

### РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра \_\_\_\_\_ психиатрии и наркологии с курсом ПО \_\_\_\_\_  
(наименование кафедры)

Рецензия \_\_\_\_\_ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. \_\_\_\_\_  
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности \_\_\_\_\_ Психиатрия \_\_\_\_\_

Должецкая Д.О.  
(ФИО ординатора)

Тема реферата «Расстройства личности»

#### основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	есть
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/отлично

Дата: « 6 » октября 2022 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Должецкая Д.О.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени  
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» министерства здравоохранения Российской  
Федерации  
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

**РЕФЕРАТ**

Тема: «Расстройства личности»

Выполнила:

Ординатор специальности психиатрия

Должецкая Д.О

Проверила:

Зав. Кафедрой: Березовская М.А

Красноярск 2022.

## ОГЛАВЛЕНИЕ:

Введение .....	3
Актуальность .....	3
Акцентуация характера .....	4
Этиология и патогенез психопатий .....	5
Классификация психопатий .....	5
Параноидное расстройство личности.....	6
Шизоидное расстройство личности.....	7
Диссоциальное расстройство личности .....	8
Эмоционально неустойчивое расстройство личности .....	9
Истерическое расстройство личности .....	10
Ананкастное расстройство личности .....	11
Тревожное расстройство личности.....	12
Зависимое расстройство личности .....	12
Смешанное расстройство личности.....	12
Лечение .....	12
Вывод.....	14
Используемая литература.....	15

## Введение

**Психопатии** (от греч. *psyche* — душа и *pathos* — страдание, болезнь) — патология характера, при которой у субъекта наблюдается практически необратимая выраженность личностных свойств, препятствующих его адекватной адаптации в социальной среде

Расстройство личности констатируется в тех случаях, когда патологические изменения выражены столь значительно, что препятствует полноценной адаптации в обществе, т.е. в диагностике имеет значение социальный критерий.

Впервые термин «*психопатия*» ввел Кох в 1894 году, хотя их описание встречается и в древней культуре. Развитие учения о психопатиях на Западе связано с такими учеными как Хендерсон, Крепилин, Крочмер, а в отечественной – Ганнушкин, Кандинский, Бехтерев. С 40-х годов термин «психопатия» стал заменяться на «расстройства личности». Этот термин точнее отражает сущность нарушений и лишен социально отрицательного звучания.

Ганнушкин определил следующие **диагностические критерии психопатий**:

- 1.Тотальность психопатических особенностей личности, проявляющаяся в дисгармонии всего психического склада (в отличие от акцентуантов, имеющих отдельные патологические черты)
- 2.Относительная стабильность. Наличие патологической дисгармонии характера на протяжении всего длинника жизни, отсутствие прогрессивности.
- 3.Нарушение по этим причинам социальной, семейной, профессиональной адаптации.

## Актуальность

Психопатии встречаются у 5-15% взрослых. В структуре психических патологий составляет 40-50% и занимает по распространенности 2-ое место после неврозов. Среди психопатий преобладают истерический (34%) и возбудимый типы. Психопатии встречаются чаще среди горожан и в группах с низким социально-экономическим статусом. Мужчины в 2 раза чаще чем женщины страдают психопатиями.

Далеко не все психопаты попадают в поле зрения психиатров. Чаще это происходит при декомпенсациях их состояния или в случаях нарушения закона. Каждый из нас обладает характером - неповторимым, уникальным набором индивидуальных личностных черт. У большинства из нас он не является патологическим. Расценивать кого-либо как личность, имеющую патологический характер или личностное нарушение можно только в том случае, когда его модели поведения настолько негибки, что препятствуют полноценному психологическому развитию или адаптации.

Таким образом, по этим причинам актуальность данной темы является обоснованной.

### Акцентуация характера

*Акцентуации характера* — это крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных: воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Следует еще раз подчеркнуть, что акцентуации характера представляют собой хотя и крайние, но варианты нормы. Поэтому «акцентуация характера» не может быть психиатрическим диагнозом. Констатация акцентуации и ее типа — это определение преморбидного фона, на котором могут возникать различные расстройства — острые аффективные реакции, неврозы и иные реактивные состояния, непсихотические нарушения поведения, даже реактивные психозы — только они могут служить диагнозом. Однако в подавляющем большинстве случаев акцентуаций характера дело до развития подобных расстройств не доходит. По мнению К. Leonhard (1976, 1981), в развитых странах более половины популяции относится к акцентуированным личностям.

