диагностические критерии агорафобии, позволяющие поставить этот диагноз. В первую очередь, это проявление тревоги со страхом и вегетативными проявлениями. Вся клиническая симптоматика должна иметь связь с пребыванием человека в толпе, общественном месте и сопровождаться избегающим поведением.

Согласно Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), выделяется несколько вариантов агорафобии: с паническим расстройством и без такового.

7. Лечение агорафобии – возможно ли?

Конечно, лечение агорафобии возможно: в лёгких случаях заболевания полное избавление от симптоматики происходит с помощью психотерапии.

7.1. Методы психотерапии

Отличный положительный эффект наблюдается при когнитивно-поведенческой психотерапии. Любое лечение психотерапевт подбирает индивидуально, учитывая длительность заболевания, клиническую симптоматику, осложнения, возраст и сопутствующую патологию. Это тонкий процесс, в ходе которого пациент вместе с врачом определяет триггерный механизм, запускающий каскад нежелательных реакций организма. Затем прорабатываются альтернативные варианты реагирования на ситуацию. После закрепления результата курс терапии можно повторять по мере необходимости.

Гипнотерапия, телесно-ориентированная психотерапия, медитативные релаксирующие техники также оказывают положительный эффект. С помощью арт-терапии возможно быстро без внутреннего сопротивления проработать страхи и фобии, найти в себе ресурсы для преодоления кризисного

состояния.

7.2. Медикаментозный подход

При выраженных нарушениях врач может назначить кратковременную медикаментозную терапию. Препараты группы транквилизаторов (Феназепам, Грандаксин) обладают противотревожным и седативным действиями. В большинстве случаев курс терапии ограничен двухнедельным сроком.

При выявлении в состоянии сопутствующей депрессивной симптоматики могут назначаться антидепрессанты. Они различны по механизму действия на организм, могут иметь седативное действие. На данный момент многие врачи отдают предпочтение группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Препараты этой группы действуют мягко, не вызывают сонливости, эффективно справляются с нежелательной симптоматикой. Хорошо зарекомендовали себя такие препараты, как Сертралин, Пароксетин, Флувоксамин, Эсциталопрам. Длительность терапии данной группы препаратов: 5–6 месяцев активной терапии, затем 3–6 месяцев поддерживающего лечения. Бояться такого длительного приёма не стоит, привыкания к антидепрессантам нет.

Важно! Любая коррекция терапии должна проводиться только под контролем вашего лечащего врача. Часто бывает,

что при первом улучшении пациенты сразу же бросают приём всех препаратов. Однако болезнь, как показывает практика, возвращается через некоторое время с новой силой и резистентностью к терапии.

8. Прогноз

Начало заболевания приходится на подростковый возраст. Это связано непосредственно с трудностями, возникшими во внешней среде – в общественном месте, толпе, в большом открытом пространстве.

Течение заболевания, как правило, хроническое. Возможны длительные эпизоды стабилизации состояния, компенсации.

В большинстве случаев возможно развитие депрессии, присоединение других фобий, что утяжеляет прогноз. Часть людей с агорафобией могут вести прежний образ жизни, качество которой при этом существенно не нарушается. Однако в тяжёлых случаях человек может потерять друзей, работу, перестать выходить из дома. Весь образ жизни подчиняется болезни. Тщательно выстраиваются траектории движения от одного объекта к другому, планируется время каждого выхода из дома.

Мнение специалиста: как правило, во второй половине жизни симптоматика появляется реже или может редуцироваться совсем, никаким образом не проявляясь, при этом социальная активность сохраняется (в отличие от социофобии).

9. Профилактика агорафобии, рекомендации психиатра

- Режим отдыха и расслабления. Правильно распределяйте свою нагрузку, чередуйте умственный труд с физическим, меняйте деятельность. Спорт, танцы, любые другие виды активности снимают зажимы и мышечное напряжение, активизируют метаболизм.
- Нормализуйте сон. Во сне человек отдыхает и набирается сил, головной мозг приводит всю информацию в порядок. Вырабатываются мелатонин и серотонин. Эти вещества важны для психического здоровья.
- Больше бывайте на свежем воздухе, гуляйте, плавайте в бассейне.
- Общайтесь с другими людьми, делитесь своими переживаниями с близкими.
- Обзаведитесь хобби и увлечениями. Они разнообразят вашу жизнь и отвлекут от негативных мыслей и пессимистичного настроения.
- Регулярно следите за своим здоровьем, проходите плановые медицинские осмотры и необходимые обследования.
- Избегайте употребления алкоголя. Алкоголь – верный спутник повышенной тревоги.
- Освойте расслабляющие методики. Йога, правильное дыхание, цигун и медитация помогут обрести внутреннее

спокойствие и гармонию.

- **Делайте то, что любите. Живите полной жизнью! Рисуйте, пойте, танцуйте. Это отлично снимает стресс и эмоциональное напряжение.**

10. Советы для тех, кто хочет избежать повторных приступов

- Обратитесь за квалифицированной медицинской помощью к врачу-психиатру. Не пренебрегайте своим здоровьем! Вовремя оказанное внимание проблеме поможет предотвратить осложнений заболевания.
- Принимайте необходимые лекарства, выписанные врачом. Если врач-психиатр назначил вам терапию транквилизаторами или антидепрессантами, не корректируйте дозировки препаратов самостоятельно и не прекращайте приём лекарств при первом же улучшении. Психотропные препараты обладают накопительным эффектом. То есть, чем дольше вы принимаете лекарство, тем дольше сохранится устойчивое состояние ремиссии заболевания.
- Имейте при себе транквилизатор в случае приступа в общественном месте.
- Обучитесь методикам расслабления и оказания помощи самому себе. Дыхательные техники являются самыми эффективными. При надвигающемся приступе важно дышать медленно, глубоко и размеренно. Это предотвратит разворачивание вегетативного криза и гипоксии головного мозга.
- При появлении тревоги перед надвигающимся приступом, найдите уединённое место, глубоко дышите, закройте глаза и думайте о чём-либо отвлечённом.

- При невозможности успокоиться самостоятельно, подойдите к любому человеку и коротко объясните своё состояние. Вам обязательно помогут!

11. Заключение

Агорафобия представляет собой серьёзную проблему в современном обществе. Стрессовое воздействие внешней среды, микросоциум и психические травмы могут служить причинами появления этого заболевания.

Боязнь открытого пространства – это определяющий момент в клинической картине данного расстройства. Приступы необъяснимого страха и паники, вегетативные кризы вплоть до обмороков – признаки характерные для этого тревожного расстройства.

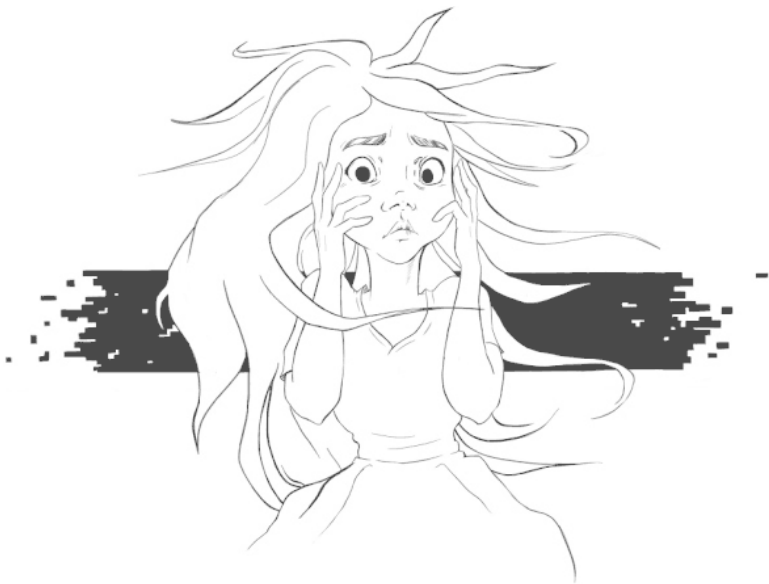
Поставить диагноз этого психического нарушения может только квалифицированный врач-психиатр. Лечение заболевания во всех случаях индивидуально. При лёгкой симптоматике возможно купирование приступов паники после нескольких сеансов психотерапии. Положительный эффект более выражен при когнитивно-поведенческой терапии, гипнозе, телесно-ориентированной терапии. Релаксирующие и медитативные техники при длительном их применении способны быстро и надолго привести ум и тело в состояние гармонии.

В длительно протекающих или часто возникающих случаях агорафобии необходимо назначение медикаментозных средств. Обычно в терапии используются транквилизаторы в малых дозах и антидепрессанты. Противотревожные препа-

раты принимаются при выраженной тревоге и вегетативных проявлениях. Антидепрессанты назначаются при наличии в клинической картине депрессивной симптоматики.

Важно! Чтобы сохранить активность, оставаться трудоспособным и продолжать общение с другими людьми нужно как можно раньше обращаться за медицинской помощью при возникновении каких-либо неприятных ощущений в теле, тревоги, страхов. Ранняя диагностика и своевременное лечение как соматических, так и психических заболеваний, позволит быстро и легко избавиться от этих симптомов.

Вся правда о панических атаках



Неожиданно возникающие страх и тревога могут действительно застать врасплох в самый неподходящий момент – в метро, автобусе, любом многолюдном общественном месте. Паническое расстройство относится к невротическим нарушениям. Основные его признаки – вегетативный криз и выраженная тревога. Приступ панической атаки невозможно предугадать, но возможно вовремя распознать данное нару-

шение и эффективно начать его лечение.

1. Панические атаки в современном обществе

Панические атаки известны более ста лет. Правда, причисляли их к различным категориям неврологических и психических расстройств. К примеру, симптоматику панического расстройства причисляли к нарушенной возбудимости сердца при нейродисциркуляторной дистонии (НЦД или ВСД), синдрому Да Косты. Действительно, клинические проявления вегетативного криза при паническом расстройстве схожи с сердечно-сосудистыми нарушениями.

Затем была установлена прямая связь между психотравмирующими обстоятельствами и возникновением тревоги и приступов панической атаки. Так, к 1940 г. паническое расстройство рассматривалось в качестве тревожного нарушения.

В данный момент паническое расстройство причислено к невротическим нарушениям. Проявления сочетают в себе соматическую симптоматику с приступами тревоги и страха.

Уровень заболеваемости паническим расстройством – около 15–20 случаев на 1000 человек взрослого населения. Женщины более подвержены невротическим расстройствам, заболеваемость лиц мужского пола в 2 раза ниже, чем женского.

1.1. Что такое паническая атака

Паническая атака представляет собой достаточно обширный комплекс симптомов. В клиническую картину панической атаки включены вегетативные расстройства, так называемый вегетативный криз – ощущение сердцебиения, нехватки воздуха, головокружение, давящая боль в груди, потливость, онемение конечностей, дрожь. Криз возникает внезапно, неожиданно для самого человека, симптомы нарастают в течение нескольких минут.

Вместе с вегетативными нарушениями наблюдается выраженная тревога, страх (смерти, потери сознания, безумия, потери контроля над собой и своим телом).

