**1. ИСТОРИЯ, ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ И СОВРЕМЕННОЕ**

**СОСТОЯНИЕ ПСИХИАТРИИ**

Психиатрия как самостоятельная дисциплина сформировалась 150 лет назад. *Периоды формирования:*

- донаучный - избавление от больных

- понимание сущности психиатрических заболевание, определения пути их лечения и возвращение к полноценной жизни людей, перенесших психозы.

Психически больные люди представлялись как одержанные злым духом или пороком или блаженными. Их ждала соответствующая судьба.

*Научное понимание психиатрии.*

В Древней Греции и Риме - материалистический подход (Демокрит, Пифагор, Гиппократ, Галек): мозг - центр психической деятельности. Врачи древности описывали припадки и изменения личности при эпилепсии.

Термин «истерия» дал Гиппократ (от греческого - матка). В те времена господствовало представление о блуждающих **в** теле органах, а матка вообще отдельный организм. Ее перемещения приводили к истерии. Лечили истерию, смазывая половые органы благовоньями и окуривая их, чтобы привлечь матку. Или давали зловонные средства, чтобы отогнать ее на место.

Соран Эффеский - в комнате больного окна должны быть повыше, чтобы нельзя было выброситься, а кровать иногда заменять соломой, но и ее проверять подробно, в период выздоровления надо уметь уговорить больного сходить на прогулку, заняться гимнастикой.

Но гуманное отношение встречало отпор: Тит проповедовал голодный режим; иные всех больных предлагают держать в темноте.

Лишь 200 лет назад гуманизм вернул свои позиции. Арабы заимствовали из греческих и римских источников и использовали их в своей практической деятельности. «Ненормальные» появились по воле Аллаха. Именно арабы создали первые приюты для психически больных.

В средние века появление таких людей было безотрадным.

В Европе 14-17 веков было сожжено 3 млн. ведьм (инквизиция). Многие психически больные нищенствовали, проводили все время в церковных приютах и тюремных камерах. В Лондоне - специализированные комнаты (бедламные комнаты), маленькие, без мебели, больные голые, опутаны цепями, врачи - надзиратели лечили плетями, по выходным на смотровых площадках, их могли наблюдать англичане, дразнили психически больных.

Во Франции - Сальпетриер - 1965 г. - приют - Порох, завод (пытки): больные не получали еды, их пытали, показывали, больных катали как колесо (камера в Сальпетриере).

В конце 18 - нач. 19 века в Германии считалось, что человек обладает полной свободой выбора между добром и злом. Неправильное поведение, отсюда следует, больные сами встали на порочный круг. Их надо наказывать (цепи, кандалы, смирительная рубашка, «труша») чтобы закрыть рот больного, чтоб тот не кусался и плевался - груша Аолтенритта; смирительный стул, смирительная кровать, принудительное стояние - распятие; вращающаяся кровать - для успокоения психосоматического возбуждения; вращательное колесо, беседка с приспособлением для провала в бассейн; на голову разгоряченного человека выливается ледяная вода (StarxBad).

Французская буржуазная революция: французское правительство издало декреты о создании домов для душевно больных. Филипп Пинель - главный врач психиатрической больницы впервые 24 мая 1792 г. снял цепи с 49 больных Сальпетриера. Это успокоило больных.

Жан Эскироль (ученик Пинеля) внедрил обязательный медицинский осмотр всех психически больных и широко привлекал психически больных к работе в Париже перед входом в психиатрическую больницу Сальпетриер.

Джон Конолли инициировал принятие английским парламентом закона, запрещающим любые меры насилия над психически больными.

В России отношение к психически больным: жалели, называли Богом наказанными. Князь Владимир 996 г. наложил на церковь обязанность за счет десятины княжеских доходов открывать в городах «странноприемницы», сиротские и вдовьи дома.

Дохрист. Русь была пантеистич. и демонология не была развита, отсюда следует, что народ не искал причину необычного поведения в сношениях со злым духом.

Разорение в 13 в. Киевской Руси и нашествие монгол, отсюда следовал упадок монаст. медицины. Московское княжество восстановило гуманное отношение к п/б.

Многие блаженные или юродивые имели особое положение - могли говорить все, что хотят («глас божий»). Василий Блаженный смело обличал политику Ивана Грозного, но он участвовал на погребении Василия Блаженного. Их хорошо принимали в домах, считали их появление за благо, их кормили, одевали, обували.

В 1721 г. Петр I подписал указ, запрещающий направление психически больных в приюты при монастырях, тогда были созданы долгаузы - дома для умалишенных, основные стационары психиатрической службы. Академия утвердила положение «Об учреждении дома для безумных». *Безумные делятся* на бешеных, эпилептиков, лунатиков и меланхоликов. Долгаузы - 3-х этажные здания: 1 - для бешеных; 2 - меланхолики, лунатики; 3 - эпилептики. Врач мог употреблять все средства для излечения больных. Больных отпускали с врачебным аттестатом по излечению. 1856 г. - первая в России Казанская психиатрическая больница. 1937 г. - открыта, 1927 г. - Пензен.

Положение больных равно Бедламу.

Борьба с психиатрическими заболеваниями была та же, что и в Европе. Но к 20-30 гг. 19 в. Как во Франции расковали больных Преображенского долгауза в Москве. Василий Федорович Саблер сделал это, переименовал их в больницы, на больных заводили скорбные листы. Его окружали Фрезе, Корсаков.

Корсаков (первый руководитель психиатрической клиники в Москве, исследовал алкогольный паралич - корсаковский психоз) - выдающийся отечественный психиатр.

До Корсакова психиатрия строилась по синдромному принципу. Он настаивал на перспективности нозологического принципа. Его традиции продолжали: Сербский (судебный психиатр), Ганнушкин (пограничная), Тохарский.

Бехтерев - анат. - физиол. основы психиатрии. Книга - «Учение о болезнях мозга» - материал, подтверждение.

Кандинский Виктор Хрисанович убежден: психическая болезнь - болезнь мозга. Впервые описал псевдогаллюцинации.

С первых же дней после Октябрьской революции были созданы детская психиатрия и различные формы психологической помощи.

Сеченов и Павлов. Павлов последние годы жизни посвятил выяснению патогенеза ряда психопатического синдрома - галлюцинационных, зрительных, аффективных расстройств и неврозов.

С конца 19 в. было много лженаучных концепций («О вырождение как причине психических нарушений и криминального поведения» - Ломброзо: признаки лица и черепа и психологические черты для определения «дегенеративных» черт личности; неразвитость нравственного чувств характерна для преступников, но он не учитывал влияние среды). Эту теорию взяли на вооружение нацисты, провозглашая арийскую расу, а другие народы неполноценными, подлежащими уничтожению.

В последние десятилетия психиатрия из узкой специальности превратилась в многоплановую дисциплину, которая включает: социальная, экономическая, военная, промышленная, этическая психиатрия катастроф и др. Кроме того, выделяются детская и подростковая, и психосоматическая психиатрия.

Психическое здоровье отображает общее состояние развития общества, является важным индикатором экологического и социального благополучия.

Считается, что больше 30% всего населения России нуждается в помощи врача-психиатра. Помощь получают - 7,5 млн. (150% всего населения). Наблюдается значительное увеличение роста психических расстройств, обусловленных хронической социально-стрессовой ситуацией. Если число больных с эндогенными психиатрическими заболеваниями (шизофрения, МДП, эпилепсия) в России соответствуют уровню заболеваемости в других странах, то пограничные формы психиатрических расстройств имеют тенденцию к росту. На рубеже столетий принято оглядываться назад, чтобы увидеть будущее в прошлом:

развитие систем, подхода к пониманию причин и механизмов психиатрических заболеваний.

патоморфоз (видоизменение) психопатологического проявления под влиянием современной терапии, социальных и других факторов.

рост пограничных расстройств.

широкое внедрение в практику современных фармацевтических препаратов.

- сближение психиатрической и общемедицинской практики. Что не хватает современной психиатрии:

- фундаментальных знаний о механизмах работы мозга. В связи с чем, в методах исследования все еще много субъективизма.

- доброты и материальной щедрости общества в отношении психически больных. Развитие психиатрической помощи в 21 столетии будет связано с новыми научными разработками, повышением культуры психиатрической помощи в последствии приведет к исчезновению страха перед психиатрией.

**Психиатрия -** медицинская наука, содержанием которой является изучение этиологии, патогенеза, клиники нарушений психики, лечения, течения, исхода, эпидемиологии, профилактики, определения трудовой, военной годности, ответственности за совершенное преступление (правонарушение!).

Современное отношение к проблеме психического здоровья исходит из принципа «презумпция психического здоровья», т.е. никто не должен доказывать отсутствие у себя психических болезней. Гражданин изначально психически здоров.

При рассмотрении человека, как объекта психиатрии, в плане дел-я: здоровье - болезнь, отсюда следует, нужно уделять внимание индивидуальности. *Степени психиатрического здоровья:*

идеальное здоровье или эталон - не встречающееся в реальной жизни психологическое состояние.

средне статист. здоровье - средний уровень психологического состояния.

Конституциональноесоотношение типов психологического состояния здоровья людей с типом телесной конституции.

акцентуация - вариант, характеризующий особой выраженностью некоторых черт характера.

предболезнь - появление разрозненных признаков патологии, синдромально незавершенных.

*Критерии психиатрического здоровья:*

осознание идентичности физического и психического «Я»

критичность к себе

адекватность психических реакций внешним обстоятельствам

способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами

5. способность планировать жизнедеятельность и реализовывать это

*Психиатрическая болезнь -* отсутствие критериев психиатрического здоровья.

Психиатрия - не только наука о хронических болеющих, длительно находящихся в психиатрических стационарах. Большая часть обращающихся за помощью к психиатру не нуждается в стационарном лечении, находятся под наблюдением, не теряя способность к труду.

Сократ: «как нельзя приступать к лечению глаза, не думая о голове, или лечить голову, не думая о своем организме, так нельзя лечить тело, не леча душу».

**2. РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ И ВОСПРИЯТИЯ**

**Ощущение -** наиб, прост, вид деятельности, заключающийся в отражении отдельных свойств и признаков предметов, а так же состояний организма, отсюда следует ощущение тепла, холода, боли.

**Восприятие -** целостное отражение явлений и предметов, возникающих в результате анализа и синтеза ощущений, путем их сопоставления с предшествующим опытом. **Представления -** результат оживления образов и явлений, восприняты ранее. **Ощущения:**

*Иитерацептивные -* сигнал, о состоянии внутренних процессов организма. Дров. - плохо дифференцированные ощущения, чувство голода, успокоения, комфорта. *Проприоцептивные -* сигнал, о положении, перемещении тела в пространстве => форменное представление о теле, «схема тела» (вестибулярный аппарат).

*Экстероцептивные -* основной источник информации о внешнем мире (обоняние, вкус). Наиболее часто встречается изменение интенсивности ощущений. Патология ощущений:

1. количественные (изменение интенсивности ощущений)

2. качественные (сенестопатии, синестезии, сенестезии) - нарушение восприятия цвета)

1. *Анестезия, гипестезия.* Частный случай аналгезия - утрата больным чувствительности (при острых психических состояниях, сопровождающееся обманом восприятия, аффективными нарушениями, психомотическое возбуждение). Чаще у больных истер, нервозом.

*Болезненная психическая анестезия -* субъектное ослабление, какого - либо вида чувствительности, связанная с выпадением эмоционального тона ощущений. Объективно не выявляется.

**Гиперстезия -** усиление одного (нескольких видов чувствительности).

**Гиперальгезия -** при легких депрессиях больные сами дают себе прогноз психосоматического ощущения или сенсации.

*2. Сенестопатия*

1) патологические ощущения с полиморфизмом (разнообразные боли, ощущение холода, жжения);

2) имеют вычурный характер => с трудом формируют жалобы;

неприятный, тягостный, мучительный аффективный тон ощущений, созвучен с тревожно-депресс. настроении;

необычная локализация - неопредел, разм., часто меняющееся, не свойственное симптоматике общесоматических заболеваний.