В отличие от психопатии акцентуации характера с годами могут существенно сгладиться, приблизиться к норме. Акцентуации характера могут содействовать развитию психогенных расстройств, ситуативно обусловленных патологических нарушений поведения, неврозов, психозов. Выявление акцентуированных личностей в коллективе необходимо для выработки индивидуального подхода к ним, для профессиональной ориентации, закрепления за ними определенного круга обязанностей, с которыми они способны справляться лучше других (в силу своей психологической предрасположенности).

## Этиология и патогенез психопатий

Изучение этиопатогенеза психопатий традиционно развивалось в двух направлениях: **конституционально-генетическом и социально-психологическом.**

В рамках первого направления формирование психопатической личности объясняли с позиций теорий дегенерации, наследственной отягощенности, недостаточностью нервно-психических функций, приобретаемой во внутриутробном периоде или в раннем детском возрасте. С точки зрения этих подходов причиной психопатий является неполноценность центральной нервной системы, проявляющаяся в органической или функциональной церебральной недостаточности.

Большинство отечественных авторов традиционно придерживаются точки зрения наиболее авторитетного исследователя проблемы психопатической личности – П.Б. Ганнушкина, который рассматривал происхождение по крайней мере истинных («ядерных») психопатий в рамках конституциональной теории.

Вместе с тем практически все исследователи независимо от занимаемой позиции соглашались с тем, что эта проблема нуждается в многоплановом подходе. Поэтому социально-психологические теории не столько утверждают альтернативную теорию, сколько дополняют общую картину.

Так было установлено, что расстройства личности с высокой частотой отмечаются у лиц, воспитывавшихся в условиях «неполного дома» (без одного из родителей) или при наличии тяжелой конфликтной ситуации в семье. Родительская авторитарность, подавляющая активность, самостоятельность, часто формирует психастенический характер, воспитание по типу «кумира семьи» ведет к развитию истерических черт, по типу «золушки» с эмоциональной и физической дискриминацией может сформировать шизоидные, аффективные, астенические аномалии характера и т.п.

## Классификация психопатий

### 1. По этиопатогенезу:

· *Ядерные (конституциональные)* – обусловлены наследственностью, проявляются даже при хорошем воспитании (например, у приемных детей – шизофреническая, психастеническая, эпилептическая психопатии).

· *Крайевые* – имеет значение фактор воспитания, субкультура.

· *Органические* – после перинатальных воздействий, нейроинфекций, ЧМТ, инсультов.

## **2. По степени компенсации:**

· *Компенсированные*

· *Декомпенсированные* - срыв компенсаторных приспособлений личности, усиление патологических черт и прогрессирующая дезадаптация.

## **3. По степени тяжести:**

· *Легкой степени* – длительная компенсация, срывы обусловлены психогениями, адаптация неустойчивая, частично сохраняется критика к своему поведению, но она не глубокая.

· *Умеренная* – компенсация нестойкая, непродолжительная, срывы по малейшему поводу.

· *Тяжелая* – компенсаторные механизмы слабы, декомпенсация по поводу и без повода, постоянная дезадаптация, полное отсутствие критики к своему состоянию.

**4. По виду:** *параноидное, шизоидное, диссоциальное, эмоционально-неустойчивое, диссоциативное, ананкастное, зависимое, смешанное расстройства.*

## **Параноидное расстройство личности**

Эти лица характеризуются с одной стороны ригидностью, односторонностью, снижением критических способностей мышления, ведущих к неправильному толкованию реально существующих фактов, а с другой – нарушением эмоциональной координации мышления и поведения. Вследствие этого чаще в ситуации конфликта у них легко возникают сверхценные идеи различного содержания (преследования, ревности, отношения, изобретательства, ипохондрические, дисморфоманические и др.).