Длительность приступа панической атаки может быть разной, но обычно составляет не более 30 минут. Приступы, как правило, возникают в дневное время. Однако у некоторых больных панические атаки случаются также и ночью (отдельно ночные проявления крайне редки).

Панические атаки могут проявляться как единичные пароксизмы за определённый промежуток времени. У ряда пациентов панические атаки могут наблюдаться несколько раз в день.

Различают развёрнутые варианты приступов и малые эквиваленты. Обычно при частых панических атаках на одну развёрнутую приходится до 4 малых атак. Единожды возник-

шая паническая атака не может считаться заболеванием из-за несоответствия временным критериям.

Мнение специалиста: если рассматривать паническое расстройство в рамках всей медицины, то течение, прогноз и исход заболевания не так страшны, как может показаться на первый взгляд. Положительный факт о болезни – она обратима. В теле отсутствуют видимые нарушения, приступы не носят постоянный характер. Человек длительно может работать, сохранять свою социальную активность. Однако для самого пациента нет ничего страшнее приступов панической атаки и тревоги ожидания новых проявлений. Вегетативные кризы всегда морально тяжело переносятся. Мощный страх смерти вырывается из глубин подсознания, что ещё больше сказывается на состоянии.

Вспомним фильм с Анджелиной Джоли «Особо опасен». От панических атак страдает главный герой этого фильма. Как можно увидеть, часто невротическими расстройствами болеют люди, подверженные хроническому напряжению. К таким стрессовым факторам, например, относится работа в офисе. Когда человек длительно сдерживает внутри себя негативные эмоции – гнев, раздражительность и злость накапливаются. У главного героя начинаются панические атаки. В фильме ярко показана такая клиническая симптоматика панического расстройства, как учащённое сердцебиение, головокружение, искажение восприятия. И это далеко не полная картина, которая может встречаться у больных с

этим нарушением.

2. Механизм возникновения панической атаки

Механизм появления панического расстройства стандартен и прост, ведь он заложен природой ещё с давних времён. Когда люди жили в племенах, им было необходимо охотиться на крупных и опасных животных, защищаться от других агрессивных собратьев. Вся жизнь представляла собой череду препятствий и опасностей. Каждый шаг мог грозить неминуемой гибелью. В процессе эволюции человечества выжили сильнейшие индивидуумы, которые обладали навыками приспособления к трудностям окружающего мира. Самый сильный безусловный рефлекс – инстинкт самосохранения.

При тревоге активизируются все системы организма, подаются сигналы – «беги, двигайся, соберись». Происходит мощный выброс гормонов, в частности, кортизола, адреналина и норадреналина. Эти гормоны симпатoadреналовой системы увеличивают частоту сердечных сокращений, вызывают кратковременное сужение сосудов, так как воздействуют на всю гладкую мускулатуру в организме. Замедляется перистальтика, сжимаются все сфинктеры. При этом мышцы тела (сгибатели и разгибатели) приходят в тонус, увеличивается их кровоснабжение. Организм готов к активным действиям (нападению или бегству), максимально мобилизован. Эмоционально человек собран, сосредоточен. Внеш-

не это может проявляться раздражением, агрессией и яростью. Все эти механизмы обеспечивают адаптацию человека к постоянно меняющимся условиям окружающей среды. Возможно, наш вид выжил именно благодаря таким защитным реакциям.

В современном мире не так много ситуаций, угрожающих жизни или здоровью человека, требующих такой собранности. При закреплении негативного стимула под действием патологических причин в системе реагирования может произойти сбой. Он в определённой мере является патофизиологическим порочным кругом. Разорвать связь между тревогой и вегетативными симптомами порой не так просто. Организм не умеет, не научился реагировать по-другому.

Так, панические атаки повторяются неоднократно, снова и снова принося дискомфорт и нарушая повседневный уклад жизни. Новые выбросы гормонов в кровь продолжают поддерживать высокий уровень стресса в организме. Само ожидание возможных приступов мешает человеку расслабиться и постоянно держит в напряжении как психическом, так и физическом.

3. Этапы развития панической атаки

В первую очередь, после сильной психотравмирующей ситуации возникает тревога. Тревога является дискомфортым и тягостным переживанием неопределённости и внутреннего напряжения. Это неприятное состояние сопутствует многим психическим и соматическим расстройствам.

В обычной жизни человека, конечно, тревога также присутствует. Она, как и инстинкт самосохранения, является побуждающим фактором к действиям. Человек с самого рождения может обладать повышенной тревожностью, в таком случае к подростковому возрасту формируется невротический склад личности.

Но если тревожное состояние наблюдается значительное время – это повод обратить внимание на себя, прислушаться к своим потребностям. Тревога из нормального физиологического реагирования, не нарушающего обычную деятельность, может перейти в патологическую форму. Такая тревога уже не связана с действительной угрозой и не соотносится с происходящей вокруг ситуацией. Для патологической тревоги также характерны чувство беспомощности и никчёмности, ожидания возникновения возможных страшных событий, которые могут случиться, физическое ослабление и опустошение, озабоченность, сомнения. Патологическая тревога может присутствовать в состоянии постоянно, фоном, ли-

бо появляться приступообразно (перед или после стрессовой ситуации).

После запуска патологического реагирования возникает вегетативный криз. Бурная реакция вегетативной нервной системы вызывает чувство невозможности справиться со сложившейся ситуацией, тем самым увеличивает тревожный компонент.

4. Причины возникновения

Этиологический фактор возникновения панических атак, как и любого другого невротического нарушения, многогранен и неоднороден. Точной и единой теории заболевания нет, и быть не может. Причины неврозов складываются из разных кусочков, как мозаика, где имеет значение буквально всё: генетика, биохимия, физиология организма, влияние семьи, воспитание в детстве, юношестве, стрессы во взрослой жизни.

Если суммировать все догадки, теории, предположения и гипотезы, можно выделить несколько блоков причин.

- Биохимические причины: существует термин эндогенной тревоги, который означает наличие некой связи возникновения тревожных проявлений с нейрохимическими нарушениями. Есть определённые химические агенты, которые могут вызывать или усиливать тревогу. Имеются и лекарственные препараты (транквилизаторы, например), которые способны её снижать. Если рассматривать биохимическую составляющую данного феномена, речь идёт о нарушении функции адренорецепторов в норадренергических синапсах нейронов головного мозга, что приводит к появлению приступа панической атаки.

- Генетическая предрасположенность к возникновению панического расстройства: исследовательская база генетиче-

ского фактора, на данный момент не доказательна ввиду отсутствия необходимого количества наблюдений.

- Гипервентиляционная теория: существует ряд наблюдений о том, что у некоторых людей при намеренном учащении дыхания возникает симптоматика сходная с клиникой панического приступа. Как следствие, был сделан вывод, что истинные приступы панических атак вызваны гипервентиляцией, но уже произвольной, не контролируемой самим человеком. В условиях недостатка поступления кислорода к головному мозгу включается механизм самосохранения и организм получает сигналы о необходимости действий, движения. Однако общей и основной эту причину панических атак назвать нельзя.

- Когнитивная гипотеза: при паническом расстройстве симптоматика нарастает постепенно, частота приступов увеличивается, со временем к клинической картине добавляются другие симптомы, например, страх заболеть тяжёлым соматическим или психическим расстройством. Патофизиологический порочный круг набирает силу. Тревога, как мы помним, провоцирует вегетативные проявления, которые, в свою очередь, усиливают тревогу. Эти данные позволяют предполагать, что когнитивно-поведенческая психотерапия должна обеспечивать положительный терапевтический эффект при лечении панического расстройства.

4.1. Основные провоцирующие факторы

Стоит отметить, что самому первому приступу панической атаки предшествует определённая психотравмирующая стрессовая ситуация. В основе острой невротической реакции лежат эмоционально-аффективные нарушения, тревога и страх. Во многих случаях приступы панической атаки сопровождаются агорафобией, социофобией или специфическими фобиями места или ситуации: воды, лифта, метро и т. д.

По мере прогрессирования заболевания связь с психотравмирующими обстоятельствами установить практически невозможно. Чаще неприятные воспоминания связаны с неблагоприятной обстановкой в семье: алкоголизмом родителей, жестокостью в воспитании, отсутствием взаимопонимания и безразличием близких. Тяжёлые потрясения в жизни (такие как смерть или болезнь близких, потеря жилья, работы, террор) могут провоцировать развитие болезни, являться стартовым моментом для возникновения невротических расстройств.

5. Клинические проявления панической атаки

Для панической атаки характерны выраженные вегетативные симптомы: чувство нехватки воздуха, одышка, удушье, неприятные болевые ощущения в грудной клетке, сердцебиение, потливость, головокружение, тошнота, дрожь в теле, онемение конечностей, чувство жара, страх смерти. Возможны также обмороки, неприятные ощущения в животе, кратковременный деперсонализационно-дереализационный синдром (когда человек не понимает кто он и где находится), страх сойти с ума или совершить какой-либо поступок.

Клиническая картина панического расстройства достаточно неспецифична. В одном приступе панической атаки должны выявляться не менее 4 из представленных выше симптомов.

Необходимо учитывать и временные рамки развития симптомов: тревога возникает быстро, неожиданно, вне зависимости от стрессового раздражителя. Когда в течение месяца приступов панической атаки 4 и более, речь, конечно, уже идёт о паническом расстройстве.

Приступ панической атаки в среднем длится от нескольких минут до получаса. Рассмотрим некоторые из вегетативных симптомов подробнее.

- Сердцебиение и учащение частоты сердечных сокраще-

ний: в такие моменты кажется, что сердце выпрыгнет из груди! Волны страха и мыслей о возможной смерти подгоняют сердце с новой силой. Это гормонально обусловленный условный рефлекс, выработанный в ходе эволюции организма. Многие люди часто при этом симптоме вызывают скорую помощь.

- **Чувство жара и головокружение:** эти симптомы возникают из-за гипервентиляции и перенасыщения крови кислородом при частом форсированном дыхании. Головной мозг имеет хорошее кровоснабжение и множество коллатеральных сосудов. Так, мозг потребляет самое большое количество кислорода из крови.

- **Ощущение удушья, одышка:** любая ситуация гипоксии (недостатка кислорода) воспринимается как угроза жизни организма, включаются режимы централизации кровообращения.

Возможны не только спонтанные приступы панической атаки, но и ситуационно спровоцированные, к примеру, при поездках в общественном транспорте, лифте, в машине.

Первый панический приступ оставляет в памяти больного яркое негативное впечатление, формирует страх и тягостное ожидание новых пароксизмов. С течением времени пациенты стараются сознательно избегать этих стрессовых обстоятельств и мест, ходить пешком, спускаться только по лестнице, выбирать безопасный маршрут передвижения и т. д. Такое ограничительное поведение может существенно нару-

шать привычный образ жизни человека, приводить к проблемам на работе и в семье, утрате социальных контактов и снижению адаптации.

Паническое расстройство не ограничено единственным приступом за всю жизнь. Начало заболевания приходится чаще на подростковый возраст, когда нервная и эндокринная системы не до конца сформированы. В пожилом возрасте (после 65 лет) панические атаки практически не встречаются. Здесь стоит учитывать высокую вероятность соматического нарушения, приводящего к схожим симптомам.