2 вида сенестопатии:

**Синестезии -** нарушение со стороны двигательной сферы, имеющее субъектный характер, чувство потери равновесия, шаткости походки. Объективно не подтверждается.

**Синестезии -** возникает в результате взаимодействия органов чувств, при которых качества ощущений одного вида переносятся на другой вид ощущений (окрашенный слух - у Скрябина).

*Нарушение качества цвета (иллюстрация цвета) -* искажение восприятия окраски предметов. Ксантопсия - желтый цвет, эритропсия - красный цвет.

*Расстройства ощущений:* гиперстезия - начало острых психозов, наркотического опьянения, астения и депрессия.

Состояния анестезии - острые психозы, депрессия, неврозы, прогрессирующий паралич, оглушение.

*Сенестопатии -* инволюц., инф. и орган, заболеваний головного мозга, неврозах, при раках, при маскировке депрессии, особенно обильны и вычурны при шизофрении. Расстройства восприятия - иллюзии и галлюцинации. **Иллюзии бывают:**

аффективные.

вербальные (слуховые).

парейдолические.

**Иллюзии -** ложное восприятие реальности существующего объекта.

*парейдолические иллюзии -* фантастические зрительные образы, воспринимаемые вместо реальных образов.

*аффективные иллюзии -* при состоянии тревожного аффекта, ожидания, напряжения, страха, лихорадочных состояниях, помрачениях сознания. Могут быть у здоровых лиц, у детей, после страшных рассказов, фильмов ужасов.

*вербальные иллюзии -* искажение реальных слуховых образов. Например, вместо нечетко произнесенного слова слышится собственное имя. Их значение, когда больной слышит в речи окружающих намеки, угрозы в свой адрес, клиническое лечение очень серьезно - свидетельствует о начале психического заболевания (шизофрения, алкогольный делирий, послеродовой психоз).

**Галлюцинации -** мнимое чувствительное непроизвольное возникающее представление, для которого в данный момент нет реального разд-я. Это восприятие без объекта.

Истинные галлюцинации: **зрительные:**

*-* *элементарные -* фотопсии, фосфрены - простые, не складывающиеся в предметный образ обманы зрения: вспышки света, блестки.

Среди сложных:

*зоологические* (алкогольные, интоксикозные психозы).

*демономанические* (интоксикозные психозы).

*-* *антропоморфные -* знакомые и незнакомые лица, живших или умерших. Аутоскопические - видения собственного образа, своего двойника.

*-* *полиопические -* многократно повторенные образы, расположенные в один ряд (интоксикозные психозы). Диплопические - в два ряда.

*сценоподобные -* видение галлюцинаций сцен, совместно связанных и последовательно вытекающие одна из других.

*зрительные вербальные галлюцинации* Сегла - видение букв, слов, текстов.

*эндоскопические -* видение собственных внутренних органов.

Могут быть ч.-б., окрашенными в один цвет (эпил. - ярко-красный, синее) или несколькими. Разные размеры: нормоптическое, макроптическое (гулливер - галлюцинация), микроптические (лилипут - галлюцинация). Рельефные, аделоморфные (размытые, нечеткие).

*-* *кинематографические галлюцинации -* мнимые образы лишены объемности, проецируются на стены, пол. Больные считают, что им показывают кино (интоксикозы, алкогольные психозы).

Подвижные - движутся слева направо и наоборот. Стабильные - не двигаются.

Чаще галлюцинации проецируются в реальную обстановку, воспринимаемую наряду с окружающими предметами или заслоняют собой последние. Экстракалепиния - локализуются вне поля зрения - сбоку, сверху, «за спиной» (при шизофрении).

**Слуховые -** наиболее частые, разнообразные по содержанию.

Простые слуховые галлюцинации:

*акоазмы* (простые) - элементарные неречевые галлюцинации (шум, треск, шипения).

*фонемы -* отдельные слоги, выкрики, отрывки, обрывки фраз.

*галлюцинации музыкального содержания -* звучание музыкальных инструментов, пение. При алкогольных психозах - вульгарные частушки; эпилепсия - звучание органы, духовная музыка, звон церковных колоколов.

Сложные слуховые галлюцинации:

*-* *вербальные (словесные) галлюцинации -* «голоса» - отдельные слова, фразы, разговоры. Содержание может быть абсурдным, лишенным всякого смысла, но в них выражаются различные идеи, но не безразличные больным.

В начале психического заболевания вербальные галлюцинации могут возникать в виде окликов имен, фамилии, однократные.

*комментирующие галлюцинации -* отражают мнение о поведении больных (доброжелательные, язвительные, ироничные, обвинительные).

*императивные* (приказывающие) - приказы адресованные им (отказаться от беседы с врачом, от пищи, переставлять предметы). Иногда приказания бывают разумными - «идти к психиатру». Иногда больные не придают им значение. Непреодолимая императивность - близость к явлениям психического автоматизма.

могут дублировать высказывания. При чтении копируется содержание прочитанного - симптом эко-чтения.

стереотипные.

по типу монолога.

множественные (поливокальные).

по типу диалога - один хвалит, другой - осуждает.

контрастирующие - один приказывает сделать одно, другой - противоположное.

сценоподобные - множество голосов создают впечатление сложной ситуации.

поэтические - «голоса» сочиняют стихи, эпиграммы, каламбуры и др. Они могут (человеческие образы) общаться с больными (приходит утром и приветствует) или существуют автономно. Через больных можно поговорить с «голосами».

*Наблюдаются галлюцинации с характером предвосхищения -* голоса как бы опережают, предугадывают события и предугадывают, что больной вскоре почувствует (у него заболит голова, позыв на дефек.). «Голоса могут» говорить медленно, нараспев, скороговоркой. В галлюцинациях практически не встречаются заикания, дизартрии.

- криптолалические - больные чувствуют, что слышат голоса, говорящие на иностранных языках, они понимают сказанное, но языком не владеют.

Они могут быть разные по громкости, четкости (невнятные, шелестящие; громкие). Воспринимается как реальная речь, но могут быть как по радио.

Источник локализуется больным, как правило, в реальном окружении. Они могут локализовать их, они могут быть на отдалении или на поверхности тела, нашептывают. Но голос идет снаружи по направлению к больному. Реже - наоборот. Чаще воспринимается 2 ушами, может 1 ухом.

Побуждающие к самоубийству галлюцинации - тяжелая депрессия; угрожающие, эхо; контрастные, дублирующиеся - шизофрения.

**Обонятельные -** мнимое восприятие различных запахов. Проекция различна: запахи от них, их половых органов или исходят от собственных внутренних органов.

**Вкусовые -** ложные вкусовые ощущения, возникающие вне связи с приемом пищи или каких - либо веществ.

**Галлюцинации кожного чувства -** разнообразные обманы восприятия, связанные с различными видами кожной чувствительности.

- тактильные - мнимые ощущения прикосновения или ползанья на теле, над кожей, внутри неё. Нередко они локализуются в полости рта - ощущается присутствие волос, крошек.

галтические - мнимое ощущение резкого схватывания, ударов.

эротические - мнимое восприятие мероприятий на половых органах.

стереогиостические - мнимое ощущение присутствия в руке, какого - либо предмета.

температурные.

- исгрические - ложные ощущения присутствия на поверхности какой либо жидкости. *Интерацептивные -* ложное присутствие внутри тела живых существ, инородных тел. *Моторные -* ложное ощущение движения.

*Вестибулярные -* ложное ощущение подъема, кувыркания.

Объектом образа может быть все тело. При тифе - симптомы двойника (чувство удвоения тела). Перевоплощение в тело волка - ликантропия, в кошку - галеонтропия, в собаку - коноантропия.

*По условиям возникновения:*

1) Функциональные - развиваются с использованием реального раздражителя в пределах того же анализатора (слышу сзади).

2) Рефлекторные - локализуются в одном из анализаторов при действии раздражителя на другой.

Гипнагогические

Гипнопомпические

Психогенные - в результате психической травмы.

6) Индуцирующие - под влиянием внушения.

**Псевдогаллюцинации.**

Описаны Кандинским (1890 г.) Виктором Хрисантовичем. Признаки:

не проецируются в реальное пространство.

образы носят назойливый характер.

не имеют характера объективного действия.

- чувство сделанности, насильственности, воздействия из вне. Они воспринимают нечто внутри головы, внутри себя.

К истинным галлюцинациям больные относятся, как и к реальным. Они всматриваются, защищаются, прислушиваются, затыкают уши, облизываются, сплевывают и т.д. Под влиянием галлюцинаций больные могут совершать поступки, отражающие смысл галлюцинаций (спасение, бегством, ловят, нападают на окружающих). Больные считают, что окружающие воспринимают эти образы так же.

При псевдогаллюцинациях отсутствует внешняя направленность внимания, они уверены, что они касаются их.

По Кандинскому (физиологическая теория), основа псевдогаллюцинаций - проц. патология возбуждения головного мозга. По Павлову, основой галлюцинаций является патологическая инертность в различных анализах головного мозга, восприним. раздражение из окружающего мира и из внутренних органов.

Современная концепция Попова о фазовом торможении как патофизической сущности галлюцинаций. Подтверждается: легкое возникшее между сном и бодрствованием, легко возникает в гипнотических состоянии, в просоночном состоянии и повышается к ночи. Но нейролепт., повышается в торможении в коре головного мозга, не всегда оказывается эффективно. Нередко галлюцинации, особенно слуховые, оказываются устойчивыми к действию нейролептиков.

**3. РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ. ПСИХОЛОГИЯ**

**МЫШЛЕНИЯ**

**Мышление -** психический процесс опосредованного отражения существующих сторон предметов и явлений и их взаимосвязи.

**Понятие -** форма мышления, отражающая существующие признаки предметов и явлений объективного мира.

Понятия бывают абстрактные и конкретные.

Составляющие элементы понятия - признаки. Чем больше объем понятия, тем беднее содержание.

**Суждение -** форма мышления, в которой высказывается мысль о предмете. Понятие отражает совокупность существенных признаков предмета, перечисляют их, а суждение отражает их связи и отношения.

**Умозаключение -** форма мышления, которая выводит из одного или нескольких суждений новое заключение.

Виды мышления:

наглядно действительное

образное

абстрактно-логическое

*Наглядно-действительное -* суть отражения связей предметов и явлений, включенная в практическую деятельность человека. Используется для решения задач в практической деятельности, часть м-зом проблем и ошибок.

*Образное -* отражение связей и отношений с помощью содержащихся в памяти образов предметов и явлений.

*Абстрактно-логическое -* отражение связей путем оперирования понятиями. Форма выражения мышления - речь. Как отражение мышления она обладает логичностью, темпом, гибкостью, подвижностью, критичностью, любознательностью и др.

*Мышление -* основная составляющая часть интеллекта.

**Расстройства мышления:**

Количественные:

нарушение темпа мышления Качественные:

нарушение связанности мышления

патология идеи

нарушение логического строя Количественные: **Нарушение темпа мышления:**

**Тахифрения -** ускорение мышления - характеризуется быстрой сменой мысли. Субъектом переживается как интеллектуальный подъем, особая ясность мыслей. Наблюдается при маниакальных состояниях, в эпизодах психического возбуждения.

**Брадифрения -** заторможенность мышления проявляется затрудненным образом мыслей, уменьшении их числа, однообразием, скудность мышления. Субъективно -«ощущение отупения, неясности в голове». Наблюдается при депрессии.

**Торпидность -** вязкость, тугоподвижность мысли - замедление темпа мыслительного процесса в виде затруднения перехода от одной мысли к другой, вследствие длительной фиксации предшествующих ассоциаций, их вязкость. Встречается при огран. поражениях головного мозга - эпил-е, травматическая болезнь, сосудистые поражения.

**Шперрунг** (закупорка мыслей) - эпизодически возникающее состояние блокады мыслительной деятельности. Больные топчутся на месте, повторяют одни и те же фразы, сознание не нарушено, память о событиях остается. Заканчивается внезапно. Наблюдается при шизофрении.