Эмоциональная фиксированность на своих переживаниях, бескомпромиссный эгоцентризм определяют тенденцию к игнорированию всего того, что противоречит представлениям больных. И наоборот – побуждают их к систематизации, патологической оценке особой значимости часто реально существующих фактов, приобретающей в конце концов вид некой жизненной концепции. Она определяет патологическую деятельность больных, характеризующуюся реформаторской, сутяжнической, кверулянтской стигматизированностью. Этим пациентам свойственна переоценка собственной личности, отсутствие критического отношения к своим мнениям и поступкам. Попытки окружающих корригировать их ошибки в еще большей степени провоцируют стеничную напряженность, часто вызывают агрессивное негодование, обвинения в предвзятом отношении, злом умысле или предательстве. По этим признакам мотивы поведения

больных в состоянии декомпенсации могут квалифицироваться как паранойяльный бред. Паранойяльные развития личности имеют тенденцию к хроническому течению с дальнейшим расширением, систематизацией бредовых идей. Наряду с этим как правило наблюдается нарастание личностных изменений с окончательной потерей пластичности, компромиссности, эмоциональным оскудением, грубой неадекватностью поведения, а иногда жестокостью. В этих случаях дифференциальная диагностика с шизотипическим расстройством или даже с шизофренией бывает крайне затруднительна.

Преобладающим механизмом психологической защиты у паранойяльных психопатов является проекция.

### Шизоидное расстройство личности

Шизоидная психопатия в первую очередь характеризуется интравертированностью, аутистичностью жизненных установок. Все то, что происходит за пределами их внутреннего мира, больных интересует мало или не интересует вообще. Они стремятся к уединенности, ограничению контактов с окружающими, что касается и отношений с близкими людьми. Эта отгороженность, безучастность часто производит впечатление эмоциональной холодности, волевой пассивности, которые наблюдаются при шизофрении. Вместе с тем их внутренний мир может быть достаточно сложным и содержательно интересным. Они склонны к интроспективным переживаниям, фантазированию, повышенной саморефлексии, необычным увлечениям. При высоком интеллекте способны к достаточно продуктивной творческой деятельности и при соответствующем выборе профессии могут достигать значительных результатов. Чаще же как и при шизофрении их внимание занято оторванными от жизни умозрительными вопросами, отвлеченными теориями, абстрактными построениями («философская интоксикация»). Рассуждения на эти темы часто обнаруживают логическую несостоятельность, парадоксальность, внутреннюю противоречивость, также напоминающие формальные расстройства мышления при шизофрении. Будучи малопонятны окружающим, они могут производить впечатление глубокомысленных, фанатически увлеченных своими идеями энтузиастов, занимать лидирующее положение в различных субкультуральных движениях, сообществах.

В личной жизни они, как правило, обречены на одиночество, проявляя полную беспомощность в бытовых вопросах. Рудименты утраты внутренней цельности (расщепления личности) проявляются в свойственной им амбивалентности. В структуре



их характера эмоциональная холодность может сосуществовать с повышенной ранимостью, чувствительностью, сентиментальностью (психэстетическая пропорция по типу «стекла и дерева»).

В других же случаях эти полярные тенденции эмоциональной жизни могут быть представлены по отдельности. У одних пациентов (сенситивных шизоидов) преобладают ранимость, ущемленное самолюбие, неспособность противостоять конфликтным ситуациям. Другие в аналогичных обстоятельствах обнаруживают решительность, непоколебимую беспристрастность, холодную сдержанность, неспособность к сопереживанию (экспансивные шизоиды)

### Диссоциальное расстройство личности

Пациенты с психопатией неустойчивого типа в специальной литературе описывались под названием «безудержные» (Э. Крепелин, 1915) и «безвольные» (К. Шнайдер, 1959). Для них характерно непостоянство в побуждениях и устремлениях в сочетании с неспособностью к целенаправленной деятельности. С детского возраста они игнорируют общепринятые правила поведения, требования дисциплины, педагогические запреты. Все, что требует напряжения воли, целеустремленности усилий, оставляет их равнодушными или вызывает негативную реакцию. По этой причине они малоспособны к приобретению прочных знаний, навыков общежития, предпочитая полезной деятельности праздность и развлечения. Им редко удается завершить даже среднее образование. Находясь в постоянном конфликте с окружающими, они с трудом удерживаются в коллективе, не испытывают привязанности не только к тем, с кем вместе учатся или работают, но и к близким родственникам. Часто такие подростки совершают побеги из дома, живут или бродяжничают в компании себе подобных. Не имея морально-этических установок, определенных жизненных планов, они живут одним днем, «плывут по течению». Весьма часто по причине безволия и повышенной внушаемости эти личности становятся членами антисоциальных групп, совершают правонарушения, злоупотребляют спиртными напитками, принимают наркотики. Подобное поведение не является результатом каких-либо мировоззренческих установок и чаще оправдывается наивно-лживыми упреками окружающим или вообще остается без объяснений.