6. Диагностика

Для того, чтобы установить диагноз панического расстройства, необходимо очно обратиться к врачу-психиатру. Только после беседы, тщательного сбора анамнеза, ознакомления с сопутствующей медицинской документацией (это важно для исключения различного плана патологии систем органов, которая может иметь такие же вегетативные проявления) специалист может окончательно поставить данный диагноз.

Острая вегетативная дисфункция при панической атаке не специфична. В первую очередь, должны исключаться нарушения вследствие органического расстройства или действия токсических агентов. При отсутствии в клинике страха паническое расстройство характеризуется как «паника без паники».

Важно! Не допустить бездействия и вовремя оказать специализированную скорую помощь лицам с острой симптоматикой при инсульте, инфаркте миокарда и других неотложных состояниях, при которых также возможна клиническая картина, сходная с приступом панической атаки. Особое внимание следует уделять людям зрелого и пожилого возраста (частота возникновения панических атак с возрастом снижается).

Панические расстройства выделяются среди погранич-

ных психических расстройств. Агорафобия, генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, обсессивно-компульсивное и другие тревожно-фобические нарушения сходны, на первый взгляд, с паническим нарушением. Для всех этих заболеваний характерно наличие тревоги в различной степени выраженности.

Важна динамика тревожных расстройств, сохранность привычного уклада жизни пациентов. При выраженной тревоге человек дезадаптирован, иногда не может выйти из дома из-за страхов. Депрессия с соматическими симптомами может сопровождаться также вегетативными кризами с выраженной тревогой.

Панические атаки могут являться признаками соматических заболеваний, таких как феохромоцитома, многих эндокринных и сердечно-сосудистых нарушений (менопауза, инфаркт миокарда, сахарный диабет и т. д.). При таких нарушениях всегда имеется морфологически нарушенный компонент, из-за которого и происходит появление схожей клинической картины. Для точной диагностики необходимо проводить биохимические анализы крови, УЗИ, ЭКГ, МРТ, КТ, исследовать гормональный фон.

Приём лекарственных препаратов или передозировка медикаментами может также провоцировать появление приступов панической атаки. В побочных эффектах многих лекарств описана возможность появления панических атак, особенно это касается психотропных препаратов (транкви-

лизаторов, антидепрессантов, нейролептиков, ноотропных препаратов). В клинической практике для скрининга выраженности симптоматики панического расстройства используется специализированная шкала тревожности.

В лёгких случаях эмоциональных расстройств при паническом нарушении пациенты, как правило, обращаются в первичное медицинское звено – к терапевту или неврологу. Когда случается развёрнутый приступ панической атаки, человек всерьёз начинает думать о возможном тяжёлом соматическом заболевании, вызывает скорую помощь. Затем такой пациент неоднократно посещает своего лечащего врача, сдаёт многочисленные анализы, консультируется с узкопрофильными специалистами (кардиологом, гастроэнтерологом, пульмонологом, эндокринологом). Формируется неверное представление пациента о своей болезни. При отсутствии морфологической и функциональной патологии такие больные в итоге направляются к психиатру.

7. Подходы к лечению панических атак

Подход к лечению панического расстройства, как и любого невротического нарушения, комплексный. Пациенту вместе с лечащим врачом необходимо определить схему терапии и твёрдо ей следовать. Лечение должно быть направлено на психологическую составляющую (борьба со страхом и тревогой) и на многочисленные вегетативные проявления (сердцебиение, одышка, головокружение, онемение конечностей и т. д.). Далее следует этап закрепления результата, предотвращения повторных эпизодов панической атаки.

- В первую очередь, в жизнь пациента необходимо включать поддерживающие мероприятия: нормализовать режим сна и бодрствования, работы и отдыха, обеспечить регулярное питание и поступление в организм нужных витаминов и микроэлементов. Не стоит забывать о повседневной активности и движении.

- Основным методом терапии неврозов является психотерапия. Используя различные методики психотерапии, пациент может осознать причину своего заболевания, самостоятельно справляться с возникающими приступами панических атак. Во всём проводимом лечении используется главный принцип – индивидуальный подход к каждому человеку.

В психиатрии не существует чётких и конкретных схем,

методик или лекарственных препаратов, которые необходимо применять в том или ином случае. Всё лечение панических атак начинается с выбора своего лечащего врача, который бы вас понимал, поддерживал, наставлял на путь выздоровления. Это и есть тот самый комплаенс – создание доверительной атмосферы между врачом и пациентом.

- Вера пациента в себя, в свои силы, в своё излечение. Нельзя оказать помощь человеку, если он того не желает. Есть несколько причин такого бездействия: лень, когда и в таком состоянии можно жить, менять ничего не хочется. Ведь надо что-то делать, куда-то ходить, тратить своё время и деньги (на себя же). Остаётся только плыть по течению и роптать на неудачно сложившуюся судьбу.

- Далее – вторичная выгода: когда человеку бессознательно очень нужна ситуация болезни, речь идёт именно о скрытой выгоде. Имитировать сердечный приступ, чтобы показать свою значимость в семье, много есть и поправляться, чтобы защитить себя от внешнего недоброжелательного мира, вновь и вновь становиться заложником панической атаки, чтобы привлечь к себе внимание и т. д. Сам человек может не знать, с чем конкретно связана его болезнь, но подсознание хранит в себе все секреты и страхи, начиная с раннего детского возраста. Высвободить эту информацию из подсознания, разрешить внутренний конфликт способна психотерапия в руках умелого специалиста.

- Сила воли. Лечение психических расстройств – не быст-

рый процесс. К сожалению, нет волшебной таблетки от всех недугов. И, в отличие от соматических заболеваний, где медикаменты могут за несколько минут вернуть состояние в норму, психические заболевания требуют более глубокого решения. Следует отметить, что о необходимости лечения пациент обычно начинает задумываться, когда заболевание приобретает длительное хроническое течение. Так, пациент и врач встречаются через 7–10 лет после начала болезни. Распутать клубок всех симптомов, накопившихся за такой промежуток времени, совсем не просто. Требуется выдержка и сила воли больного, его искреннее желание измениться, справиться со своими страхами и заболеванием.

- Медикаментозная терапия применяется только по назначению врача. Выбор лекарственных средств учитывает возраст пациента, длительность течения заболевания, сопутствующую соматическую патологию. Оценивается риск и польза от приёма препарата в каждом конкретном случае. Дозировки препаратов наращиваются и корректируются постепенно, врач наблюдает за состоянием пациента, чтобы вовремя распознать и предупредить развитие побочных эффектов. В лечении невротических нарушений применяются такие группы препаратов как антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, нормотимики, ноотропы. При тяжёлой симптоматике панического расстройства, частых приступах панических атак рекомендовано лечение в стационарных условиях, специализированных отделениях неврозов.

7.1. Купирование приступа

Первоначально справиться с приступом панической атаки помогут транквилизаторы, например Феназепам. Анксиолитики способны быстро снизить уровень тревоги (таблетка растворяется в полости рта). Обычно пациенты с паническими атаками имеют с собой в сумке такой неотложный препарат, ведь неизвестно, в каких обстоятельствах может возникнуть очередной приступ.

Среди немедикаментозных способов купирования приступа можно отметить техники дыхания. Правильное дыхание в условиях гипоксии головного мозга и нарастания страха поможет ослабить тревожность, нормализовать поступление в организм кислорода, прервать порочный круг тревоги и вегетативной симптоматики.

7.2. Психотерапия

В психотерапевтической работе важно сформировать у пациента понимание своего заболевания и правильное отношение к возникающей симптоматике. Приступ панической атаки в среднем имеет продолжительность всего несколько минут, но тревога и страх ожидания нового приступа могут увеличить этот промежуток до получаса. Больные боятся, что ощущение сердцебиения указывает на сердечный при-

ступ или инфаркт миокарда, а головокружение – на скорую потерю сознания.

Обычно в момент панической атаки в голову приходят мысли о скорой смерти, о том, что никто не сможет помочь, о потере самообладания в общественном месте. Пациент должен понять, что такое паническая атака, выяснить её природу и, в конечном итоге, научиться справляться с ней самостоятельно.

В психотерапевтической практике широко используется когнитивно-поведенческая психотерапия для снижения уровня страха и тревоги, разработки новых моделей реагирования на стрессовые факторы.

Гипнотерапия позволяет установить причину возникновения панических атак, выяснить, какие страхи есть у пациента, какие бессознательные причины движут прогрессированием заболевания. Далее возможна проработка этой негативной ситуации с терапевтом.

Семейная психотерапия применяется при наличии конфликтных ситуаций в семье. Острые конфликты неблагоприятно сказываются на психическом состоянии человека. В семье каждый хочет чувствовать поддержку, защищённость, заботу. Но порой очень сложно вовремя подобрать важные слова или промолчать, чтобы не разжигать новые разногласия.

Телесно-ориентированная психотерапия подходит для снятия мышечных блоков и зажимов, высвобождает вместе

со страхами и тревогой ту не вышедшую и не реализованную энергию. Также методики, работающие с телом, помогают расслабиться и гармонизировать отношения между разумом и телом, позволяют лучше понимать потребности организма, учат справляться с беспокоящей вегетативной составляющей.

Групповая терапия приносит положительный эффект на поддерживающем этапе. Пациенты со схожими симптомами в группе делятся своими переживаниями, вместе находят выходы из трудных жизненных ситуаций. В такой атмосфере человек понимает, что он не один со своей болезнью, есть люди, которые страдают от такого же расстройства. Формируются группы само- и взаимопомощи. Психологически люди ощущают себя в таких условиях легче, ведь они знают – есть место, где их всегда выслушают и примут такими, какие они есть.

Психотерапия может проводиться от 2 месяцев до нескольких лет в зависимости от состояния пациента и запущенности заболевания. Темп терапии определяется не только используемыми методиками. Важными моментами являются готовность человека к терапии, его мотивация, скорость мыслительных процессов и жизненный опыт.

7.3. Основные группы препаратов

- Транквилизаторы. Чаще всего применяются бензодиазе-

пины (Феназепам, Диазепам, Оксазепам), Грандаксин для купирования приступа панической атаки. Постоянно принимать их не рекомендуется из-за побочных эффектов и быстрого привыкания. Из нежелательных действий можно отметить головокружение, неустойчивость походки, снижение памяти, сонливость, возможно усиление симптомов панической атаки. Транквилизаторы принимаются короткими курсами длительностью до 2 недель. Анксиолитики быстро и эффективно снижают уровень тревоги, улучшают ночной сон.

- Антидепрессанты. Данную группу медикаментов используют при наличии выраженной тревоги и депрессивной симптоматики в клинической картине. Среди антидепрессивных средств в практике часто применяют селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, например, Сертралин, Пароксетин, Эсциталопрам. Среди трициклических антидепрессантов обращает на себя внимание Имипрамин. Он эффективно справляется с приступами паники, снижает тревожность. Назначают данный препарат, начиная с небольших доз (10 мг в сутки), постепенно увеличивая до максимальной суточной дозировки (175 мг) при необходимости. Рекомендуемая продолжительность приёма антидепрессантов для купирования симптомов составляет 3–6 месяцев, затем ещё 6 месяцев для поддержания положительного эффекта.