**Ментизм -** непроизвольное насильственное воздействие мыслей, воспоминаний, обычно плохо запоминающихся и нелепого содержания. Как правило, непродолжительные. Больным рассматривается как результат насильственного воздействия на психику. Относительно к проявлению ассоциативного автоматизма. Наблюдается при шизофрении, эпидемическом энцефалите, травматических повреждениях головного мозга, реактивных психозах.

Качественные:

**Нарушение связанности процессов мышления:**

**Разорванность мышления -** разрыв логического строя речи с сохранением способности составлять грамматически правильные фразы и предложения. Она может проявляться монологами, при этом больного реакция собеседника не интересует. Может проявляться в письменной речи. Наряду с монологами, разорванность речи - шизофазией, разорванность мышления может проявляться симптомами мимо-ответов, в которых отсутствует логическая связь между вопросом и ответом. Например, на вопрос: «как ваше самочувствие» - Тюрьма - школа жизни, труда и работы трактора.

**-Инкогеренция** (бессвязность) - нарушается и логический, и грамматический строй. Речь, как правило, имен существительных, которые могут рифмоваться. При аментивном помрачении сознания, спутанность сознания в острых психотических состояниях разного генеза.

Нарушения логического строя:

**Резонерство** (тангенциальное мышление) - непродуктивное, склонное к общим рассуждениям, суждения приобретают характер беспочвенных, беспредметных и не приводящих к конкретному выводу словесных построений. Высказывания нередко, многословны, высокопарны.

**Обстоятельность** (патология) - чрезмерная детализация при описании каких - либо явлений и неспособности разграничить главное и второстепенное. Темп рассказа замедлен, перевести рассказ больного на другую тему невозможно. Ответ больного на вопрос врача о первом припадке. Наблюдается при органических заболеваниях головного мозга и в частности при эпилепсии.

**Парологическое мышление -** одностороннее, предвзятое направление мыслительной деятельности, в ходе которой принимается во внимание лишь отдельные случайные факты. Выводы больных неожиданные, странные, отчего оно называется мышлением «с выкрутасами». Оно не является полностью не логичным, логика есть, но она своеобразна. **Патологические идеи:**

1. навязчивые идеи - 1617 г. - описаны впервые Платтером.

Клинические особенности:

непроизвольность, непродолжительность возникновения.

чуждость сознания.

- понимание их болезненности и критического к ним отношения при неврозах и психопатиях.

постоянное ощущение тревоги и внутреннего беспокойства.

наличие «персеверационного принуждения».

Навязчивости по К. Ясперсу: Отвлеченные:

навязчивый счет (арифмомания).

- навязчивые репродукции - назойливое припоминание забытых терминов, имен, эпизодов из жизни.

2. образные, чувств-е, к ним относят навязчивые страхи - агрофобия, гипсофобия, клаустро-, тонатофобия; навязчивые сомнения или боязнь сомнений - неуверенность в правильности совершенных действий, вынуждающая больных многократно проверять сделанное; навязчивые опасения - необоснованные страхи в удачном исходе привычных действий, могут касаться даже простых, автоматизированных актов глотания, ходьбы, произношения слов; навязчивые воспоминания - непроизвольные появления в сознании образных воспоминаний о неприятном реальном событии из жизни больного; навязчивые влечения - стремление совершать непристойные, бессмысленные и опасные поступки. Например, броситься в одежде в воду, лечь под машину, громко выругаться; навязчивые действия -

) тики - непроизвольное подергивание отдельных групп мышц;

произнесение слов-паразитов;

онихофагия - стремление грызть ногти;

трихотиломания - стремление выдергивать волосы.

По мере прогрессирования болезни навязчивости могут трансформироваться в другие нарушения психической деятельности (психические автоматизмы, дереализации, деперсонализация, амбивалентность, слуховые галлюцинации).

Патофизические механизмы навязчивостей были изучены Павловым в 1933 г. (навязчивым состояниям соответствует появление в коре головного мозга изолир-го функц. «больного пункта» с наличием пат. инертного, застой возб-я).

**Сверхценные идеи (СИ).**

Впервые описаны в 1892 г. Суждения односторонние отражающие реальные обстоятельства и доминирующие в сознании в силу их особой личной значимости. Содержание их не бывает странным, нелепым, оно верно отражает реальные факты. *СИ отличаются:*

стойкостью

способностью застревать в сознании

эмоционально насыщены

- способностью оказывать значительное влияние на поведение больного

Выделяют 3 варианта СИ:

1)Сверхценные идеи, связанные с переоценкой биосвойств своей личности 4 варианта:

дисморфофобические идеи характеризуются преувеличением имеющегося соматического заболевания

идеи сексуальной неполноценности

идеи самоусовершенствования - физического или психического здоровья. Для реализации их используются различные системы (культуризм, диета, йога, или создают новые)

2)Сверхценные идеи, связанные с переоценкой психологических свойств своей личности 3 варианта:

*идеи изобретательства -* преувеличение больным значимости сделанных им изобретений и рациональных предложений

*идеи реформаторства -* возникают на основе дилетантской ревизии существующих социальных и экономических концепций с предложением собственных, осуществление которых становится целью их жизни

*идеи талантливости -* состоят в убеждении больного в том, что он особо одаренная личность. Достижение всеобщего признания становится целью его жизни.

3)Сверхценные идеи, связанные с переоценкой социальных факторов 3 варианта:

*идея виновности -* привлечение значимости поступков больного

*эротические идеи -* обычные знаки внимания противоположного пола расцениваются больным, как признак страстной влюбленности в них

*идеи сутяжничества* (кверулянтство) - убеждения в необходимости борьбы с реальными общеизвестными недостатками, возводимыми больными в ранг социальной неисправности.

Сверхценные идеи могут встречаться в виде моносимптомов, у акцентуировавшихся и психопатических личностей, в начале формируется бредовые идеи.

**Бредовые идеи -** возникающие на болезненной почве неверные, ложные мысли, не поддающиеся коррекции. Совокупность их - бред.

*Признаки:*

ложное содержание идей

болезненная основа их возникновения

убежденность в их правильности

недоступность к психологической коррекции

**Бред** (Снежневский, 1970 г.).

1. первичный (интерпретированный, паранойя, систематизированный, истинный, бред толкования) - нарушение преимущественного реального, логического познания при сохранности чувств познания. В его развитии 3 периода:

*период инкубации -* предвестники бреда (недоверчивость, подозрительность, переоценка своей личности)

*манифест бреда -* внезапное озарение. Интуитивное постижение тайного смысла различных событий прошлого, настоящего и будущего.

*терминальная стадия -* распад бреда, что связано с выздоровлением, улучшением состояния или слабоумия.

Содержание может быть разным: реформаторства, ревности, изобретательства, преследования, высокого происхождения.

) чувственный (образный, вторичный) - развивается с самого начала в рамках сложного синдрома вместе с другими психическими нарушениями (синестопатии, галлюцинации; сознания, афф-ой сферы, расстройства памяти). Фабула - представления обыденного или фантастического содержания. Обычно это Стрый бред, лишенный последствий системы доказательств, фрагментный, изменчивый, здесь нет активной работы над содержанием бреда. Ему, как правило, предшествует «бред настроения».

аффективный (голотимный) - возникает на фоне депрессии маниакальных состояний.

псих, обусловл. бред - развивается в связи с психотравматической ситуацией, повышенной внушаемостью и рядом других дополнительных факторов - переутомление, длительное лишение сна, соматическое неблагополучие, злоупотребление алкоголем. Наблюдаются «совместные психозы» или «психозы вдвоем».

*Патофизиологическая основа бреда -* образование инертного патологического очага возбуждения во 2-ой сигнальной системе при первичном бреде, в 1-ой сигнальной системе - при вторичном бреде.

**4. РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ И ЭМОЦИЙ. РАССТРОЙСТВО**

**СОЗНАНИЯ**

Сознание, как продукт деятельности головного мозга - отражение человеком в идеальной форме не только внешнего мира, но и самого себя в своей психической деятельности.

По своей структуре *выделяют синдромы помраченного сознания:*

аментивный

делириозный

онероидный

сумеречное помрачение сознания

оглушение

аура

Тетрада Ясперса (признаки помраченного сознания):

*-* *отрешенность -* затруднение или невозможность восприятия окружающего мира. Внешний мир, события, происходящие в окружающем мире, не привлекают внимание больного.

*-* *дезориентация* в месте, времени, окружающих предметах.

*-* *бессвязность мышления -* слабость и невозможность суждения, сопровождающаяся речевыми расстройствами.

*-* *полная или частичная амнезия* периода помрачения сознания (конградная).

аментивный синдром (острое бессмыслие) - возбуждение в пределах постели. Преобладают бессвязность мышления, речи, двигательных актов, растерянность. Повышенная отвлекаемость, аффект недоумения. Высказывания состоят из отдельных слов, бессвязных звуков. Больные дезориентированы во времени, месте, себе. Внимание фокусируется с трудом. По завершении периода - полная амнезия. Реакции замедленные, возбуждение с подергиваниями. Зрительные и слуховые галлюцинации выражены слабо. Наблюдается при острых инфекционных психозах (сыпной тиф), психических расстройствах (шизофрения), при кататоно-онериодном приступе.

делирий.

*Выделяют делирии по причине возникновения:*

интоксикационный

травматический

сосудистый

инфекционный

**Делирии -** галлюцинации помрачения сознания с преобладающими зрительными галлюцинациями и иллюзиями образного бреда, двигательного возбуждения и сохранностью ориентировки в собственной личности.

Проявления наступают постепенно.

Первая стадия - ближе к вечеру или ночи появляются общие возбудимость, оживление двигательной и мимической реакций. Больной говорлив, изменчивое настроение с восторженностью. Образные сценоподобные воспоминания.

*Вторая стадия -* зрительные иллюзии, эпизодическая дезориентация во времени и месте.

*Третья стадия -* истинные зрительные галлюцинации, единственные или множественные. Аффект и поступки соответствуют содержанию увиденного. Ориентировка в окружающем мире нарушена, в собственной личности сохранена. Воспоминания о расстройстве фрагментаризированы.

Во 2 и 3 стадиях периодически появляются так называемые люцидные промежутки - непродолжительные минуты, часы, во время которых исчезают все психические расстройства.

Иногда утяжеление сознания приводит к возникновению *мусситирующего делирия -* преобладание двигательного хаотического возбуждения; наблюдаются фрагментарные галлюцинации или они отсутствуют, люцидного промежутка нет, сочетается с аменцией, симптомы корфологии - стереотипные обирающие движения (наличие патологии волос, тел во рту, на себе), что свидетельствует об утяжелении клинической картины. Появляются нейровегетативные расстройства (гипертермия, гипергедроз, тахикардия, тахапное, колебание артериального давления, мышечные подергивания). Продолжительность мусситирующего делирия - 3-7 суток. Исчезают расстройства критически, после непродолжительного сна.

*Профессиональный делирий -* при глубоком помрачении сознания больной выполняет знакомые ему профессиональные действия, т.к. он убежден, что находится на своем производстве, рабочем месте и его поступки, действия, мимика, речь соответствуют его служебной деятельности.

3. онероидный синдром (Онейрос - бог сна)

1)обилие полиморфной симптомики: ментизм, сценоподобные галлюцинации, псевдогаллюцинации, аффект, нарушения, деперсонализация, дереализация.

2)последовательность и связанность болезненных переживаний, подчиненных одной теме.

3)романтически - фантастическое содержание переживаний; при выходе из состояния больные рассказывают смысл этих переживаний.

4)нарушение ориентировки в собственной личности. Больные непосредственно участники событий, а не свидетели. Душа «отделяется» и существует независимо от тела. Они чувствуют себя перевоплотившимися в других существ. Нарушается восприятие времени: идет в любом направлении или застывает. Страд-т ориентировка в окружающем - частичная, иллюзорная, фантастическая, двойная.

5)отсутствие связи между сознанием переживаний и поведением.

Поведение - кататон. ступор или возбуждение, контакт с больным отсутствует.

6)полные и связные воспоминания о субъективных явлениях во время онероида и отсутствием или фрагментарными воспоминаниями об окружающей действительности.

4. сумеречное расстройство сознания - утрата ясности сознания с полной отрешенностью от окружающего мира или его отрывочным или искаженным восприятием при сохраненных привычных автоматических действиях.