В редких случаях при постоянном принуждении и строгом внешнем контроле им удается частично компенсироваться, с трудом приспособившись к требованиям соответствующей социальной роли.

## Эмоционально неустойчивое расстройство личности

Основным признаком психопатии возбудимого (эксплозивного) типа является постоянно присутствующая склонность к неадекватным, неконтролируемым вспышкам безудержного гнева, ярости. Они возникают по самым незначительным поводам и характеризуются агрессивным (часто делинквентным) поведением. Как и при других психопатиях, состояния декомпенсации чаще возникают в конфликтных, фрустрирующих ситуациях. Агрессивное поведение в рамках физиологического и даже патологического аффекта может быть отчасти спровоцировано окружающими, однако в некоторых случаях дисфорические состояния с импульсивной разрядкой могут возникать спонтанно.

С раннего возраста подобные лица характеризуются эмоциональной несдержанностью, бескомпромиссностью, низким порогом раздражения, имеют репутацию «трудных детей». Они склонны к агрессивному поведению, необузданности, стремятся к лидерству. Их эмоциональная жизнь не контролируется ни мышлением, ни волей. Конфликтность, иногда брутальная, является единственным способом разрешения проблемных ситуаций. При этом, однако, часто достигается прямо противоположный результат – эскалация конфликта. Эксплозивные психопаты неуживчивы, склонны к жестоким поступкам, угрозам, легко наживают себе врагов. Напряженность отношений с окружающими даже при наличии критики к своему поведению делает их семейную и профессиональную жизнь проблематичной, а стойкие декомпенсации нередко приводят на скамью подсудимых.

В тех случаях, когда дисфорические реакции возникают в контексте других личностных особенностей – педантичности, обстоятельности, ригидности, злопамятности, обидчивости, – говорят о т.н. эпилептоидной психопатии.

### Эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип

Преобладающими характеристиками являются эмоциональная неустойчивость и отсутствие контроля импульсивности. Вспышки жестокости и угрожающего поведения обычны, особенно в ответ на осуждение окружающими.

### Эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип

Имеются некоторые характеристики эмоциональной неустойчивости, а кроме того, образ Я, намерения и внутренние предпочтения (включая сексуальные) (характерно

хроническое чувство опустошенности) часто непонятны или нарушены. Склонность быть включенным в напряженные (неустойчивые) отношения может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться серией суицидальных угроз или актов самоповреждения (хотя все это может также иметь место без явных провоцирующих факторов).

### Истерическое расстройство личности

Главным признаком истерической психопатии П.Б. Ганнушкин (1933) считал стремление обратить на себя внимание окружающих любой ценой. Эта черта проявляется в неестественности поведения, театральности, позерстве, демонстративности, ретушированности экспрессивных, речевых реакций, телесной пластики. Имея завышенный уровень притязаний и будучи высокого мнения о себе, эти личности требуют соответствующего отношения со стороны окружающих. Интеллектуальная ограниченность, несоответствие, как правило, заурядных способностей и внешних данных избранной роли компенсируется хвастовством, лживостью, патологическим фантазированием. В отличие от обычных лгунов эти пациенты убеждены в реальности своих фантазий, живут в выдуманном ими, воображаемом мире, где им отводится особая, исключительная роль. Довольно часто эти построенные на экзальтированных чувствах «воздушные замки» лишены элементарных реальных рациональных оснований. В связи с доминанцией у этих субъектов первой сигнальной системы («художественный тип» по И.П. Павлову) ментальная составляющая личности развита у них недостаточно и все жизненные интересы и ценности концентрируются в сфере инстинктов, витальных ощущений, эмоционально насыщенных телесных переживаний. Но и в этом отношении пациенты также характеризуются ущербностью. Общий психический инфантилизм обычно сочетается с физиологическим. При ядерных формах личностная патология нередко сочетается с задержками полового развития, дисменореей, бесплодием, вагинизмом, аноргазмией у женщин, импотенцией, гомосексуализмом у мужчин.