- Нейролептики. Для лечения невротических расстройств

антипсихотики применяют в небольших дозировках. Для тяжёлых резистентных к терапии случаев эффективны атипичные нейролептики Рисперидон, Оланзапин, Тералиджен, Кветиапин.

- Нормотимики. Препараты данной группы (Седалит, Карбамазепин) используются при наличии в клинической картине аффективных колебаний с перепадами настроения (от депрессивного до приподнятого, чрезмерной раздражительности и агрессии).

- Ноотропные препараты. Применяются сбалансированные ноотропы, либо препараты с седативным компонентом. Эта группа фармакопрепаратов способна устранять гипоксию головного мозга, активизировать обменные процессы организма, положительно влияет на сердечно-сосудистую и нервную системы, сохраняет умственную и физическую активность человека. Ноотропные средства применяют несколько раз в год курсами. Эффективны при терапии невротических расстройств Пантокальцин, Мексидол, Пантогам, Актовегин, Пирацетам.

Итак, лекарственные средства способны снять тревогу, купировать острый приступ страха, снизить возбудимость вегетативной и центральной нервной системы, улучшить сон, нормализовать эмоциональный фон, поддержать высокую умственную и физическую работоспособность.

7.4. Фитотерапия

Мнение специалиста: фитотерапия не является основным методом лечения невротических нарушений и панического расстройства, в частности. Терапия травами, настоями и эликсирами досталась нам от самой природы. Она может применяться только в ремиссии и ни в коем случае не должна заменять полноценное лечение медикаментами.

Фитотерапия в России всегда широко использовалась и остаётся актуальной в наше время. На помощь в лечении неврозов приходят так называемые адаптогены – родиола розовая, лимонник, аралия, женьшень, элеутерококк, левзея. Всегда стоит иметь в виду, что эти же адаптогены могут чрезмерно возбуждать ЦНС, вызывать нарушения сна (приём адаптогенов – в утреннее время до обеда), подъёмы АД, приводить к усилению уровня тревожности.

Терапию начинают с низкой дозировки – 2–3 капли после еды. Особое внимание следует обращать на возможность возникновения аллергических реакций, т. к. препараты натуральные.

Успокаивающий, снотворный, противотревожный эффекты можно получить, принимая такие растения, как вереск, душица, кипрей, пустырник, мелисса, цветки липы, шишки хмеля. Незначительный седативный компонент содержат ромашка, донник, мята, череда, боярышник и др.

Необходимо отметить, что у людей с гипотонией эти травы могут ещё сильнее снижать АД, усиливать слабость, вызывать головокружение и обморочные состояния.

Чтобы приготовить травяной настой для лечения неврологических нарушений измельчают и смешивают несколько растений, на 1 чайную ложку приходится стакан горячей воды. Принимать такой настой следует дробно в 3–4 приёма, при необходимости через неделю увеличивают дозировку до десертной ложки (10 мг) на 1,5 стакана воды. Чтобы добиться снотворного действия половину суточного количества выпивают на ночь.

Пустырник обладает успокаивающим и антиаритмическим действиями, снижает артериальное давление. Душица стимулирует пищеварение, усиливает иммунитет, облегчает кашель. Лабазник способен улучшать заживление язв желудка, снимает воспаление слизистой оболочки и спазм бронхов. Мята обладает гепатопротекторным действием, расслабляет гладкую мускулатуру желчевыводящих путей и кишечника.

Вместе с фитотерапией в межсезонье (2 раза в год) можно активно проводить витаминотерапию. Для этих целей желательно выбирать сбалансированные комплексные препараты (Компливит, Алфавит), где содержится полный спектр необходимых витаминов и микроэлементов. Приём витаминов осуществляется курсом в течение 3–4 недель.

7.5. Рекомендации по самопомощи при панической атаке

- Успокойтесь. Вы не сходите с ума и у вас нет серьёзного заболевания. Задайте себе вопрос: действительно ли моей жизни что-либо угрожает на данный момент? Оцените окружающую обстановку, может ли кто-то вас сейчас отвлечь, поддержать или оказать помощь.
- Умойтесь холодной водой. Сконцентрируйтесь на ощущениях в области лица и рук, обратите внимание на шум воды.
- Откройте окно или выйдите на улицу. Можете ли вы почувствовать ветер на улице? Какая на улице температура?
- Сядьте удобно, расположитесь комфортно, закройте глаза и представьте что-то хорошее: приятных вам людей, ваше безопасное жилище, отдых или прогулку в лесу.
- Выполняйте дыхательные упражнения в течение 10–15 минут. Сконцентрируйтесь на потоках воздуха, на глубине вашего дыхания, частоте вдоха и выдоха. Почувствуйте, что с поступлением кислорода по организму разливается тепло и напряжённые мышцы расслабляются.
- Помассируйте ушные раковины, там находятся биологически активные точки. В акупунктуре широко применяется данный метод для снятия стресса и напряжения.
- При отсутствии эффекта от выполнения предыдущих

шагов – примите таблетку противотревожного препарата.

7.5.1. Техники правильного дыхания

В состоянии панической атаки важно прервать замкнутый круг, избежать гипоксии головного мозга. В этом может помочь техника правильного дыхания. При ощущении, что возможна паническая атака, необходимо выполнять эти простые, но эффективные дыхательные упражнения.

- Сядьте в удобную для вас позу, закройте глаза, попытайтесь представить что-то приятное для вас и отвлечься.

- Техника бумажного пакета. Максимальный и полный вдох происходит через нос в ладони или бумажный пакет. Выдох также полноценный. Такая методика способствует правильному соотношению во вдыхаемом воздухе кислорода и углекислого газа.

- Вдох носом, выдох ртом. Носом делаем короткие и неглубокие вдохи. Выдохи должны быть полноценными, длительными, через рот.

- 3:1. Ритмично производятся 3 коротких вдоха, затем такой же быстрый, но полноценный выдох. Данная методика эффективно снимает напряжение со всего тела при чувстве удушья или одышке.

- Счёт до 10. Медленный вдох полной грудью сопровождается мысленным счётом до 10. То же самое проделываем и с выдохом.

- **Диафрагмальное дыхание.** Положите руку на живот, ощутите тепло от ладони и расслабление мышц брюшной стенки. Вы можете чередовать грудное дыхание с брюшным, чтобы достичь спокойствия. Плавный вдох на 3–4 счёта, задержка дыхания и медленный выдох на 5–6 счётов. Повтор методик в течение 10–15 минут до ощущения спокойствия и нормализации дыхания.

Контроль над дыханием полезен не только в острой ситуации панической атаки, но и в долгосрочной перспективе для уменьшения продолжительности и частоты приступов.

7.5.2. Справляемся с панической атакой за рулем, в метро, лифте

Неправильная тактика поведения при панической атаке может усугублять симптоматику и приводить к возникновению новых более тяжёлых приступов. Сначала разберём те действия, которые совершать не следует:

- Сторониться мест и ситуаций, в которых, как вы полагаете, у вас может возникнуть паническая атака. Избегающее поведение даже после первого приступа создаёт психологический барьер, который преодолеть без посторонней помощи непросто. В головном мозге создаётся негативная связь между ужасными событиями прошлого и изменением состояния. Убегать от страха или встретиться с ним лицом к лицу – выбирать только вам.

- Усиленно прислушиваться к ощущениям в теле. Такое внимание к негативным сигналам вегетативной нервной системы может только усиливать неоправданную тревогу, подстёгивать страх и мысли о предстоящих новых атаках. Если мы обращаем свой внутренний взор на какую-либо часть тела, то мы можем ощутить тепло, онемение или пульсацию в этой области. То же самое происходит и с частым сердцебиением, одышкой, дрожью в теле, онемением конечностей и т. д. Помочь отвлечься могут дыхательные и расслабляющие методики.

- Жить прошлым. Когда человек ориентирован на прошедшие события, а не проживает время здесь и сейчас или не строит свою жизнь в контексте будущего, он мысленно застревает на всех неприятных событиях, которые присутствовали в жизни. Для корректировки этой ситуации в психотерапевтических практиках существуют методики работы с линией жизни, изменения отношения к себе и ситуациям в прошлом.

- Двигательное беспокойство. В ситуации панической атаки многие бесцельно мечутся, хаотично двигаются, увеличивая скорость сердечных сокращений и гипоксию головного мозга. Человек в таком состоянии может подбегать к посторонним людям, просить помощи, вызывать скорую помощь. Правильная тактика заключается в успокоении и расслаблении. Нужно сесть и принять удобную для себя позу, постараться расслабить мышцы.

- Неадекватное лечение панических атак. Использование одних только лекарств оправдано в острой ситуации приступа. Приём транквилизаторов способен остановить паническую атаку, но этот метод хорош лишь в качестве экстренной помощи, он не способен полностью и навсегда избавить человека от болезни. Лечение народными методами также не в силах справиться с таким многокомпонентным заболеванием как невроз. В рамках панического расстройства терапия необходима комплексная, включающая в себя психотерапию, медикаментозное лечение, сопутствующие методы (фитотерапия, дыхательные и медитативные тактики).

Паническая атака за рулём опасна возможностью автотрагедии, нанесением повреждений себе, пассажирам и другим участникам дорожного движения.

- Первым необходимым действием при приступе панической атаки является остановка транспортного средства во избежание непоправимых последствий.

- Откройте окно или выйдите из машины.
- Сделайте интенсивные физические упражнения, чтобы снизить тревогу и стресс.
- Переключите своё внимание на происходящее вокруг: рассматривайте поток машин, проходящих людей.
- Выпейте воды, умойте лицо.
- Выполняйте дыхательные упражнения, чтобы нормализовать приток крови к голове, справиться с гипоксией.
- Примите таблетку противотревожного средства.

Паническая атака в метро:

- Выйдите из движущегося вагона.
- Сядьте на скамейку и успокойтесь.
- Закройте глаза и сконцентрируйтесь на чём-то хорошем.
- Попросите помощи у посторонних. Объясните ситуацию

– вместе с другим человеком найти решение в трудной ситуации легче.

- Выпейте воды.

• Правильно дышите, чтобы достаточное количество воздуха поступало в организм.

• При невозможности купировать приступ немедикаментозными методами примите транквилизатор.

Паническая атака в лифте:

• Включите осветительный прибор, телефон при остановке кабины лифта.

• Позвоните в диспетчерскую или лифтёру, сообщите о проблеме и сроках оказания вам помощи. Созвонитесь с близкими людьми, расскажите о случившейся ситуации, поддерживайте связь с родными.

• Вы можете ощущать трудность дыхания в замкнутом пространстве уже спустя несколько минут после остановки лифта. В данной ситуации разумно расходуйте имеющийся кислород, помните о наличии вентиляции. Следите за плавностью и глубиной своего дыхания. Сядьте удобно на пол, чтобы избежать ощущения головокружения.

- Постарайтесь отвлечь себя в замкнутом помещении –

громко спойте песню, вспомните недавно просмотренную передачу, смешной случай.

- Помните, помощь придёт быстро, наберитесь терпения, не паникуйте.
- Примите транквилизатор при необходимости.