Восприятие окружающего прерывается полностью, вступить в контакт с больным невозможно, спонтанная речь отсутствует или стереотипное повторение отдельных фраз, движения обеднены и замедленны или возникают эпизоды хаотического возбуждения.

Они могут сочетаться с автомат-ми:

*амбулаторный автоматизм -* бессмысленное многократное повторение одного или нескольких несложных двигательных актов. Выписывание одной и той же буквы на письме.

*транс - автом.,* представл. довольно сложными последовательными действиями, которые кажутся правильными, целенаправленными, но они не планируются больным. Это не волевее действия.

Больные стремятся к перемещению в пределах дома, области, страны. Больные не привлекают к себе внимания. Он длится минуты, часы, сутки.

*-* *фуга -* чисто моторный акт передвижения. Проявляется внезапно возникшим бесцельным бегом, уходом, которые не связаны с предыдущим психическим состоянием. Кратковременна.

Возникают и днем и ночью (лунатизм, сомнамбулизм, снохождение)

5. оглушение - понижение сознания или его опустошение.

Признак - затруднение восприятия внешних воздействий вследствие увеличения порога возбудимости анализаторов. Наблюдается ослабление запоминания. Нет бреда и галлюцинаций.

*По глубине выделяют степени:*

- обнубиляция - облачность сознания - ясное сознание нарушается на несколько секунд или минут оглушением. Восприятие и осмысление окружающих объектов становится отрывочным. Способность к контакту понижается, вызывает прояснение сознания только сильное раздражение.

-сомиоленция - более глубокое и продолжительное оглушение. Восприятие внешних раздражителей заметно затруднено, тихий разговор больной не воспринимает, его речь малоартикулируется, движение и речь вялые.

сопор - глубокое оглушение. Больной неподвижен, глаза закрыты, словесный контакт невозможен, сильные раздражения вызывают недифференцированную реакцию (защитную).

кома - выключение сознания. У больного отсутствует реакции даже на сильные раздражители, отсутствуют коленные рефлексы. Оглушение наблюдается при экзогенных (отравление СО2, алкогольное отравление, ЧМТ, заболевания головного мозга) и эндогенных интоксикозах.

6. аура сознания - предвестник эпилептического припадка, прот. с незначительным помрачнением сознания. Выделяют: двигательную, сенсорную, вегетативную, психическую - проявл. генерализ. или фокал. припадка.

**Двигательная аура -** судорожное сокращение отдельных групп мышц лица перед припадком;

**Психическая аура -** иллюзорные и галлюцинационные переживания с легкой степенью помрачнения сознания;

**Сенсорная аура -** соматосенсорные ощущения в конечностях и внутренних органах;

**Вегетативная аура -** гипертермия, гипергидроз, колебания артериального давления и пульса на фоне легкого помрачнения сознания.

***Расстройства эмоций.***

**Эмоции -** психический процесс, отражающий субъективное отношение человека к действительности и себе. Эмоции бывают:

1) стенические (возбуждение): радость, надежда, гнев. 2) астенические (расслабление): страх, печаль, тоска.

**Настроение -** малодифференциальное эмоциональное состояние слегка окрашивающее познавательные и волевые процессы.

**Страсть -** длительн., выраженное и напряженное эмоциональное отношение с направленностью на определенный субъект/объект или вид деятельности.

**Аффект -** кратковременные повышенные силы эмоционального раздражения, быстро овладевающие человеком, протекающие с бурной мимикой, возникающие на фоне ясного сознания.

Продуктивные эмоциональные расстройства состоят из:

1) гипотимии - депрессивный аффект - в основе триада Протопопова:

низкое настроение

двигательная заторможенность

идеат. заторможенность

**Тоска -** эмоциональное расстройство с преобладанием грусти, подавленности и угнетением всех психических процессов. Может сопровождаться тягостными ощущениями за грудиной, в области сердца, называется в связи с этим витальной.

**Тревога -** эмоциональное состояние, характеризующее внутренним волнением, беспокойством. Сопровождается предчувствием надвигающейся беды, опасениями, обращенными в будущее.

**Страх -** интенсивная отрицательная эмоция, содержанием которой является опасение о своем будущем. Может быть генерализованным в судорожный синдром, либо обратное раздражение.

**Пат. аффект -** кратковременное психическое расстройство, выражается во внутреннем приступе необычайного гнева или ярости, в ответ на психологическую травму. На фоне помраченного сознания, бурное двигательное возбуждение с автоматическими действиями и последующей амнезией. Описан Крафт-Эбингом в 1868 г.

**Дисфория -** особая форма расстройства, при которой утешение сознания сочетается с раздраженностью и злобностью.

2)гипертимия - в основе триада Протопопова:

высокое настроение

двигательная активность

идеатор. активность

**Эйфория -** эмоциональное состояние, с преобладанием радости бытия, жизненного счастья и стремление к деятельности.

**Мория -** веселое возбуждение, сочетается с грубыми шутками, часто сопровождается с интеллектуальной слабостью.

**Экстаз -** состояние восторга, иступляющее восхищение, нередко сочетается со снижением сознания, помрачением сознания.

) паратимии - извращение эмоций.

**Амбивалентность -** одновременное существование 2-х противоположных по знаку эмоциональных оценок одного и того же события.

Эмоциональная неадекватность - кач-е несоответствие эмоциональной реакции вызвавшему ее поводу.

Симптомы «стекла и дерева» - сочетание эмоциональной тупости с повышенной решимостью.

)нарушение динамики эмоций.

**Эмоциональная лабильность -** быстрая, частая смена полярности эмоций, возникающих часто беспричинно.

**Эмоциональная тугоподвижность -** длительное застревание на одной эмоции, повод для которого уже исчез.

**Слабодушие -** невозможность сдержать внешние проявления эмоциональных реакций.

Негативные:

. сужение эмоционального резонанса - низость напора ситуации, на которую раньше реагировал больной.

. эмоциональная патологическая инверсия - крайняя степень сужения резонанса.

. эмоциональная нивелировка - исчезновение дифференцированного эмоционального реагирование, проявляется одинаковыми эмоциональными реакциями на ситуации различной значимости.

. бледность эмоций - снижение силы эмоциональных проявлений, сопровождается уменьшением выраженности мимики и жестов.

. эмоциональная тупость - бесчувственность, безразличие, полная эмоциональная опустошенность (паралич эмоций).

**5. РАССТРОЙСТВО ПАМЯТИ, ИНТЕЛЛЕКТА, ВОЛИ,**

**ВЛЕЧЕНИЙ И ВНИМАНИЯ**

**Память -** способность воспроизводить воздействие из вне, закреплять, сохранять и воспроизводить полученную информацию.

**Кратковременная память -** огромное число впечатлений, которые фиксировались на короткое время, а затем исчезают.

**Долговременная память -** связана с осуществлением отбора, сохранением и возможностью воспроизведения в будущем информации, поступающей в начале в кратковременную память.

Характеризуется повышенной устойчивостью ко всяким воздействиям.

Из кратковременной памяти в долговременную память переходит информация, которую человек осознает как важную.

**Оперативная память -** функционирует в данный конкретный момент деятельности.

Степень выраженности памяти зависит от уровня эволюционного развития.

**Видовая память -** обусловлена генетическими факторами.

**Индивидуальная память -** приобретается каждым организмом в процессе его жизни. Зависит от воздействий окружающей среды и от видовой. Эти виды памяти взаимодействуют.

Индивидуальная память:

)механическая (при олигофрении)

)логически-смысловая (при шизофрении)

Обычный человек обладает смешанной памятью.

***Расстройства памяти.***

Когда нарушены запоминание, сохранение, воспроизведение - количественные расстройства (дисмнезии); сочетание расстройства памяти с ложными воспроизведениями и другими - качественные расстройства (парамнезии).

Количественные расстройства:

*Гипермнезия -* повышение способности воспроизведения давно забытых событий. Усиление воспроизводимостей этих событий сочетается с ослаблением запоминания текущей информации. Наблюдается при маниакальных состояниях, некоторых вариантах эпилептической ауры, опьянениями наркотиками, помрачениями сознания.

*Гопомнезия -* частичное выпадение из памяти фактов и явлений, т.е. больной вспоминает не все, а лишь яркие воспоминания. Входят в структуру невротической, наркоманной, психоорган., синдр., болезней психического старения.

Легкая степень - слабость воспроизведения даты, цифр, имен, расположение в хронологическом порядке.

Амнезия - полное выпадение из памяти фактов и явлений.

)ретроградная - выпадение из памяти впечатлений предшествующих острому периоду болезни (тяжелые гипоксии и аноксии головного мозга, травмы головного мозга).

)антероградная - выпадение из памяти событий, происходящих в период после открытого периода болезни (аменция, Корсаковский синдром).

)антроретроградная (тотальная) - выпадение из памяти событий, до, во время и после острого периода (кома, аменция, травмат., токсич., сосудист, кор-я головного мозга).

) конградная - полное или частичное выпадение из памяти событий самого острого периода болезни (аменция, сумеречные расстройства сознания, сопор, кома, делирий).

)фиксационная - отставание способности запоминать текущие события (Корсаковский синдром, старческое слабоумие, прогрессирующая аменция).

) анекфория - способность к вспоминанию только после предварительной подсказки (астенический и психоорган, синдром, старческое слабоумие).

)прогрессирующая амнезия - распад памяти в соответствии с «законом обратного хода памяти» (Рибо): идет в порядке, обратном формированию памяти; вначале исчезает память на последние события и сложные виды информации. А затем события в молодости и простые навыки.

аффектогенная (кататимная) - пробелы, в памяти, встречающиеся психогенно по механизму вытеснения аффективно насыщенных, неприятных событиях.

истерическая - из памяти выпадают отдельные события и факты, психологически неприемлемые для больного. В отличие от аффектогенной - сохраняются события, не касающиеся лично больного. Входит в структуру истерического синдрома.

10) скотомизация памяти - случаи, возникающие у лиц, не имевших истерических черт характера.

Качественные расстройства:

при которых возникают ложные или искаженные воспоминания, происходит смешение настоящего и прошлого, реального и воображаемого.

**Псевдореминисценции -** провалы в памяти защищаются событиями, происходившими с больными в действительности, но давно. Называют - «перенос событий».

**Экмнезии -** сдвиг ситуации в прошлое, стирается грань между прошлым и настоящим (Корсаковский синдром, психозы позднего возраста).

**Конфабуллезии** - пробелы в памяти заполняются ложными, вымышленными воспоминаниями (сильные психозы, прогрессирующая амнезия, Корсаковский синдром).

**Криптомнезии -** искажение памяти, при которой наблюдается присвоение воспоминаний. Пробелы памяти заполняются реальными событиями, происходившими с другими лицами.

Варианты криптомнезии:

)болезненное присвоение воспоминаний - услышанное, прочитанное,

Увиденное воспринимается как имевшие место в действительности и заполняют пробелы (патолог, плагиат) - присвоение себе авторства различных научных идей.

2)отчужденное воспоминание - противоположное расстройство. Реальные события из жизни больного предстают как имевшие место с кем-то иным. При психоорган., параноидном синдроме, при шизофрении.

**Эхомнезия -** обманы памяти, при которых события, факты предстают удвоенными, утроенными, т.к. тенденция события проецируется в настоящее и прошлое. Входят в структуру психоорг. синдрома и при шизофрении.

**Галлюцинаторные воспоминания Кольбаума (конкретная факторемия)** - факт, узнанный в период галлюцинаторных переживаний, фиксируется как реальное событие и проецируется в прошлое, где действительно не был.

Входит в структуру галлюцинаторных, параноидных синдромов, наблюдается при шизофрении.

**Псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания** (В.Х. Кандинский) - созданный воображением факт тут же становится содержанием слуховой (чаще) или зрительной галлюцинации и с этого момента воспринимается в сознании больного как воспоминание о реальном событии, якобы имевшем место в прошлой жизни. При шизофрении.