Конфликты, связанные с невозможностью удовлетворить завышенные эгоистические потребности за счет окружающих, разрешаются, как правило, на основе шантажного принципа или посредством бурных протестных реакций. В зависимости от степени выраженности конфликта они располагаются в диапазоне от легких поведенческих нарушений до клинически оформленных стигм. Истерические реакции могут включать аффективные расстройства, аггравационное, симулятивное поведение, демонстративную ипохондричность. В тяжелых случаях (при декомпенсациях ядерных

форм) в клинической картине наблюдаются суицидные поступки, судорожные припадки, сумеречные расстройства сознания, практически весь ассортимент фантомных симптомов и псевдосоматических заболеваний, в связи с чем истерия получила название «grand simulatrix». Среди прочих наблюдаются истерические слепота, глухота, парезы, параличи, заикание, неукротимая рвота, аналгезия, астазия, абазия и т.д.

Истерические проявления могут временно компенсироваться, если окружающие по каким-либо причинам принимают правила навязываемых им отношений. Однако при отсутствии внешних проявлений в этих случаях происходит дальнейшее углубление психопатических черт и завышенных экзистенциальных притязаний, что становится предпосылкой еще более тяжелых конфликтов в будущем при изменении жизненной ситуации.

В зрелом возрасте чаще у женщин видимость компенсации возможна при благоприятно складывающейся семейной ситуации – отсутствии материальных проблем при наличии мужа, покровителя, любовника, готового (по разным причинам) исполнить любой каприз своей избранницы. Период мнимого благополучия и бесконфликтного существования в этих случаях обычно завершается с началом климакса, меняющего экзистенциальную роль и лишшающего соответствующих привилегий.

Декомпенсации в зависимости от тяжести психопатических отклонений проявляются в виде ярких аффективных или протестно-поведенческих реакций, стойкими симптомами истерического невроза и даже истерическими психозами..

### Ананкастное расстройство личности

При ананкастном расстройстве личности выявляются чрезмерная озабоченность порядком, перфекционизм, упрямство, ригидность сочетающиеся с неуверенностью и чрезвычайной осторожностью. Обнаруживаются впечатлительность, ранимость, склонность к тревожным опасениям. Внимание к правилам выражено столь значительно, что теряется цель деятельности. Патологическая динамика наблюдается в инволюционном возрасте, нарастают тревожность, ограничение личных потребностей, патологическая скупость. Обсессивно-фобическая симптоматика носит характер изолированных навязчивостей, компульсий, ритуалов. Навязчивости являются эгосинтонными

### Тревожное расстройство личности

При тревожном расстройстве личности можно выявить гиперчувствительность в сфере интерперсональных отношений, ограничение контактов, нерешительность. Эти лица с детства робки, боязливы, не могут оставаться в одиночестве. В коллективе они чувствуют себя неуютно, в референтной группе выбирают тех, с кем чувствуют себя уверенно. Низкая самооценка и гиперчувствительность к отвержению сочетаются с ограничением межличностных контактов. Основные проблемы проявляются в социальной и профессиональной сферах функционирования.

### Зависимое расстройство личности

При зависимом расстройстве личности выявляются пассивность, подчиняемость, внушаемость, постоянная потребность в заботе. В повседневной жизни они малоактивны, утомляемы, им недостает инициативы, способности противостоять чужим желаниям, у них отсутствует уверенность в своих силах. Потребность поддерживать значимую связь часто приводит к искаженным взаимоотношениям. В семье они находятся на положении «взрослых детей».