8. Прогноз

Панические атаки относятся к невротическим нарушениям, они имеют обратимый характер. После первого приступа через определённое время возможны повторы атак, а с течением времени – их учащение и утяжеление общего состояния. К неврозу при чрезмерном стрессе может присоединиться депрессия. Пациент может страдать от панических атак несколько месяцев, лет и даже десятилетий, прежде чем обратится за специализированной медицинской помощью и будет получать адекватное полноценное лечение.

Во многих катамнестических исследованиях было выявлено, что симптоматика панического расстройства стойкая и длительная. У 90 % пациентов панические атаки повторяются более 20 лет, несмотря на сохраняющуюся социальную и трудовую адаптацию. Стоит отметить определённую связь панического расстройства с возникновением сердечно-сосудистых заболеваний. Смертность от острых сердечных катастроф у данного контингента больных выше, чем у общей популяции.

Если говорить о результатах лечения, то стоит отметить, что в настоящее время паническое расстройство достаточно успешно корректируется как медикаментозными, так и немедикаментозными методами. Рекомендовано использовать все имеющиеся средства для снижения количества и

глубины панических атак. Чаще невротические нарушения лечатся на амбулаторном уровне, не прибегая к госпитализации в специальные отделения неврозов.

9. Профилактика панического расстройства

Если паническое расстройство уже диагностировано и продолжается несколько лет, основная задача – уменьшить количество и интенсивность приступов панической атаки вплоть до полного их купирования, научиться справляться со своим состоянием.

Как мы помним, гормоны и нейромедиаторы нашего тела, адреналин и норадреналин, делают нас сильнее. Все мышцы приходят в тонус, но дальнейших действий не происходит. В этот момент у человека нет жизненно важной необходимости в движении, ведь реальной опасности в окружающей действительности нет. В итоге, стресс накапливается в организме, энергия не находит должного выхода. Приступы панической атаки не способствуют расслаблению и малейшему облегчению, как при выполнении навязчивых действий при обсессивно-компульсивном расстройстве, к примеру.

Какими методами можно снять напряжение тела?

- **Бассейн:** вода хорошо расслабляет и успокаивает. При плавании работают все группы мышц, адреналин высвобождается из напряжённых конечностей. Положительный терапевтический эффект воды известен давно. Любые контакты с водой (поездка на море, поход в бассейн, купание в речке или озере, даже прослушивание аудиозаписей шума воды)

помогут вам достигнуть равновесия и снять накопившееся напряжение.

- **Баня:** русская, финская или турецкая – не важно, вы можете выбрать соответственно вашим предпочтениям. В основе терапевтического действия лежат разогревание и расслабление мышц тела под действием температурного фактора. Запускаются механизмы обновления всего организма, повышается настроение и иммунитет, ощущается прилив бодрости.

- **Массаж:** врачи советуют проходить курс общего лечебного массажа 2 раза в год (весна и осень). Опытный массажист видит зажимы и напряжение в теле – это и есть та самая неиспользованная энергия. Телесные блоки необходимо своевременно снимать, чтобы не происходило нарушение работы внутренних органов.

- **Спорт:** занятия в спортзале, спортивные секции (карате, бокс, тхэквондо и т. д.) способны снять агрессию и накопившийся груз негатива и напряжения. Работайте над своим телом и мыслями, закрепляйте положительный результат, ведь так полезно учиться чему-то новому!

- **Активность:** повседневные виды активности (такие как бег, катание на велосипеде, коньках, лыжах, йога, скандинавская ходьба) способны принести в вашу жизнь радость и разнообразие. Любые движения, выполненные правильно, полезны и отвлекают от негативных мыслей.

- **Расслабляющие методики:** релаксация, медитация, спе-

циальные комплексы упражнений и дыхания, направленных на расслабление, гармонизируют и приводят напряжённое тело и разум в баланс.

- Смена деятельности: рабочее время всегда должно меняться на отдых или активность дома, особенно если вы много сидите на работе. Движение необходимо для полноценного функционирования органов и систем. Старайтесь разнообразить свою жизнь – сегодня прогулка с друзьями, завтра – бассейн, послезавтра – танцы.

- Общение с другими людьми. Когда мы разговариваем с близкими, делимся своими переживаниями и ощущениями, опасениями и тревогами, мы ощущаем себя причастным ко всему обществу, убеждаемся, что являемся чем-то большим. Позитивное общение с приятными вам людьми может действительно снизить уровень стресса и тревоги.

Важно помнить! Единичные, разовые занятия не подойдут в данной ситуации. Здесь необходима комплексность, регулярность дозированных нагрузок и расслабления. При систематических занятиях результат не заставит себя ждать!

10. Заключение

Паническое расстройство – не редкость в нашем мире. Огромное количество людей страдают от невротических заболеваний, но порой они не знают, куда можно обратиться за помощью. Как все неврозы, панические атаки обратимы.

Причины этого недуга имеют больше психологические корни. Не каждый может справиться со стрессовой ситуацией, особенно если она была чрезмерно сильной или действовала долгое время. Запуск патологического реагирования и начало болезни приходится чаще на подростковый возраст. Вместе с гормональными перестройками не успевает адаптироваться к меняющимся условиям окружающей среды и нервная система.

Клиническая картина панического расстройства неспецифична, может встречаться при различных соматических и психических заболеваниях. Среди всех симптомов особое место занимают тревога и вегетативный криз. Степень выраженности тревожности также может варьироваться от лёгкой до тяжёлой степени. Вегетативные проявления (такие как сердцебиение, одышка, чувство удушья, онемение конечностей, потливость, дрожь в теле, головокружение) неприятны и тягостны для больных.

После первого приступа панической атаки быстро формируется порочный круг реагирования. Тревога усиливает ве-

гетативные нарушения и наоборот. В таком режиме постепенного усложнения имеющейся симптоматики и наступающей дезадаптации человек может находиться годами и десятилетиями.

Уже не в силах справиться самостоятельно, пациент, в конце концов, обращается к врачу. Сначала к врачу общего профиля, терапевту или неврологу, а уже затем – к психиатру. Обычно данные физикальных исследований не свидетельствуют о соматической патологии. Так, невротические нарушения могут быть выявлены с помощью скрининговой шкалы тревожности и тщательной беседе с врачом-психиатром. План лечения выстраивается для каждого больного индивидуально, на основании длительности заболевания, выраженности клинической симптоматики, частоте приступов, возраста.

Основным методом терапии неврозов считается психотерапия. Из методик, применяемых у пациентов с паническим расстройством, можно выделить когнитивно-поведенческую, семейную, групповую, телесно-ориентированную психотерапию, гипноз.

При сложной клинической симптоматике к терапии подключают медикаментозные средства. Лечение проходит под контролем врача, который учитывает наличие соматической патологии, оценивает все риски и побочные эффекты, пользу от самой терапии. Используются такие группы фармакопрепаратов, как транквилизаторы, антидепрессанты, нейро-

лептики, нормотимики, ноотропы. Также в лечении широко применяют фитотерапию седативными сборами, дыхательные и релаксационные техники.

Пациенту с паническим расстройством предстоит научиться правильному поведению при разворачивании атаки в людном месте. Неверная тактика действий может усиливать тревогу и страх, привести к угрозе здоровью и жизни. Следуя простым алгоритмам, возможно предотвратить приступ панической атаки.

Всегда помните, вы не одни! В любое время вам окажут специализированную медицинскую помощь. Не бойтесь обращаться к грамотным врачам, вовремя проходить необходимые обследования и следить за состоянием вашего здоровья. Здоровым и свободным от своих страхов быть легко!

**Кто такие психопаты и чем
они могут быть опасны?**



Современный мир настолько динамичный и непредсказуемый, что мы порой не замечаем то огромное количество людей, которое нас окружает. Каждый из нас, пребывая в толпе в общественном месте, наверняка задавался вопросом: кто все эти люди и что у них на уме? Несмотря на тот факт, что психопатия относится к разделу пограничной психопатии, т. е. не во всех случаях считается патологией, люди с данным расстройством могут быть опасны для окружающих.

1. Что такое психопатия?

Психопатии относятся к разряду патологии личности и характеризуются нарушением психики и поведения, возникшие у человека с самого рождения и сохраняющиеся всю последующую жизнь.

Ф. Пинель ещё в 19 веке описывал расстройства личности у людей, которые были подвержены труднообъяснимым приступам агрессии и насилия без бредового симптома, как «мания без бреда». В 1835 г. Д. К. Причард предложил понятие «нравственное безумие», исследователь описывал его как болезненное нарушение характера, привычек, взаимодействия с окружающими людьми при сохранных мыслительном и интеллектуальном компонентах. Термин психопатия предложил в 1900 г. Р. Кох.

Психопатия находится на незримой грани между болезнью и здоровьем. Нарушения могут проявляться более ярко в критические периоды жизни. Как правило, психопатия впервые обнаруживается у подростков. С гормональными изменениями и принятием себя у подрастающего организма в характере могут проявляться некоторые странности и особенности. Кризис подросткового возраста знаком всем родителям волнами протеста против себя, системы, семьи.

Состояние молодого человека в этот непростой период находится в диссонансе с внутренним миром. В более зрелом

возрасте расстройство личности может быть компенсировано теми или иными способами. Возникает адаптация к условиям жизни и работе, определённым образом подбирается окружение человека. В состоянии баланса личность с психопатией может находиться достаточно долго. Всё зависит от того, какие сильные потрясения и трудности встречаются на жизненном пути и какой степени дискомфорт ими вызывается. При психопатии поведение может меняться, вплоть до неадекватного обстоятельствам.

Важно помнить! Представления о психопатиях важны не только в медицине, но и в социальной среде. Психопаты, на фоне захлёстывающих эмоций, могут совершать противоправные и уголовно наказуемые деяния. Если такие совершаются уже не первый раз, характер у них, как правило, однотипный по сути (кражи, грабежи, мошенничество и т. д.). Пропасть между психопатами и здоровыми личностями становится всё более выраженной, внутренний конфликт при психопатии усугубляется.

2. Как часто можно встретить человека с психопатией?

Люди с психопатией, как правило, изменения своей личности болезнью не считают и к врачам-психиатрам, соответственно, не обращаются. Таким образом, под наблюдение в психо-неврологических учреждениях данный контингент лиц попадает лишь в случае выраженных нарушений поведения при декомпенсации состояния. В связи с этим эпидемиологические сведения о распространённости расстройств личности крайне расходятся (3–50 лиц с психопатией на 1000 человек).

Проблему диагностики составляют отсутствие общих чётких критериев патологии, культуральная неоднозначность границ нормы и патологии в различных слоях населения, затруднения проведения скрининговых исследований (заболевание развивается без чётко очерченного начала и этапов, имеются длительные периоды компенсации). В деревнях и городах, где уровень жизни остаётся на низком уровне, количество людей с психопатиями значительно выше, чем в обеспеченных районах с высоким качеством жизни.

Данное расстройство личности, по большей части, характерно для мужского населения, часто встречаются диссоциальный и обсессивно-компульсивный варианты. У женщин расстройство личности представлено истерическим и

зависимым типами психопатий. Психопатии, как нарушения личности, включены в Международную Классификацию Болезней.