***Расстройства интеллекта.***

**Интеллект -** приобретенные знания, опыт, способность к их дальнейшему накоплению и использованию. Признаки интеллектуальной личности: критичность к себе и своим поступкам, чувство юмора. Важна для интеллекта речь (которая является озвученной мыслью). Мышление - интеллект в действии.

Врожденное недоразвитие и олигофрения. Название дал Крепелик. Слабоумие, приобретенное в первые 3 года жизни. Нарушение восприятия - воспринимаются предметы конкретно, внимание пассивно. Память недостаточна - механическая не страдает, страдает логически - смысловая.

Речь бедна, нарушена, беден словарный запас. Заболевание не имеет прогредиентности.

Приобретенные расстройства интеллекта (деменция).

**Деменция -** результат снижения или распада интеллектуальных способностей. Важнейший признак - полная или частичная потеря ранее полученных знаний и накопленного опыта.

Деменций столько, сколько заболеваний, ведущих к слабоумию.

*Формы деменций:*

**шизофреническая -** главная черта - снижение интереса, уровня возбуждений и психической активности, полная бездеятельность, апатия. Ранний признак - непродуктивность мышления, резонерство, парологическая вычурность.

**эпилептическая -** сочетание интеллектуальной недостаточности с изменениями в личности в виде обстоятельности, инертности, застреваемости, аффекта, злобой, мстительностью, злопамятностью. Сужение кругозора, обучения речи, склонность к взрывам.

**органическая -** характеризуется полным распадом личностного ядра с явлениями немотивированной раздражительности, гневливости, дисфоричности настроения.

***Расстройства волевой сферы.***

**Воля -** психический процесс, заключающийся в целенаправленной, мотивированной психической деятельности, связанный с преодолением внешних и внутренних препятствий, направленных на удовлетворение внутренних потребностей человека.

Важное значение играют мотивации - совокупность желаний и побуждений, которые пои уровню содержания бывают:

Низшие мотивы:

инфантильно-идонические - деятельность личности определяется стремлением получать удовольствие в сфере инстиктивно-физиологических потребностей.

эгоистически - утилитарные - стремление извлечь личную выгоду, часто в ущерб интересам окружающих.

Высшие мотивы:

альтруистические - стремление принести как можно больше пользы обществу, не думая при этом о личной выгоде.

псевдоальтруистические - стремление принести пользу окружающим всегда связано с желанием приобрести взаимную выгоду (ты - мне, я - тебе).

Непосредственные побуждения к деятельности приводят к произвольным действиям.

**Непроизвольные действия -** совершаются в результате неосознаваемых побуждений, лишены плана, возникают в состоянии аффекта, растерянности, страха.

**Произвольные действия -** осознание цели и предварительное осмысление способов ее осуществления.

**Волевые -** разновидность произвольных, они необходимы для преодоления препятствий.

В самом начале волевого акта имеет место одновременное возникновение нескольких мотивов, впоследствии, второй этап - борьба мотивов, об окончании этапа свидетельствует выбор мотива, принятие решения, определяется цель деятельности, далее планирование конкретной деятельности, которая составляет волевое усилие. Их осуществление приводит к реализации задания, цели и удовлетворение возникшей потребности.

Черты волевого человека:

самостоятельность

решительность

настойчивость

самообладание

Черты не волевого человека:

внушаемость

нерешительность

упрямство

- волевая неустойчивость Угнетение воли.

**Гипобулия -** снижение интенсивности к снижению количества побуждений к деятельности. Крайняя степень выраженности - абулия. Отсутствуют побуждения к деятельности и ее мотивы. Встречается при невротических, депрессионных состояниях, абулии, шизофрении, слабоумии. Клинические проявления абулии:

**Анорексия** - исчезновение аппетита, резкое угнетение пищевого инстинкта. Является ведущим признаком синдрома нервной анорексии.

**Снижение либидо -** угнетение полового влечения. При неврозах, депрессии, наркомании, алкоголизме.

**Торможение оборонительных реакций -** угнетение инстинкта самосохранения (при депрессии).

**Гипокмизия** (двигательное торможение) - замедление темпа произвольных движений. **Акмизия -** полное отсутствие произвольных движений. Входит в структуру астении, ступора.

**Гипомимия** - снижение интенсивности, объема, экспрессии мимических движений. Полное отсутствие мимики - **амимия.** При ступоре, депрессии, апато - абул. синдроме. **Мутизм -** отсутствие спонтанной речи при возможности произносить и понимать речь. Наблюдается при ступоре. Усиление воли:

**Гипербулия -** патологическое усиление интенсивности и количества мотивов деятельности. 4 варианта:

1)эйфорическая - возникает на фоне эйфории, никогда не доводится до конца. Наблюдается при маниакальном синдроме. Из-за повышенной отвлекаемости внимания волевое усилие истощается.

2)психопатическая - непоследовательность. Наблюдается при психопатиях.

3)дементно-эгоцентрическая - на фоне регресса личности, мотивация определяется личностными интересами. Переходит на гедонический и эгоистический уровень.

4)дементно-асемическая - суетливая псевдоделовитость на фоне выпадения симптомов выпадения высших корковых функций.

*Клинические формы гиперболии:*

**эйфорическая гиперкмезия -** завершающий этап, характеризуется двигательным возбуждением на фоне хорошего настроения, план не завершен.

**кататалическая гиперкмезия -** характеризуется нецеленаправленным, хаотичным, непродуктивным двигательным возбуждением в сфере произвольных движений. Входит в структуру кататонического синдрома.

**гиперкмезия с автоматизмами -** на фоне нарушения сознания, входит в структуру сумеречного помрачнения сознания. Внешне выглядят как правильные целенаправленные действия, но в действительности они бессмысленные и не планировались больными.

**галлюцинационная гиперкмезия -** при галлюцинационных переживаниях, гиперкмезия соответствует этим воспоминаниям.

**бредовая гиперкмезия -** на фоне бреда, отражает фабулу бреда.

**тревожно-депрессивная гиперкмезия** (ажитация) - возникает на фоне тревожно-депрессивного аффекта, нецеленаправленная, непродуктивная суетливость.

**Булимия -** резкое увеличение пищевого инстинкта, неумеренный аппетит, который сочетается с неразборчивостью в пище. При деменции, олигофрения последних степеней.

**Гиперсексуальность -** резкое увеличение полового влечения, приобретенный характер доминирующего мотива: мужская - сотериазис, женская - нимфомания. Наблюдается при маниакальных, психопатических, катотонических синдроме, слабоумии, сопр. мастурбация.

Извращение (парабулия):

**Копрофагия -** патологическое влечение к поеданию несъедобного (в узком смысле - поедание фекалий).

**Перверзии -** извращения полового влечения:

- аутоэротизм - фантазирование на эротические темы, мастурбация (онанизм), нарциссизм (любование собственным телом).

альголагния - влечение к сексуальному удовлетворению путем причинения физической боли себе (мазохизм) или половой партнеру (садизм).

фетишизм - сексуальное удовлетворение от созерцания предметов интимного туалета лиц противоположного пола.

эксгибиционизм - обнажение половых органов в присутствии лиц противоположного пола с целью получения полового удовлетворения.

трансвестизм - стремление принимать внешний облик лиц противоположного пола.

визионизм - подглядывание за обнаженными лицами противоположного пола (в момент купания, отправления физиологических потребностей).

гомосексуализм - половое влечение к лицам своего же пола. Он встречается в виде лейсбийства (трибадия) и мужеложства (педерастии).

педофилия - половое влечение к малолетним.

геронтофилия - половое влечение к старикам.

зоофилия - половое влечение к животным.

некрофилия - половое влечение к трупам.

- пигмамеонизм - половое влечение к статуям, фотографиям, картинам.

**Амбитендентность -** одновременное существование двух мотивов и целей деятельности. Наблюдается при кататоническом синдроме.

Импульсивные действия - сложные двигательные акты, которые возникают внезапно, сопровождаются агрессией.

**Эхопраксия -** повтор жестов, мимики окружающих.

**Эхолалия -** повтор слов, фраз, произнесенных окружающими.

**Речевые стереотипии -** однообразное, монотонное повторение одних и тех же слов.

Виды:

- персеверации - многократное повторение ответа данного больным на предыдущий вопрос.

- вербегирации - повтор бессмысленных слов, монотонно.

*Вычурность* (манерность) - необычность, нелепость действий со стереотипическим их повторением.

*Двигательные стереотипии -* однообразное, неадекватное повторение нелепых движений и поз.

*Негативизм -* немотивированный отказ, сопротивлению воздействию из вне. Варианты:

активный - с сопротивлением;

пассивный - в виде невыполнения данных больному инструкцией. **Восковая гибкость -** длительное сохранение больным приданной позы. При кататоническом синдроме.

**Пассивная подчиняемость -** патологическая готовность к выполнению любого действия, указания.

***Расстройства внимания.***

**Внимание -** соотношение психических процессов, которые заключается в его направленности на определенные объекты и явления; является одним проявлений воли.

1. произвольное - сознательно регулируются волей человека.

2. непроизвольное (активное) - возникает независимо от сознательной деятельности человека.

1)рассеянность внимания - нарушение способности сохранять его направленность.

2)истощаемость внимания - прогрессирующее ослабление интенсивности внимания, впоследствии невозможность поглощенности работой => ее непродуктивность.

3) сужение объема внимания - объем внимания ограничен объектами, имеющими ситуационное или индивидуальное значение.

4)туподвижность внимания - патологическая фиксация, затруднение переключения с одного объекта на другой.

5)отвлекаемость внимания - патологическая подвижность, проявляющаяся частым изменением направленности внимания, в силу чего резко снижается ее продуктивность.

Апрозексия - выраженность степени отвлекаемости. Полное отсутствие способности сосредоточиться на определенном объекте/субъекте. При маниакальных состояниях, невротических, аффективных расстройствах, снижение иммунитета, слабоумие.

**6. АЛКОГОЛИЗМ И НАРКОМАНИЯ**

Алкоголизм - хроническое экзогенно - психическое расстройство, вызванное злоупотреблением спиртными напитками, характеризующееся патологическим влечением к алкоголю.

Причины: остаточная алкогольная интоксикация. Термин предложен в 1819 г. - Магнус Гусе.

Симптомы зависимости от алкоголя включают:

сильное желание принять алкоголь.

нарушение контроля за потреблением алкоголя.

употребление алкоголя, как в будние, так и в выходные дни.

пренебрежение альтернативными удовольствиями и интересами..

абстинентный синдром.

опохмеление.

Распространенность: по ВОЗ - 2%, в мире - 120 млн., соотношение больных мужчин и женщин в США - 2:1; в России - 6:1.

Этиопатогенез: этиоф-р - токсическое действие алкоголя. Алкоголизм - мультиф. заболевание, зависящее от наследственного предрасположения и влияния среды. В патогенезе наибольшее значение отводится влиянию на функции нейрохимической системы головного мозга: дофамин, серотамин.

Низкие дозы - стимулируют эти системы, высокие - тормозят (картина заторможенности).

Постоянный прием алкоголя ведет к истощению запасов дофамина, что требует повторного приема, который еще более усугубляет это истощение, так возникает порочный круг.

АЛДГ окисляет алкоголь до воды и углекислоты. Недостаток АЛДГ ведет к увеличению концентрации ацетальдегида, в связи, с чем возникают симптомы интоксикации: тошнота и т.д.

Этот фермент отсутствует у 50% людей монголоидной расы, отсюда следует меньшая распространенность алкоголизма у них.

В большинстве европейских стран (и России) недостаточность АЛДГ не обнаружена.

*Морфология мозга:*

Прижизненные исследования головного мозга. ЯМР-Т выявили атрофию коры и подкоркоркового строения, что отражает прямое тоне, д-е и опосредованное влияние на мозг, вызванное алиментарной недостаточностью витаминов группы В.

Гистопатическое проявление алкоголизма - энцефалопатия, в тяжелых случаях - исчезновение нейронов.

*Особенности алкоголизма у женщин:*

Семейная отягощенность в два раза выше, чем у мужчин. Течение имеет особенности:

более поздний возраст начала - 26 лет, а у мужчин - 22 года.

более быстрый прогресс.