### Смешанное расстройство личности

Эта категория предназначена для личностных расстройств и аномалий, которые часто причиняют беспокойство, но не проявляются специфическим набором симптомов, которые характеризуют расстройства, описанные в F60.-. В результате часто они более трудны для диагностики, чем расстройства в рубрике F60

### Лечение

Лечение психопатий само по себе малоэффективно, поскольку они не являются заболеваниями в собственном смысле этого слова. Целями лечения психопатии являются перестройка личностных установок, изменение оценки своего Я, формирование правильного понимания принципов своих отношений с окружающими.

Имеющиеся в распоряжении психиатров лекарственные средства позволяют эффективно воздействовать лишь на отдельные проявления психопатий — эмоциональные расстройства, тревогу, возбуждение и т.д. Назначение психотропных препаратов может лишь частично способствовать улучшению адаптации, компенсации той или иной личностной черты. Выбор психотропного препарата определяется ведущей симптоматикой. При стойком снижении настроения назначают антидепрессанты, при постоянной тревоге — транквилизаторы.

Антидепрессанты (особенно серотонинергические) оказались также эффективны для лечения навязчивостей. При выраженной возбудимости, несдержанности, асоциальных поступках назначают нейролептические средства. Особенно эффективны нейролептики при паранойяльной психопатии: они снижают аффективную напряженность данных пациентов, уменьшают подозрительность. Нейролептики уменьшают выраженность навязчивостей, избавляют психастеников от «избыточности» мышления («мыслительной жвачки»).

Наличие отчетливых эмоциональных вспышек (дисфорий) может указывать на необходимость назначения противосудорожных средств. Наиболее часто в этом случае назначают карбамазепин (финлепсин). Карбамазепин также показан пациентам с аффективными психопатиями и отчетливыми колебаниями настроения (по типу циклотимии).

Следует быть осторожным в назначении психопатам средств с отчетливым эйфоризирующим эффектом (барбитуратов, бензодиазепиновых транквилизаторов, мепробамата, оксibuтирата натрия, психостимуляторов), поскольку у них быстрее, чем у кого-либо, формируется зависимость от этих средств. При расстройствах сна лучше использовать седативные нейролептики и антидепрессанты (тизерцин, хлорпротиксен, соннапак, амитриптилин). Во избежание суицидов не следует выписывать больным большие количества лекарств одновременно.

По общему признанию специалистов, ведущую роль в лечении психопатий (особенно краевых) должна играть психотерапия. Лишь с ее помощью можно изменить установки личности, внести коррекцию в представление личности о своем Я и помочь найти пути построения правильных межличностных взаимоотношений. Методы психотерапии могут быть различными— индивидуальный и групповой. Конкретные методы психотерапии применяются с учетом формы психопатии, индивидуальных особенностей и проблем пациента

## Вывод

Таким образом, психопатия как врожденная аномалия личности существует как врожденная данность, но ее клинические проявления становятся очевидными в результате изменения условий существования. Последние, определяя динамику психопатии, могут оказывать как компенсирующее, так и декомпенсирующее воздействие. В принципе то же самое может происходить и с нормальными личностями, находящимися постоянно в ситуации хронического конфликта (невротического развития). В этих случаях также могут развиваться достаточно стойкие личностные девиации, что делает дифференциальную диагностику этих состояний достаточно проблематичной. Однако патологическое развитие психопатической личности под влиянием неблагоприятных жизненных обстоятельств, как правило, приводит к более тяжелым личностным трансформациям, достигающим подчас по выраженности клинических проявлений психотического уровня. При подобной неблагоприятной динамике течение психопатии может приобретать характер бредового психоза (паранойя), осложняться алкоголизмом, токсикоманиями, различными психогенными, в том числе и психотическими, реакциями

## Используемая литература

- Жмуров В.А. «Психиатрия»: Издательство «Умный доктор», 2018г
- Национальное руководство, гл. редакторы чл.-кор. РАН Александровский Ю.А., проф. Незнанов Н.Г.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г
- Цыганков, Б.Д., Овсянников, С.А. Психиатрия: Издательство «ГЭОТАРМедиа», 2020г.
- «Психопатология. Учебник и практикум для вузов» В.А. Дереча, Москва, Юрайт, 2019
- Д.Ф. Хритинин «Лекции по психиатрии и наркологии»; издательство БИНОМ, 2019г
- «Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии» Беккер И.М., Бином, 2019 г.