Этиология психопатий до конца не изучена. В развитии психопатий возможно наличие некой генетической предрасположенности. Существует конституциональная теория, где пропорциями, формой тела и особенностями эндокринной системы определяется вид психопатии. Важным фактором в генезе психопатии является травмы и инфекции головного мозга в любом периоде жизни человека, включая внутриутробный. Опасны для патологического формирования нервной системы интоксикации (алкогольная, наркотическая). Отдельное значение в возникновении психопатии придаётся условиям воспитания и развития в семье, отношениям между членами семьи, влиянием социальных институтов.

3. Какие существуют виды психопатий?

Составление общей классификации психопатий достаточно сложный процесс, до сих пор широко обсуждаемый в медицинских кругах. Трудности состоят в разнообразии проявлений психопатий и множестве их вариантов, переходных типов. Поэтому достаточно сложно установить чёткие критерии расстройств личности, которые бы вмещали в себя все синдромы и психопатологические проявления. В некотором плане данный диагноз может зависеть от личности и представлений врача.

Э. Крепелин, длительно работая над вопросом нарушенной личности и их классификации в 1915 г., остановился на термине психопатической личности и выделил 7 видов этой патологии. Данная классификация психопатических личностей основывалась на том, причиняет ли человек вред не только себе, но и окружающим:

- возбудимые,
- безудержные (неустойчивые),
- импульсивные (люди влечений),
- чудаки,
- лжецы и обманщики (псевдологи),
- враги общества (антисоциальные),
- патологические спорщики.

В классификации К. Шнайдера (1928 г.) рассматривается 10 типов психопатий на основе признаков, преобладающих в структуре характера:

- гипертимики – оптимистичные, добродушные, весёлые или возбудимые, активно вторгающиеся в дела посторонних людей,
- депрессивные – пессимисты, скептики, склонные к рефлексии, печали,
- неуверенные в себе – скромные, застенчивые, податливые, подвержены сомнениям,
- фанатичные – склонны к фантазированию, со своими представлениями, идеями и внутренним миром, активно борются за свои права,
- ищущие признания – эгоистичны, любыми методами пытаются быть в центре всеобщего внимания, мечтательны,
- эмоционально лабильные – лица с перепадами настроения,
- эксплозивные – вспыльчивые, гневливые, для них характерна быстрая смена настроений,
- бездушные – лица неэмоциональные, холодные, расчётливые, бесчестные,
- безвольные – неустойчивые, подверженные влиянию со стороны другого человека,
- астенические – лица, чувствующие снижение работоспособности, концентрации внимания, плохую память, повышенную утомляемость, нарушения сна, головные боли,

неприятные соматические проявления.

В противоположной классификации Е. Кретчера (1930 г.) все личностные аномалии объединены в две группы: шизоидов и циклоидов. В основе данного разделения этиологический фактор, наличие некоторой корреляции между генетикой и конституциональными особенностями организма. Циклоиды – простые, добродушные, приветливые, общительные, или весёлые юмористы, либо тихие, мягкие и спокойные лица. У шизоидов присутствует некая двойственность между чувствами и их проявлениями. Циклотимический круг определяет так называемая диатетическая пропорция, т. е. различные соотношения между грустным и весёлым настроением. Шизоидам свойственна психэстетическая пропорция – различные соотношения между чувствительностью и холодностью. Были в этой классификации и определённые недочёты. К примеру, истерическая психопатия осталась вне систематики, хотя она встречается достаточно часто.

Согласно классификации П. Б. Ганнушкина (1933 г.), существуют следующие типы психопатий: циклоиды, астеники, шизоиды, параноики, epileптоиды, истерические характеры, неустойчивые, антисоциальные и конституционально глупые. Данное разделение более дифференцировано типологически по сравнению с другими классификациями.

О. В. Кербиков выделял две группы психопатий: конституциональные ("ядерные") и нажитые (приобретённые, ре-

активные). К «ядерным» психопатиям относятся врожденные (в том числе генетически обусловленные) или сформировавшиеся в результате неблагоприятных воздействий во внутриутробном периоде патологии личности. Приобретенные психопатии характеризуют патологию личности, формирующуюся в детстве вследствие неправильного воспитания и психологических проблем.

4. Опасные признаки психопатии

Человек с психопатией обычно ассоциируется с асоциальной личностью, находящейся в открытом конфликте с обществом. Психопат подчинён примитивным желаниям, стремится к острым ощущениям, действует импульсивно. В поиске развлечений и удовлетворения своих сиюминутных желаний лица с расстройством личности игнорируют имеющиеся нормы и правила.

Психопатические личности иногда ведут себя агрессивно, могут совершить антисоциальный поступок без раскаяния и чувства вины. Симптомы психопатии разделены на несколько диаметральных полюсов (шизоидного и циклоидного кругов).

- Параноидная психопатия.

Лица с параноидной психопатией без чувства юмора, своеобразные, склонные к перепадам настроения. Они активно добиваются справедливости, совестливы. Свои переживания для них настолько значимы, что параноидные психопаты фиксированы на этих представлениях. Интересы обычно крайне ограничены, кругозор узок, суждения конкретны, незрелы, непоследовательны. Мнение о себе завышено, всё, что затрагивает интересы параноидного психопата, приобретает особое значение. Окружающее и своё социальное здоровье психопатов мало заботит. Такие люди

противопоставляют себя всему внешнему миру. Иногда отмечается саморазрушающее поведение (не соблюдаются назначения врачей, игнорируется приём жизненно необходимых препаратов, чрезмерно увеличиваются нагрузки).

Со временем в характере отмечаются такие черты как подозрительность, готовность к действиям в ответ на опасность, недоверие к людям, особенно к родным и близким. Образуются сверхценные идеи, которые и определяют всё поведение человека. Тематика сверхценных идей может быть различной: измены супруга, придуманное изобретение, жалобы в различные инстанции и т. д. Часто симптоматика начинается с подросткового периода и стойко сохраняется на протяжении всей жизни.

- Шизоидная психопатия.

Шизоидные психопаты отгорожены от внешнего мира, замкнуты и чуждаются, равнодушны к посторонним, необычны. Эмоциональные и поведенческие реакции крайне разрознены, абстрагированы от внешней среды. Шизоид как будто находится в жёстком панцире своих убеждений, но часто внутри можно обнаружить нежную и ранимую личность.

Поведение шизоидов может различаться, несмотря на наличие у них в характере общих признаков. Часто лицам с шизоидной психопатией свойственны тики, навязчивые движения. Движения и моторика угловаты, зажатые, неестественны. В разговоре на себя внимание обращает речь шизоидного психопата (интонационно она не варьируется и порой не

соответствует контексту беседы). Может страдать грамматическая и логическая структуры предложений. Голос монотонный, жесты используются не по делу, мимика скудная.

При общении с посторонними контакт, как правило, напряжённый, шизоиды не любят заводить новых знакомств. В течение жизни они имеют лишь несколько друзей, которых тщательно и педантично выбирают. Спутника жизни находят либо в зрелом возрасте, либо коротают время в одиночестве. Всё своё внимание шизоидные психопаты направляют внутрь себя. Имея эмоциональную холодность, они успешно могут решать общесоциальные и теоретические задачи. Но что касается дружеской, семейной, любовной привязанности, оказывается труднодоступным. В отношениях с близкими людьми шизоиды холодны, равнодушны, эгоистичны, бесчувственны.

При шизоидном расстройстве личности страдает эмоциональный компонент характера. Шизоиды могут выплёскивать эмоции в виде гнева, раздражения, агрессии. Шизоидным психопатам интересны теоретические вопросы, логические задачи, абстрактные темы. Такие люди вполне успешны в научной деятельности, статистике, программировании, где требуется уединение, сосредоточенность, внимание. Они отгорожены от коллектива, в котором работают, иногда производят впечатление расчётливых и чёрствых лиц. Им крайне тяжело передать свои эмоции, тем более делать это прилюдно.

За счёт бедной эмоциональной сферы интеллект у шизоида развит в большей части случаев лучше, чем у сверстников. Особенно это касается точных наук, где необходимо применять логику, абстрактное мышление. Внимание человека с психопатией сужено и, как правило, ограничивается собственными интересами и представлениями. Всё, что не подходит под убеждения, шизоида интересует мало. В обычной жизни, вне сферы увлечений, такие люди не адаптированы и малокомпетентны, выделяются странным поведением из общей массы людей.

- Диссоциальное расстройство личности.

Основная патология этой группы психопатических личностей – недоразвитие высших нравственных чувств и, как следствие, социальная дезадаптация. Такие люди опасны неспособностью соблюдать общепринятые нормы и правила, жить в согласии с законом. В характере отмечаются такие черты как импульсивность, отсутствие чувства ответственности, стыда, сострадания, раскаяния, совести.

С раннего возраста диссоциальные психопаты распушены, эгоистичны, импульсивны, упрямы, жестоки. Они могут проявлять открытую враждебность к окружающим. В общении с людьми их отличает вспыльчивость, доходящая иногда до приступов ярости и гнева. В подростковом возрасте они часто воруют, убегают из дома, бродяжничают.

Диссоциальные психопаты нарушают общественный порядок, любые правила и законы. С раннего возраста, как

правило, они начинают злоупотреблять наркотическими веществами и спиртными напитками. Под действием психоактивных веществ они становятся озлобленными ещё больше, вступают в конфликты. На протяжении всей жизни психопаты имеют проблемы с законопослушностью (воруют, подделывают банкноты, могут убить ради наживы). Преступления, как правило, имеют однотипный характер.

- Эмоционально неустойчивая психопатия.

Лица с данной патологией импульсивны, с неустойчивым настроением, отсутствием самоконтроля. Любые запреты вызывают бурные реакции протеста с агрессией и злобой. Наряду со вспыльчивостью и раздражительностью им свойственны жестокость и угрюмость, они злопамятны и неуживчивы.

Психопатия возбудимого типа сопровождается приступами гнева, ярости, эмоциональными разрядами, иногда с аффективно суженным сознанием и резким двигательным возбуждением. В запальчивости (особенно легко возникающей в период алкогольных эксцессов) возбудимые личности способны совершить необдуманные, порой опасные действия. В жизни это активные, но неспособные к длительной целенаправленной деятельности люди, неуступчивые, жесткие, с мстительностью и вязкостью эмоциональных реакций. Среди них нередко лица с расторможенностью влечений, склонные к сексуальным эксцессам.

Беспорядочная жизнь, неспособность сдерживать влече-

ния, присоединяющийся алкоголизм, нетерпимость к любым ограничениям, наконец, склонность к бурным аффективным реакциям служат причинами длительного нарушения социальной адаптации. При наиболее тяжелых вариантах акты агрессии и насилия, совершаемые во время аффективных вспышек, приводят к столкновению с законом.

- **Истерическое расстройство личности.**

Истерическое поведение отличает вычурность, эмоциональность, нарочитое преувеличение своей значимости любыми способами. В увлечениях такие лица непостоянны, у них, как правило, нет собственного мнения. Поведение рассчитано на привлечение к себе внимания и достижения желаемого. Истерическая психопатия у женщин проявляется чаще, чем у мужчин в виде двигательных нарушений, тиков, афонии, потери слуха.