биологические предпосылки к более тяжелому течению.

меньший % воды в организме, т.е. концентрация алкоголя в крови выше.

меньшая активность или полное отсутствие желудочного АЛДГ.

более высокая всасываемость алкоголя в ПМС.

преобладание запоев и их раннее возникновение.

- импульсивный характер влечения к алкоголю по типу «короткого замыкания», т.е. сначала употребление, затем принятие решения.

**Острая алкогольная интоксикация -** преход. пат. состояние, возникающее всегда за приемом алкоголя.

1. простое алкогольное опьянение - синдром, структура которого зависит от дозы принятого алкоголя, от времени от момента приема, био и психологических особенностей личности.

Степени его определяются концентрацией алкоголя в крови:

**Легкая степень -** 20-100 ммоль/л - повышенное настроение, пониженная самокритика, неустойчивое внимание.

**Средняя степень -** 100-150 ммоль/л - замедленное мышление, смазанная речь, суждения плоские, эмоции брутальные. Неврологически: некоординация движений, атаксия, дизартрии, понижение болевой и температурной чувствительности, тошнота, рвота.

**Тяжелая степень -** 250-400 ммоль/л - угнетение сознания вплоть до комы и припадков. При дозе равной 800 моль/л происходит смерть от паралича дыхания (из-за сдавления дыхательного центра в связи с отеком головного мозга).

2. измененные формы простого алкогольного опьянения:

1) дисфорический вариант - вместо эйфории мрачное настроение, конфликтность, агрессивность. У больных с огранич. патологий головного мозга.

2) параноидный - подозрительны, ревнивы, обидчивы. Наблюдается у психопатов.

3) гебефренный - дурашливость, стереотипные движения и фразы, дебоширство, кривляние. Наблюдается у подростков, юношей.

4) истерический - демонстративные суицидальные попытки, сцены отчаяния и «сумасшествия». Наблюдается у истерических личностей.

3. патологическое опьянение.

Результат высокой чувствительности к алкоголю из-за переутомления, интоксикации, мозговой недостаточности, и др., т.е. оно внешне мало напоминает простое, по существу это сумеречное расстройство сознания.

***Хронический алкоголизм.***

Основа класс, картины - 3 синдрома:

1)патологическое влечение к алкоголю.

2)алкоголический абстинентный синдром (ААС).

3)алкогольная деградация личности.

Патологическое влечение к алкоголю. 2 разновидности:

первичное - психическая зависимость на фоне продолжительного воздержания от алкоголя => постоянные разговоры об алкоголе.

вторичное - физическая зависимость - во время опьянения, похмелья (тождественно желанию дышать, пить, есть).

ААС - комплекс вегетативных, соматических, неврологических и психических нарушений, возникающих вследствие прекращения употребления алкоголя.

*Клиника ААС -* головная боль, головокружение, чувство разбитости, жажда, тошнота, вздутие живота, жидкий стул, повышенное артериальное давление, боли в области сердца, низкое настроение.

Отличается от постинтоксикозного синдрома у лиц, не страдающих алкоголизмом - «физическая зависимость» - сильное желание опохмелиться, внутренняя напряженность, раздраженность, дисфория, подавленность.

Структура ААС состоит из 2 частей:

патологическое влечение к алкоголю

признаки токсического действия алкоголя

ААС возникают через 6-48 часов после употребления спиртного и длится от 2-3 дней до 2-5 недель.

3. Алкогольная деградация личности.

Особенность - нравственно - этическое снижение - лживость, потеря совести, и чувство долга, эгоизм, характеристические тенденции, эмоциональное огрубение. Сокращение дистанции - беседа « нос в нос».

Интеллектуальное снижение определяется токсическим действием алкоголя на головной мозг. Выраженность снижения пропорциональна давности и тяжести алкогольной интоксикации. Выраженное интеллектуальное снижение, развивается на отдельных этапах, выявляется у 45-70% алкоголиков.

Ко времени формирования алкогольного слабоумия проявляется тяжелая и многообразная соматическая и неврологическая патология - жировая инфекция печени (90%), алкогольный гепатит (40%), цирроз печени (20%), панкреатит (75%), аритмия (63%),мозговые инсульты, ослаблении иммунной системы. 3 стадии:

1)начальная - патологическое влечение к алкоголю на грани здоровья и болезни, изменение поведения и социального облика.

Характерны: исчезновение защитного рвотного рефлекса, регулярное употребление.

2)средняя - появление ААС. Регулярное опохмеление => ежедневное пьянство (запасное/постоянное употребление алкоголя).

Толерантность к алкоголю повышается до тех максимума и достигает 5-6 кратных величин. В клинике преобладают психопатоподобные расстройства и «амнезия» опьянения (не помнит события до опьянения).

3)конечная - характеризуется психическим дефектом - отсутствие критики, распущенность низших влияний, бездеятельность, ослабление интеллектуально-ленестических функций. Толерантность к алкоголю снижается.

ААС протекает крайне тяжело с выраженными психическими нарушениями - страхом, бессонницей, иллюзиями, галлюцинациями, бредом, нарушением ориентировки, нарушением мочеиспускания, эпилептическими припадками.

У некоторых больных на этой стадии может наступить самопроизвольная ремиссия, в которой они проявляют заботу о своем «пошатнувшемся» здоровье. В это время алкогольная деменция может иметь обратный ход.

Алкогольные (металкогольные) психозы возникают во второй и третьей стадиях.

Термин отражает прежние взгляды: алкоголь непосредственно действует на мозг, но установлено, что это результат токсического действия и поражения внутренних органов, нарушения обмена веществ.

1. острые (делирий, галлюциноз, бредовые психозы).

**Алкогольный делирий («белая горячка»).**

- 1813 г. описаны Саттоном симптомы «белой горячки», не связывая их с алкоголизмом. Через 5 лет эту связь установил Райе.

Составляет 75% от всех психозов. Различается в первые сутки или часы после употребления алкоголя в ААС.

Наблюдается нарушение ориентировки, суетливость, наплывы мыслей, вследствие - иллюзии, потом галлюцинации. При углублении делирия появляется ложная ориентировка в окружающей среде. Поведение зависит от обманных восприятий. Появление ведений сопровождается аффектом удивления, любопытства. К зрительным галлюцинациям присоединяются слуховые, затем вторичные бред преувеличения; колдовства. Больных легко удается отвлечь от болезненных переживаний предложением почитать (на чистом листе видит только, что услышанные слова - симптом Рейхарда). При надавливании на глаза - видят животных - симптом Липмана. Характерно: через 3-4 суток психические расстройства исчезают, содержание частично амнезируется.

Наблюдается тремор рук, бессонница, потливость, горизонтальный нистагм. Т.к. обманы восприятия исчезают после сна, то задача врача, чтобы больной заснул. Алкогольный делирий - неотложное состояние в психиатрии.

Тяжело протекающий делирий начинается как класс-й, затем за первые стуки появляется оглушенность, и клиника сменяется на клинику муссит. делирия - больные совершают хаотические движения руками, в контакт не вступают. На 4-5 день может возникнуть гипертермическая кома и смерть. Наблюдается бессонница, потливость, тремор рук, горизонтальный нистагм, судорожные припадки.

**Фантастический делирий** возникает на высоте класс, делирия - растерянность, иллюзорное восприятие окружающего. Заторможенность, двойная ориентировка, сценические зрительные галлюцинации фантастического характера с аффектом страха и отчаяния.

**Алкогольный галлюциноз** (галлюцинаторное помешательство пьянки). 1) острый (3-4 недели) 2) затяжной (1 мес. - 1 год) 3) хронический (больше года)

*Острый* начинается с вербальных галлюцинаций комментир. характера, ориентация не нарушена, аффект любопытства, удивления, затем возникает вторичный бред, возможны суицидальные попытки на высоте аффекта отчаяния.

*Затяжной -* депрессивные расстройства и идеаторные автоматизмы. Длится от 1 месяца до 1 года.

*Хронический -* встречается редко и проявляется в виде бредовых галлюцинаторных расстройств. Трудоспособность сохраняется.

***Алкогольные бредовые психозы.***

1)алкогольный бред преследования (алкогольный параноид) - образные бредовые преследования + иллюзии + галлюцинации + аффект страха. Больные замечают преследователей, спасаются бегством. Психоз длится 10-14 недель.

2)алкогольный бред ревности - вначале опасения поддаются коррекции, далее формируется систематизированный бред. Больной приводит идеи супружеской неверности, факты и способы расправы. Большая опасность для конкретного лица.

3. алкогольные энцефалопатии характеризуются сочетанием 3-х групп расстройств: психические, соматические, неврологические.

Выделяют острые и хронические. Острые - Э. Гайс - Верликс, хронические - Корсаковский психоз.

1. Алкогольный Э. Гайс - Верликс - чаще больной мужчина 35-50 лет, после тяжелых алкогольных психозов. Начинается поражение внутренней нервной системы, больные истощены, птоз, симптомы орального автоматизма, кожа бледная, малиновый язык, двоение в глазах, горизонтальный нистагм. В результате нарушение трофики мягких тканей, далее отек, пролежки и некроз. Днем - сонливость, ночью - делирий. Прогноз неблагоприятный. Смерть к концу второй недели от присоединения соматических заболеваний (пневмония). Психоз не приводи к смерти, длится 3-6 недель и заканчивается грубым психоорг. синдромом.

2. Корсаковский психоз (алкогольный паралич).

Чаще в возрасте 40-50 лет. Психические расстройства - амнезия, дезориентировка, конфабуляции. Конфабуляции имеют содержание фактов обыденной жизни. Соматически поражаются почти все внутренние органы; неврологические симптомы: периферические невриты, ослабление сухожильных рефлексов. При прекращении пьянства и лечении течение заболевания может быть реградиентно.

***Лечение хронического алкоголизма.*** Больные плохо излечиваются - лишь 1%. Этапы:

купир-е алкогольной интоксикации.

восстановительная терапия, направленная на нормализацию функций организма.

- стабилизирующая терапия, направленная на формирование устойчивости больного к негативным воздействиям внешней (социальной) среды, поддержание длительной ремиссии.

1-й этап:

дезинтоксия

витамины группы В в повышенных дозировках, транквилизаторы

- дефицит магния => МgSО4 внутримышечно 1-2 раза в день (под контролем артериального давления) - профилактика тремора

Немедикаментоз. методы:

1) энтеросорбция, понижение ААС на 1-2 дн., АУВМ, АУВ 2) ГБО - влечение переход в отвращение ГБО способна предотвращать ААС в соответствии алкогольного опьянения 2-й этап:

- «аверсионная терапия» => физическая непереносимость алкоголя из-за нарушения метаболизма и с появлением в крови токсических продуктов неполного распада алкоголя (дисульфрам, тетурам, эспераль), метронидазол (трихопол, фуразолидон). Она носит психологический эффект.

Митронидазол менее токсик., назначают по 0,75 3 раза в день на 2-3 недели.

Фуразолидон назначают в суточной дозе 0,6-0,8 г в 3 приема. Но он у большинства больных вызывает через 7-10 дней. Непереносимость спиртного при приеме 40-80 мл водки - гипермия лица, шеи, сердцебиение, одышка и др. Поддержание дозы - 0,5 г в день. Вкус выпитого спиртного становится отвратительным.

- одномоментное лечение - «кодирование», «торпедо» и др. 3-й этап:

- психотерапия - реабилитация больного, формирование и закрепление навыков трезвого образа жизни.

Лечение алкогольных психозов:

массивная дезинт-я, форсир. диурез

гормонотерапия (преднизолон 60-120 мг в сутки)

борьба с отеком мозга (мочевина 60-90 г внутривенно)

мегадозы витамина группы В

для борьбы с бессонницей, оксибутират №

- нейролептики (галоперидол) Лечение должно быть комплексным!

При бреде ревности - инсулинотерапия, трифтазин, галоперидол.

При алкогольных энцефалопатиях - витамины, глюкоза, инсулинотерапия, седативная терапия

***Наркомании.***

-группа болезней, причиной которых является употребление веществ, вызываемых эйфорию и изменение состояния. С течением времени эйфория снижается, помрачнение сознания усугубляется. Появляется аффект тревоги, страха, злобы, что приводит к агрессивному состоянию.

При выходе из опьянения - пробелы в памяти. Срок развития зависимости - 1-2 недели, 1-1,5 лет (зависят от вещества).

Опийные наркомании (морфин, омиопон, героин). Выделяют 3 фазы:

- толчок в голову, волна тепла, сужение диаметра зрачков, гиперемия.

- блаженство до экстаза.

- поверхностный сон.

Через 6-18 часов абст. синдром - «ломка» - боль в мышцах из-за гиперкинезов разгибательной мускулатуры, потливость, тревога, суицидальные попытки. Патологическое влечение развивается через 2-3 инъекции. Астенический синдром, похудание на 15-20 кг. желтушность кожи, кариес зубов, трофические расстройства. Живут наркоманы 5-7 лет, излечение 15%.

Наиболее распространенная форма наркомании. В конопле содержится 60 психопатических веществ - панабиоидов. Наркотик из стеблей и листьев конопли с небольшим добавлением цветков, называется **марихуаной,** смола, собранная из цветков конопли - **гашиш** (анаша, план). Как правило, их курят, реже - с пищей, напитками. Эйфорию вызывают после 5-6 курений. Через несколько минут после курения - ощущение тепла во всем теле, особая легкость, утрата собственной массы, меняется восприятие окружающего и времени - цвета кажутся яркими, звуки громкими, течение времени - ускоренным. Все вокруг кажется сказочным, наблюдается смешливость, дурашливость, отсюда название - «дурь». Вегетативные нарушения: сухость во рту, блеск глаз, сужение зрачка. Длительность действия - 30 мин. Далее резкое чувство голода, повышенная сонливость. Одежда долго сохраняет специфический сладковатый запах.

Абстин. синдром развивается через 5-6 лет; двигательное возбуждение, снижение памяти и интеллекта развиваются со временем. Внешний вид больного - желтый, истощенный.

**Кокаин** (снег, кокс, девочка) - вдыхание. Вызывает подъем общего тонуса, расширение зрачков, эйфория. Опьянение продолжается 3 часа, далее следует слабость через фазу сна. Толерантность - до Юг в день. Абст. синдром развивается через 2-6 месяца - двигательное беспокойство, тревога, бессонница, слабость, тоска. Длительность - 2-3 недели. Развивается истощение, эмоционально грубеют, злые, агрессивные, гневливые, поведение беспорядочное. При передозировке - делирий.

**Вдыхание паров органических растворителей.**

- пары бензина, лаков, клея, красок, толуола. Чаще у подростков 15-16 лет. Для патологического влечения достаточно 3-5 вдыханий, толерантность может быть - 15-20 вдыханий. При вдыхании ощущают веселье, радость, блаженство. Особенно притягивают к потреблению - яркие сценоподобные галлюцинации в виде мультфильмов.

***Лечение наркоманий.***

Начинается с поэтапного отнятия наркотика:

Стационарно:

1-й этап - дезинтоксикация

-й этап - восстановление обменных нарушений и нормализация психического состояния

Амбулаторно:

3-й этап - выявление основного синдрома психической зависимости и проведение целенаправленной терапии

-й этап - противорецедивное поддерживающее лечение

При калабиоидной (конопля) абстиненции - купирование симптомов: т.е. симптомы лечения головной боли, расстройства сна, сердцебиения, раздражительности (валериана, пустырник, седуксин, аминазин).

При ингаляционной токсикомании - симптоматическое лечение.

Противорецедивное лечение:

При употреблении опийной группы - группы налтрексона => опиаты не вызывают свойств ни эффектов.

Для купирования вспышек влечения всех видов - конвулекс, карбамазептин. Важна психотерапия и реабилитация.

**7. НЕВРОЗЫ**

**Неврозы -** группа преходящих психогенных заболеваний с тенденцией к затяжному течению с навязчивыми, истерическими, астеническими чертами со снижением умственных и физических способностей. Психогенным факторами во всех случаях являются:

)внешний/внутренний конфликт

)длительной/массивное перенапряжение интеллектуальной/ эмоциональной сфер психики.

Понятие «неврозы» введено шотландским врачом Кулленом в 1876 г. по нему, невроз - нервное расстройство не сопровождающееся лихорадкой, не связанное с местным поражением одного из органов, обусловленное общим страданием, от которого зависят движения и мысли.

Термин связывали с представлением о природе страдания, а благодаря исследованиям Шарко Дюбуа Жакне - психогенная обусловленность. Неврозы очень широко распространены.

**Распространенность:**

Мужчины: 2-76, женщины: 4-167 на 1000 населения - Гаре, Робинсону; в структуре пограничной патологии - 70% - по Александровскому.

В структуре общей заболеваемости - 30% - неврозы. Наблюдается рост заболеваемости: 1952 г. (США) - 2,5 млн. человек, через 13 лет - возрос в 10 раз - 25 млн. чел.

Часть больных не лечатся в стационаре, поэтому встречается чаще, чем регистрация. Многие уклоняются от общения с психиатром, лечатся у невропатолога, терапевта, лечатся в терапевтических стационарах.

Этиопатогенез.

Этиофактор - психогенное воздействие, психотравма, т.к. по мнению Вейна, нет невроза без психотравмы.

Интенсивность фактора играет не главную роль. Важна индивидуальная значимость психотравмы для данного пациента. При одинаковом воздействии у одних - невротич. преходящая реакция, кратковременная эмоциональная вспышка, у других - тяжелые формы.

На фоне взаимодействия психотравмы и личности формируется ключевое звено патогенеза неврозов - невротический конфликт. Недостаточная адаптация ведет к развитию заболевания.

Сложившееся представление о неврозах как о функциональных психогенных заболеваниях в настоящее время пересматривается (т.е. в мозге нет морфологических изменений).

На субмикроскопическом уровне выявлены - церебрального изменения, сопутствующие изменения ВНД: дезинтеграция и деструктуризация мембран нейроцитов, понижение рибосом, нарушение структуры субсинаптических мембран, высоко значение гипоксии, активация Пол, нарушение иммунитета - основные звенья патогенеза.

Происходит гибель, функциональное снижение нейронов - морфологический субстрат нервозов.

Постоянный спутник всех неврозов - **гипоксия.** Это обусловлено повышением тонуса системы => спазм сосудов, понижение объемного кровотока органов и тканей, далее КХ и перераспределение крови в пользу жизненно важных органов. Процесс усугубляется повышением концентрации Тз и Т4, что повышает чувствительность тканей к катехоламинам.

**Длительный стресс -** реакция, приводящая к изменению морфологии легких и альвеол с повреждением пневмоцитов, сурфактанта, легочной ткани, далее нарушение внешнего дыхания, затруднение газообмена, нарушение утилизации и транспорта кислорода.

Сопутствующая морфология утяжеляет невроз.

Особенно неблагоприятно влияет на организм детей, лиц пожилого и старческого возраста, у которых системы адаптации несовершенны.

Устранение фактора гипоксии может оказать патогенетически - лечебное воздействие. Одни из таких методов - ГБО (в его основе насыщение крови и тканей О2 под некоторым избыточным давлением).

Клиника: Классификация:

истерический невроз

неврастения

невроз навязчивых состояний

Вероятность развития той или иной формы зависит от особенностей акцентуации характера.

Акцентуации:

По астеническому типу - склонность к неврастении. По тревожно - мнительному - невроз навязчивых состояний. По истерическому типу - истерический невроз. Истерические (конверсионные) неврозы.

Термин «истерия» употреблен в Древней Греции, природу связывали с сексуальными расстройствами. Название от \_\_\_\_\_\_ - матка, считали, связано с бешенством матки. Затем З. Фрейд подчеркивал значимость эротических конфликтов. Шарко, Жакне.

Термин «конверсия» - особый физиологический механизм, обуславливающий превращение в соматоневрологические проявления психологических конфликтов.

**Распространенность** -1/3 среди населения; до 15% всех психических конс-й проводится по поводу истерических расстройств. У женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин. Истерический невроз у лиц с истерическим потенциалом. Может быть у здоровых, но в тяжелых условиях.

Склонны к их возникновению лица с: психическим инфантилизмом, внушаемостью, эгоцентризмом, легкой возбудимостью, неустойчивостью ВНС, впечатлительностью, несамостоятельностью суждений.

Клиника - в многочисленных функциональных расстройствах с полиморфической сим-кой, внешне напоминает разные болезни => «хамелеон».

Шарко: «Истерия - великая симулянтка».

Наблюдается стремление больных любым путем привлечь внимание окружающих, легко внушаемы.

Клиника - двигательная, сенсорная, вегетативная, психическая группа расстройств. *Двигательные -* истерические припадки, параличи, гиперкинезы, нарушения походки, заикания.

Истерический припадок возникает в чьем - либо присутствии, проявляется падением, не опасным, чаще в виде медленного опускания -> ряд выразительных рефлекторных реакций, дрожат, катаются по полу, бьют руками и ногами, изгибаются дугой (истерическая дуга), кричат, стонут, рвут одежду. Длительность - от нескольких минут, до нескольких часов, прерываются громким звуком, обливанием водой с переходом в плач с состоянием разбитости, усталости. Сохраняются обрывочные воспоминания о припадке. Паралич в виде моноплечий (зоной паралича может быть палец, кисти, стопы.

*Сенсорные -* расстройства со снижением чувствительности или анестезией на тактильные, температурные, болевые действия, ист. слепота, глухота, потеря обоняния, вкуса, отсутствие глоточного рефлекса.

*Вегеативно-висцер-е -* ощущение нехватки воздуха, фасфагия, задержка мочеиспускания, ист. анорексия, вздутие кишечника, тошнота. Нередки нарушения со стороны ССС: лабильность пульса, колебание артериального давления, боли в области сердца. Возможны нарушения терморегуляции в виде невысоких повышений температуры, кожные нарушения в виде гиперемии, геморрагии.

*Психические нарушения при истерии:* типичные психогенные амнезии, тотальные или частичные, касающиеся психотравматических событий, фиксированные страхи и истерические депрессии неглубоки и сопровождаются ярким внешним оформлением в виде театральных поз и стонов, истерические галлюцинации - эпизодические, яркие, образные, красочные; истерические сумрачные помрачнения сознания - 2 недели, аффективное сужение сознания. Их длительность, как правило не более 2-х месяцев.

Течение возможно прогредиентно или выздоровление.

Истерическое развитие личности при длительном течении в неблагоприятных условиях. Затяжные невротические состояния с ипохондрией, включая фобии и тревожные опасения. Признаки перехода в истерическую личность - ипохондрия.

Неврастения - бессилие, слабость, нервное истощение, нервное переутомление. Психогенное заболевание - состояние раздражительной слабости, высокая истощаемость и медленное восстановление психических процессов.

Термин дал Бирд в 1868 г. (у работниц ткацкой фабрики), в 1899 г. - описал в России. В настоящее время: много форм неврастении, синдром белых воротничков, синдром менеджера. Роль играют: у лиц с повышенной ответственностью, хроническим недосыпанием, эмоциональными перегрузками, переедание, переутомление, перенесенные инфекции и интоксикации.

Распространенность: 5%, к врачам общей практики по этому поводу обращаются 65%. По Карсаковскому, число лиц с неврастенией среди госпитализированных больных неврозами - 70%.

*Клиника в 3 стадии:*

1)гиперстеническая - периодическое колебание настроения, общая гиперстезия, повышенная раздраженность, незначительные внешние раздражители выводят больного из равновесия, он не может сдержаться. Затруднено засыпание и вегетодистония (высокая потливость, сердечные, головные боли).

2)промежуточная - степень развернутых проявлений - стойкое состояние раздражительной слабости, которое выражается эмоциональностью, возбудимостью, высокой чувствительностью, несдержанностью, психической истощаемостью, утомляемостью, ослабление активного внимания и быстрый переход раздражения в чувство усталости с переходом к слезам, повышение мышечной утомляемости, нечеткость зрительных образов, нарушение речи, тремор пальцев рук, языка. Нарушение сна - затрудненного засыпания (галлюцинации, тревожное ожидание бессонницы). После затрудненного засыпания поверхностный сон с кошмарами, а на утро - «разбитый».