В структуре истерической личности имеется склонность к патологическому фантазированию. Уже с раннего возраста выделяются патологические аферисты и патологические лгуны. Они часто преследуются стражами порядка из-за склонностей к мошенничеству, махинациям, шарлатанству, вымогательству.

- **Психастеническая психопатия.**

В рамках данной патологии возможны тревожное и обсессивно-компульсивное расстройства личности. Психастеникам свойственна склонность к сомнениям, отсутствие внутренней уверенности в правильности своих суждений и по-

ступков, в оценке людей, нерешительность в поведении. Это суховатые, консервативные, серьёзные, лишённые чувства юмора люди, внешне подтянутые, аккуратные в одежде.

- Зависимое расстройство личности.

В повседневной жизни такие психопаты утомляемы, активность их снижена. Они мало проявляют инициативы, несамостоятельны в решении проблем. Часто поддаются давлению со стороны окружающих.

5. Возможно ли лечение психопатии?

Мнение специалиста: смысл терапии психопатий в коррекции самочувствия и разработки методов эффективной и комфортной коммуникации с другими членами общества, сохранением трудовых навыков, профилактики общественно опасных действий. Лечение подбирается индивидуально с учётом сопутствующих симптомов в клинической картине психопатии.

Основной метод лечения психопатии – психотерапия. Выбор метода психотерапии зависит от типа психопатии, настроенности человека на лечение, выраженности нарушений поведения. Пациент в ходе терапии должен научиться принимать себя со своими недостатками и положительными сторонами, уметь пользоваться внутренними резервами организма для решения имеющихся проблем, контролировать негативные эмоции и моментальные реакции, планировать своё будущее. Эффективно используются в практике такие методы психотерапии как когнитивно-поведенческая психотерапия, гештальт-терапия, динамическая терапия, транзактный анализ.

При психастенической и зависимой психопатии важно работать над повышением уверенности в себе, мотивации к достижению результатов, укреплению волевого компонента. Труднее всего психотерапия проходит у лиц с диссоциаль-

ным расстройством. Наиболее эффективна работа с ними в сформированных группах, что позволяет учиться общению с другими людьми, ответственности. В психотерапии внимание уделяется не негативным поступкам, совершённым в прошлом, а правильной установке на эмоциональное реагирование в будущем. Встречи с психотерапевтом должны проходить регулярно, с частотой удобной для врача и пациента. Также существует вариант посещения групп само- и взаимопомощи для поддержания результата психотерапии и внутриличностного баланса в течение длительного периода.

Широко используется в работе семейная психотерапия, ведь иногда корень проблем находится именно в межличностных отношениях внутри ячейки общества. Постепенно необходимо создать и поддерживать комфортную психологическую среду в семье. Родители часто приводят своих детей (точнее подростков) для консультации, сам человек не осознаёт болезненных проявлений и не может самостоятельно справиться со своим деструктивным поведением, изменить его. Вместе необходимо найти причину конфликтного поведения, показать, что у других людей тоже есть определённые потребности и желания, отрегулировать нежелательные модели поведения в семье.

Медикаментозное лечение психопатии применяется симптоматически, краткосрочными курсами. Назначать лекарства может только врач-психиатр, учитывая данные анамнеза, результаты обследований, возраст пациента, клини-

ческую симптоматику, требующую коррективы, соматические заболевания.

Нейролептики используются в лечении психопатий не часто. Предпочтение отдаётся атипичным антипсихотикам в малых дозах, для коррекции поведения и при наличии психотических эпизодов в симптоматике. Применяются такие препараты, как Рисперидон, Оланзапин, Хлорпротиксен, Клозапин.

Для снятия тревоги, двигательного беспокойства, вегетативных кризов, купирования нарушений сна назначают препараты из групп транквилизаторов (Феназепам, Диазепам). Препараты данной группы принимаются короткими курсами в течение 2–3 недель.

Антидепрессанты назначают для коррекции депрессивной симптоматики. Курс лечения рассчитан на длительный период (3–5 месяцев). Чаще всего в клинической практике применяются препараты группы трициклических антидепрессантов (Амитриптилин) и группа селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), препараты, такие как Сертралин, Пароксетин, Циталопрам, Эсциталопрам. При перепадах настроения, раздражительности широко используют группу нормотимических препаратов (Карбонат Лития, Вальпроевая кислота, Карбамазепин).

6. Заключение

Группа психопатий крайне интересна своим разнообразием клинических проявлений. Симптоматика находится на грани между здоровьем и болезнью. В периоды декомпенсации человек находится в состоянии нарастающей дисгармонии, нарушения поведения разнообразны, вплоть до общественно опасных. Основной метод лечения психопатий – психотерапия (групповая, когнитивно-поведенческая, семейная). Медикаментозное лечение применяется симптоматически. Используются в терапии транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, нормотимики.

10 фактов о шизофрении, которые полезно знать каждому

Шизофрения – тяжёлое психическое заболевание, о котором не принято открыто говорить в нашем обществе. В средствах массовой информации мало внимания уделяется вопросам психического здоровья. Когда человеку ставят этот страшный диагноз – жизнь рушится, родные люди отворачиваются. Человек может страдать и бороться с шизофренией годами один на один, боясь стигматизации общества. Иногда пациент не знает, где найти помощь, поддержку и информацию о заболевании. Конечно, диагностику таких состояний должен проводить квалифицированный специалист – врач-психиатр.

Проявления заболевания разнообразны, непредсказуемы и порой кажутся совершенно фантастичными. Задача нашего общества состоит в принятии и понимании людей, больных шизофренией, в сильной моральной поддержке, их адаптации в социуме. Достойное качество жизни не должно казаться чем-то несбыточным. Вместе мы сможем сделать жизнь психически больных людей чуточку лучше!

Факт № 1. Шизофрения – серьёзное расстройство психики

Шизофрения – тяжёлое прогрессирующее расстройство психики, требующее квалифицированной медицинской помощи. Изменения личности при этом нарушении необратимы. Шизофрения является психическим заболеванием с утратой целостности личности, нарушением процесса мышления, разнообразной психопатологической симптоматикой.

Симптоматика данного заболевания крайне полиморфна, многогранна и включает в себя практически все имеющиеся в психиатрии регистры патологии. Диагноз может поставить только врач-психиатр на основании беседы с человеком и его родственниками. Расщепление («схизис») психических функций при фактически сохранном интеллекте лежит в основе этой патологии.

Многие люди склонны думать, что шизофреник – это человек с галлюцинациями. Однако обманы восприятия являются лишь небольшой частью возможных проявлений при шизофрении. Стоит отметить, что галлюцинации не всегда являются признаком именно шизофрении. Их наличие может свидетельствовать, к примеру, о декомпенсации соматической патологии, инфекционном заболевании или интоксикации.

Из всех психопатологических синдромов, труднее все-

го выявить и описать шизофрению. Существуют 2 основные концепции развития заболевания (острой и хронической шизофрении). При острой шизофрении главными клиническими признаками являются бред, галлюцинации и нарушение мышления. Эти признаки называют “позитивными” симптомами.

У некоторых больных после острой стадии заболевания наступает выздоровление, у других – болезнь переходит в хроническую форму. Для хронической шизофрении характерны такие черты, которые называют “негативными” симптомами (апатия, отсутствие побуждений, вялость и социальная отгороженность). Полное выздоровление при хроническом синдроме наблюдается редко.

Факт № 2. Распространённость шизофрении – 1–2 %

Распространённость шизофрении выявлять достаточно сложно даже сейчас, при наличии современных диагностических подходов и методов нейровизуализации (позитронно-эмиссионная томография с контрастированием, к примеру). Это связано с особенностями клинической картины и течения заболевания, работой психиатрической службы, учёта случаев возникновения болезни. Было выяснено, что за последние 50 лет заболеваемость в разных странах остаётся стабильной – около 1–2 % населения земного шара страдают этим недугом. Это значит, что на 1000 человек населения приходится 1–2 человека с шизофренией. Самая высокая заболеваемость приходится на 20–29 лет и далее с возрастом уменьшается. Женщины болеют шизофренией с такой же частотой, как и мужчины.

Стоит отметить, что причины заболевания до сих пор неизвестны. Мировой науке ещё многое предстоит узнать о человеческом организме. Головной мозг является самым загадочным объектом многочисленных исследований. У клиницистов и научных сотрудников за десятилетия работы сложилось мнение, что шизофрения является мультифакторным заболеванием, т. е. возникает вследствие воздействия эндогенных (нарушение работы нейромедиаторов, патоло-

гия структур головного мозга) и экзогенных факторов (физические и психические травмы, употребление психоактивных веществ, инфекции, воздействие окружающей среды, общества и семьи).

Существуют теории патологии нейротрансмиттеров – дофаминовая, глутаматная, ГАМКергическая и холинергическая. Однако ни одна из этих теорий не объясняет всю многогранность психопатологических симптомов. При шизофрении выявляется морфологическое изменение определённых структур головного мозга: расширение боковых желудочков, разряжение серого вещества и гиппокампа.

Интересно: выяснена роль наследственности при шизофрении: риск заболевания возрастает на 10 % при наличии шизофрении у близких родственников (родители, братья, сестры). Речь идёт о нескольких генах и ассоциированных с их патологией комбинаций, приводящих к развитию заболевания (моногенная, полигенная и гетерогенная теории). С развитием генетического типирования в недалёком будущем можно будет прогнозировать возможность рождения здоровых детей, определять вероятность возникновения шизофрении из-за поломки генов.

Факт № 3. Шизофрения различается по течению болезни

Выделяют 3 типа шизофрении, классифицируемые по течению заболевания: непрерывнотекущая, периодическая и приступообразно-прогредиентная.

- К *непрерывнотекущей шизофрении* относятся случаи заболевания с плавным развитием болезненного процесса, чётким разграничением его клинических разновидностей по степени прогредиентности со слабо выраженными изменениями личности до грубопрогредиентного (выражены как позитивные, так и негативные симптомы). Данный тип течения имеет крайне неблагоприятный прогноз.

- Для *периодической (рекуррентной) шизофрении*, характерно наличие фаз в развитии болезни и появлением ограниченных по времени приступов. Изменения личности выражены не резко. На первый план в клинической картине выступает аффективная симптоматика: раздражительность, тревога, депрессия, гипомания, мания. В течение жизни у пациента возможен как один, так и несколько приступов.

- Промежуточное место между указанными типами течения занимает *приступообразно-прогредиентная шизофрения*. При данном типе заболевания на фоне непрерывнотекущего процесса появляются приступы, схожие с приступами рекуррентной шизофрении. С каждым новым приступом

дефект личности становится больше, словно действительно происходит «раскол» психики.

Факт № 4. При шизофрении существует «негативная» симптоматика

В клинической картине шизофрении выделяют специфические для этого заболевания расстройства, которые достаточно разнообразны: аутизм, нарушения психической активности, эмоций, мышления. Данные симптомы называют «негативными». Если рассматривать личность как нечто целое, вследствие заболевания появляется дефект, расщепление и дефицит психических функций. Сроки наступления необратимых изменений личности различны.

Аутизм является первым «негативным» признаком шизофрении. Личность как будто отрывается от окружающей действительности. У человека возникает особый внутренний мир, специфические увлечения и фантазии. Суждения шизофреников становятся витиеватыми и непонятными окружающим. Обычно такие люди замкнуты и лучше чувствуют себя в одиночестве.

Характерной особенностью шизофрении является снижение психической и познавательной активности. Человеку становится труднее учиться, работать, концентрировать внимание, воспринимать новую информацию и использовать запас знаний (хотя формально интеллектуальные функ-

ции остаются сохранными). Термин «абулия» используется в данном случае для описания волевого дефицита. Пациент со временем теряет интерес к труду и активности в целом.

Изменения эмоциональной сферы при шизофрении своеобразны. Эмоциональное обеднение возникает уже в начале заболевания, медленно и неуклонно прогрессирует. Человек постепенно становится холодным, эгоистичным, его перестают интересовать события в семье, на работе. Мимика скудеет, лицо выглядит маскообразным. Эмпатия (способность сопереживать другим людям) утрачивается. Меняется внешний облик больных.

Одновременно с этим возникает парадоксальность эмоциональных реакций. Больные шизофренией достаточно равнодушно переносят несчастье, смерть близких, но проявляют бурные эмоции по незначительным поводам и высказываниям окружающих людей. Эмоциональные реакции становятся неадекватными происходящей вокруг ситуации. Существует понятие бредового настроения – это страх, тревога, напряжённость с ощущением враждебности окружающего, чувством своей незащищённости в сочетании с подозрительностью, настороженностью.

Особое место в клинической симптоматике занимают нарушения мышления. Они крайне разнообразны: нелепость суждений, паралогичность (отсутствие логической структуры речи), наплывы мыслей, или наоборот их закупорка (шперрунг), разорванность речи (иногда достигающая степе-

ни словесной окрошки – шизофазии, при которой речь, сохраняя грамматическую правильность, теряет смысл).

В обычных вещах и окружающем шизофреник может видеть символы и знаки, секретную информацию, доступную только ему (символизм). Больные могут многократно совершать ритуальные действия, придавая им символическое значение вследствие бредовой трактовки окружающего или по велению приказывающих голосов. К примеру, шизофреник 7 раз прыгает по коридору на одной ноге, требует от матери, чтобы она также исполняла ритуал, иначе из дома он выйти не может. Мысли могут казаться совершенно чужими, вложенными кем-то посторонним в голову больного. Болезненные переживания в ряде случаев могут иметь религиозную тематику.

Факт № 5. Галлюцинации – один из ярких продуктивных симптомов шизофрении

Галлюцинации – искажённое восприятие индивидуумом окружающей действительности. Обманами восприятия называют состояния, когда человек слышит, видит, или осязает то, чего нет на самом деле. Этим галлюцинации принципиально отличаются от иллюзий. Галлюцинирующий пациент одновременно с ложными образами может адекватно воспринимать и реальность.

Клинический случай: пациентка при беседе с врачом отмечает: «Я слышу голоса и музыку с утра до вечера. Стараюсь к ним не прислушиваться. Музыка играет как радио...». Внимание пациента распределяется неравномерно, часто смещаясь в сторону обманов восприятия. Иногда человек настолько поглощён несуществующими образами, что совершенно игнорирует действительность. В таких случаях говорят об отрешённости или галлюцинаторной загруженности.

Чаще всего при шизофрении возникают слуховые галлюцинации. Человеку может казаться, что голоса звучат у него в голове или исходят из внешних объектов. Голоса могут иметь угрожающий, приказывающий или комментирующий

характер. Разговоры или отдельные фразы сопровождают пациента в любое время суток. Содержание галлюцинаторных высказываний может быть абсурдным, лишённым всякого смысла, но по большей части в них выражаются различные идеи (далеко не всегда безразличные больным). Голосов может быть несколько, мужских или женских.

Опасной для окружающих и самих больных разновидностью слуховых обманов являются императивные галлюцинации, содержащие приказы что-то делать или запреты на действия. Распоряжения голосов больные чаще относят на свой счёт. Галлюцинации могут запрещать пациенту есть пищу и пить воду. Человек днями может отказываться от предложенной еды, противиться кормлению. Нередки случаи, когда голоса приказывают ударить и даже убить себя или посторонних людей.

Кроме голосов возможны и невербальные слуховые галлюцинации (акоазмы) в виде шума, треска, щёлканья, стука. При галлюцинациях музыкального содержания больной слышит игру музыкальных инструментов, пение, хоры.

Признаки слуховых галлюцинаций:

- человек во время беседы неожиданно замолкает, к чему-либо прислушивается, затыкает уши, озирается;
- человек разговаривает с мнимым собеседником;
- внезапно и беспричинно смеётся;
- не может сосредоточиться на беседе, отвечает на вопросы невпопад, замкнут.

Возможны тактильные галлюцинации вычурного, неприятного, тягостного характера, называемые сенестопатиями (например, «черви едят сердце; мозг трётся об черепную коробку; желудок как будто вывернут; чувство, что органы сгнили»). Тело может казаться чужим, изменённым – так проявляется деперсонализация.

Алгические сенестопатии – это болевые ощущения, отличающиеся необычайным богатством всевозможных оттенков (сверлящие, жгучие, острые, тупые, распирающие, сжимающие, рвущие, разламывающие, прокалывающие, ноющие, свербящие, выворачивающие, тянущие, грызущие, ломящие, режущие, стреляющие и др). У одного больного могут быть самые различные виды алгических ощущений.

Иногда пациенты определённым образом группируют неприятные ощущения для того, чтобы разобраться в них самим, полнее информировать врача о своём самочувствии. Больные записывают проявления, локализацию и время возникновения сенестопатий в отдельную тетрадь. Боли могут быть постоянными или возникать в виде приступов, кратковременных пароксизмов. В течение нескольких лет локализация алгических ощущений может меняться (ограничиваться одной частью тела или появляться в разных местах).

Обонятельные и вкусовые галлюцинации не похожи на воспринимаемую обычную действительность. Они неприятны и крайне неприятны, навязчивы («вкус жжёной бумаги во рту; запах керосина»). Своим поведением больные

могут обнаруживать данные галлюцинации: закрывать окна, сплёвывать слюну и т. д.

Зрительные галлюцинации при шизофрении появляются реже, чем слуховые. Обманы восприятия различаются по окраске, размерам, чёткости контуров, деталей, степени сходства с реальными объектами, подвижности, локализации в пространстве. Галлюцинации могут выглядеть как люди, животные, насекомые, провода, паутина.

Важно! Галлюцинации опасны! Больной в психозе может навредить себе самому, окружающим его людям, совершить противоправные и общественно опасные действия. В таком случае, согласно Закону о психиатрической помощи РФ, человеку необходима госпитализация в стационарное отделение психиатрической больницы с целью снятия острой психотической симптоматики.

Факт № 6. Бред – ещё один характерный признак шизофрении

Бред – совокупность бредовых идей, определённых убеждений, которые не соответствуют тому, что окружает человека в реальности. Разубеждению, как правило, данные идеи не поддаются. Ложность содержания бредовой идеи, несоответствие с реальностью отличает её от сверхценной идеи.

По своему содержанию бредовые идеи могут быть различными. Здесь представлены лишь некоторые из них.

- Бред отношения (встречается наиболее часто). Человек по-своему трактует действия и слова людей. Больному кажется, что окружающие негативно настроены, обсуждают его за спиной, родные проявляют злой умысел.

- Бред преследования. Пациент уверен в том, что недоброжелатели намерены причинить ему некий ущерб, осуществляют слежку или уже причиняют некий вред (соседи травят газом, воздействуют лучами, родственники подсыпают в еду отраву). В начальной фазе бреда больные пытаются скрыться от преследователей – избегают прежних контактов, меняют место жительства, уезжают в другие города или отдалённые районы, пытаются сменить внешность. Спустя некоторое время при нарастании тревоги они могут переходить к активным защитным действиям. С этого момента они становятся опасными для окружающих. Бред преследования

сопровождается двигательным возбуждением: человек прячется, может заклеивать двери и окна, строить баррикады в квартире и занимать оборонительные позиции.

- Бред воздействия. Человек считает, что его мысли, поступки, переживания являются результатом влияния некой внешней силы, колдовства или гипноза. Такие действия он может приписывать конкретным лицам (родным, знакомым, соседям), неоднократно вызывать полицию и писать заявления в различные инстанции с просьбами о помощи.

- Бред ревности: характеризуется убежденностью в неверности супруга. Человек становится крайне подозрительным (проверяет одежду и телефон супруга на факты измены), запрещает выходить из дома и общаться с посторонними людьми. Бред ревности характерен по большей части для мужчин среднего возраста.

- Ипохондрический бред сопровождается убежденностью в наличии тяжёлого неизлечимого заболевания, онкологии. Как правило, такие пациенты постоянно посещают врачей различных специальностей, непрерывно сдают анализы, но патологии не обнаруживается. Крайняя степень ипохондрического бреда – бред Котара: человек считает, что «все органы сгнили, развалились».

- Бред особого значения – это особый, символический характер восприятия происходящего, при котором утрачивается действительный смысл конкретных явлений и действий. Шизофреник неверно трактует обстановку вокруг. Напри-

мер, «проходящая мимо женщина улыбнулась и села в автобус под номером 9, а это значит, что нужно переехать в квартиру под таким же номером».

Содержание первичного бреда может быть различным: реформаторство, ревность, преследование, высокое происхождение, физические недостатки, болезни, любовная тематика. Одна тема бреда в последующем может усложняться за счёт присоединения аффективных расстройств, галлюцинаций, явлений психического автоматизма, бреда воздействия, идей величия.

Формированию бреда восприятия в ряде случаев предшествует бредовая настроенность – состояние неопределённой тревоги, опасений, внутреннее напряжение, маниакальное состояние с приливом сил, бесцельной деятельностью. На высоте указанного состояния появляются бредовые идеи различного содержания, бред кристаллизуется. При своевременном обращении к врачу и адекватной терапии возможно предотвратить наступление и разворачивание психоза, достижения высоты бредовых переживаний.

Факт № 7. Виды шизофрении: параноидная, гебефреническая, кататоническая и остаточная

- Параноидная шизофрения.

Параноидная шизофрения встречается в практике чаще всего и характеризуется преобладанием галлюцинаторно-параноидной симптоматики. Галлюцинации яркие и возникают на брезово изменённой почве сознания. Шизофреники при возникновении психоза слышат голоса посторонних людей, чувствуют негативное воздействие на организм. Появляется тревога, нарушения настроения и сна, двигательное возбуждение. С течением времени нарастают изменения личности, замкнутость, эмоциональная холодность, утрачиваются прежние интересы и связи.

- Дезорганизованная или гебефреническая шизофрения.

В клинической картине гебефренической шизофрении присутствуют нарушения поведения, дурашливость, уплощение эмоций, вычурность, выражены нарушения мышления. Заболевание начинается в подростковом возрасте. Состояние трудно корректируется с помощью лечения.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.