Соматовегетативные проявления: стягивающая в виде ремня, боль (каска неврастеника), общий гипергидроз, снижение аппетита. Эти расстройства на фоне субдепрессивного настроения.

3)гипостиническая - резкая истощаемость, вялость, адинамия.

Невроз навязчивых состояний - сочетание психастении с абсессивными и фобическими проявлениями. Встречается реже, чем предыдущие. Клиника проявляется фобиями и навязчивыми симптомами.

Распространенность фобических расстройств - 5% случаев в общемедицинской сети, навязчивые расстройства - 3%. Навязчивые расстройства:

навязчивые страхи

навязчивые сомнения

навязчивые влечения

навязчивые мысли

навязчивые действия

Навязчивые страхи (фобии) - часты и в разнообразной форме. Иногда настолько сильна, что на короткое время утрачивается критическое отношение к ним. *Агрофобия -* страх открытых пространств.

*Оксифобия* (белонофобия, айхмофобия) - страх острых предметов.

*Гипсофобия -* страх высоты. *Клаустрофобия -* страх замкнутых пространств. *Мизофобия -* страх загрязнения (Маяковский в правом кармане носил дезинфицирующее средство, т.к. боялся заразиться при рукопожатии). *Нозофобия -* страх болезни. *Танатофобия -* страх смерти.

*Пантофобия -* общий страх - боязнь всего окружающего - страх страхов - Легран (1935 г.) - испытывал сомнения в правильности своих поступков; уходя из дома сомневался, закрыта ли дверь, выключен ли электроприбор.

**Навязчивые влечения -** сильное стремление совершить какой - либо поступок.

*Гидромания -* влечение броситься в воду.

*Доромания -* влечение делать подарки.

*Гамицидомания -* влечение убить.

*Даксиомания -* влечение кусаться.

*Кситомания -* влечение к инъекции.

*Кластомаиия -* влечение ломать предметы окружающей обстановки. *Клиномания -* патологическое пристрастие лежать в постели, на диване, без объективной причины.

*Кроомания -* влечение биться головой о стену.

*Кубомания -* патологическое влечение к азартным играм у психопатов. *Ониомания -* патологическое влечение делать покупки, часто не нужные. *Хейломания -* патологическое влечение прикусывать губу. *Хореомания* (тарантизм) - танцевальное помешательство.

**Навязчивые мысли -** бесплодные или навязчивые мудрствования, описаны Гризенгером (1886 г.). проявляются стремлением вновь и вновь разрешать ненужные бессмысленные вопросы.

**Навязчивые действия -** редко изолированные. В виде моносимптомных двигательных расстройств. Утрированные физиологические движения (карикатура) - тики - тряска головой, моргают глазами, поправляют волосы, покусывают губы, скрежет зубами, сплевывание. Переживаются как чуждые и болезненные.

Лечить болезнь Жиля де ля Туретта необходимо нейтролаптиками. Существует 2 общества, разрабатывающих методы лечения этой болезни: научное общество Альцгеймера и Туретта.

К ним относится болезнь генерализ. тиков (болезнь Жиля де ля Туретта) - тики в области лица, шеи верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся гримасами, открыванием рта, криками или лаем, высовыванием языка, интенсивной жестикуляцией, прыжками на месте.

В книжке невроза навязчивых состояний всегда присутствует и общие невротические симптомы: повышенная раздраженность, утомляемость, трудность концентрации внимания, нарушение сна. Могут быть выражены и выступать как сопутствующие астеническому синдрому. Наблюдается низкое настроение, вегетативные и вегето-сосудистые нарушения.

Либгарт: 2 возможные формы борьбы с навязчивостями:

активная (направляет все внимание и силы на устранение навязчивого симптомокомплекса).

пассивная (переключает внимание и вырабатывает меры защиты - ритуалы).

**Невротическая депрессия.**

По ВОЗ - 340 млн. человек (4%) населения планеты страдают нарушением настроения. Частота достигает 10-25% у женщин и 5-12% у мужчин; причем 70% приходится на возраст 18-44 лет, т.е. период трудового расцвета.

30 лет назад описывалась как острая эпизодическая болезнь с благоприятным прогнозом лечения и возможностью самоизлечения, но теперь - рецидивное хроническое заболевание.

Множественные депрессивные эпизоды скорее норма, чем исключение. Минимальное количество эпизодов в течение жизни.

Медицинские затраты выше, чем при СД и сопоставлены с затратами при лечении сердечно - сосудистых заболеваний. Депрессия неудовлетворительно распознается.

**Распространенность** с библейских времен - незначительный банальный атрибут тонкой организации личности.

Большинство больных предпочитают обращаться к врачам общественной практики, из-за отрицательного отношения к психиатрии.

Она возникает при длительной психотр. ситуации. Настроение подавленное, в утренние часы - подавленность, разбитость, тяжесть, недовольство собой и окружающими.

Четко выявляются астенические расстройства и вегето-соматические нарушения - сниженный аппетит, нарушение сна, часто пробуждаются среди ночи с чувством тревоги, сердцебиением. Наличие астенических жалоб не мешает выполнять большой объем работы, стремление открыть душу окружающим. У лиц с серьезным пониманием чувства долга и ответственности. Наблюдается повышенная слезливость и сниженный фон настроения. В отличие от эндогенной депрессии, нет четко очерченных границ приступа. Наблюдается постепенное начало, нет четкой стадийности, снижение клиники постепенное.

Социальные издержки депрессии выше медицинских в 3-4 раза.

По числу потерянных лет жизни больные с депрессией превышают, чем другие больные с СД, АГ.

Риск инвалидности - в 5 раз выше по сравнению с лицами из общей популяции. По ВОЗ, длительно нетрудоспособных больных в мире страдают депрессией.

По прогнозам к 2020 г. количество больных депрессией возрастет в 1,5 раза и займет первое место как причина смерти и нетрудоспособности у женщин и третье место после ишемии у мужчин.

Умеренные и тяжелые формы - легкая терапия. В легких - психотерапия. Эффект антидепрессантов - симпт-й. До 90% - лечение субтерапевтическими дозами и непродолжительным курсом. Необходимо длительное, многолетнее лечение.

**Лечение неврозов.**

3 основных звена патогенеза - ГБО, антиоксиданты, иммунокорректоры. Для завершения лечения неврозов с целью реабилитации - психотерапевтические методики (аутогенная тренировка, рациональная психотерапия). **Обязательно!** - бензодиазепиновые анксиалитики.

Традиционно - общеукрепляющие препараты - ГЛЮ, инсулин, витаминно-минеральные смеси, стимулирующие препараты - женьшень, пантокрин.

Используют курортные и физические методы лечения. Иглорефлексотерапия.

**8. ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ И СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ**

**ПСИХОЗЫ**

1. экзогенно органические психозы.

1)психические расстройства при черепно-мозговой травме. Распространенность черепно-мозговой травмы составляет 40% всех травматических повреждений человека. В России черепно-мозговая травма ежегодно регистрируется из числа трудоспособных - черепно-мозговые травмы у мужчин, из пожилых чаще у женщин; среди детей - чаще у мальчиков.

Этиопатогенез:

Основная причина психических расстройств - сотрясение, ушиб, сдавление головного мозга. При сотрясении - изменения на клеточном уровне; при ушибах - изменения в виде деструкции, отека головного мозга, переломы костей; при сдавлении наблюдаются множественные геморрагии.

В остром периоде травмы наблюдается набухание цитоплазмы нейронов, кариоцетолиз, реактивный глиолез вокруг.

В отдаленном периоде - хронический отек мозга, субарахноидальные кисты, сморщивание тел нейронов и их отростков, деструкция ядер и даже лизис нейронов.

Клиника:

1)нарушения сознания - отличаются в остром и последующих периодах черепно-мозговой травмы.

Различают 2 группы синдромов:

количественные - оглушение

качественные - синдром дезинтеграции сознания (онейроидный делирий, сумеречное помрачнение сознания

2)аффективные нарушения. Эмоциональные, как и личностные особенности становятся обедненными.

Наиболее грубые изменения эмоциональной сферы наблюдаются при ушибах и гематомах.

*биполярные аффекты -* при поражении правого полушария

*эйфория -* ушиб лобно-базальных отделов

*эмоциональный паралич -* при кровоизлиянии в левую лобную долю.

*гневливая мания -* двусторонний ушиб лобно-височного отдела.

*дисфория -* в отдаленных периодах черепно-мозговой травмы.

*гиманиакальный синдром -* в остром и отдаленных периодах черепно-мозговой травмы, при ушибах заднего отдела правого полушария.

*депрессивный синдром -* в промежуточном и отдаленном периодах черепно-мозговой травмы.

3)синдромы пограничных психических нарушений.

астенический

обсессивно-фобический

псевдодементный

Паранойяльный и ипохондрический синдромы развиваются в отдаленном периоде ЧМТ. 4)синдромы низкой психической деятельности.

травматическая деменция

расстройства памяти - чаще проявляются конградной, ретроградной, антиградной амнезией.

снижение инициативы и произвольности поведения - больные невыразительны в поведении, небрежны в одежде, пассивны и малообщительны.

эпилептический синдром (самое частое) у детей он в 12% случаев. Чаще в виде генерализованных судорожных припадков, который чаще всего развивается в период 6-12 месяцев после ЧМТ.

- эпилептоидные изменения личности развиваются редко или слабо выражены. Чаще в виде изменения аккуратности, подчеркнутой обязательности, обстоятельности мышления.

2. психические расстройства при опухолях головного мозга.

Иногда они являются первыми и единственными симптомами опухолей головного мозга. Опухоли головного мозга - 6-8,5% всех новообр-й человека.

Среди пациентов психических стационаров подобные больные составляют от 0,1 до 5%. Опухоли головного мозга у мужчин встречаются чаще, чем у женщин. При некоторых опухолях наблюдаются грубые психические расстройства, при других они отсутствуют.

Причина психических расстройств - опухоль головного мозга. При определении их патогенеза большое значение имеют локализация, гистологическая природа, темп роста, размеры опухоли, нарушение микроцеркуляции, отек и набухание мозга.

Клиника:

Психические расстройства при опухолях делятся на:

транзиторные.

стойкие.

острые послеоперационные психозы.

Транзиторные психические нарушения:

1) эпилептические припадки - при опухолях в лобно-височной области - в 90% случаев, 2) галлюцинации:

--обонятельные - при лок-и в височной долях, больные затрудняются в их описании.

- слуховые - правополушарных опухолях обычно невербальные музыкальные, ритмические (шум морского прибоя, дверного звонка); при левосторонних - вербальные.

- вкусовые - могут сочетаться с обонятельными; чаще в виде неприятного привкуса во рту.

- зрительные - при правополушарных опухолях чаще элементарные; левого полушария опухоли - чаще видят предметы и людей.

- тактильные - при опухолях правого полушария, чаще в виде ощущения прикосновения.

3)аффективные нарушения - при правополушарных поражениях - приступы тоски, страха, ужаса; слева - аффект тревоги с нарушениями речи, мышления, памяти, 4)нарушение восприятия мира и собственного «Я». Характерны для опухолей правой височно-теменно-затылочной области. - дереализация - сценоподобные, уже виденные, уже испытанные, никогда не виденные фрагменты, макро - и микропсия, остановка времени, замедление или ускорение времени, растягивание времени, движение времени в обратном направлении, утрата чувства времени.

-деперсонализация выражается в ощущении увеличения или уменьшения, искажения частей собственного тела, появление чувства ощущения себя «футляром, оболочкой» или «отделившаяся» от своего тела, образование двойника.

5)речевые феномены чащу наблюдаются при опухолях левого полушария мозга, отсюда моторная и сенсорная афазия. При опухолях височно-теменно-затылочной области - амнестическая афазия.

6)расстройства мышления и памяти - при опухолях височно-теменно-затылочной области, провалы и наплывы мыслей, провалы памяти и насильственные воспоминания,

7) расстройства сознания, - онейроиды - когда опухоль располагается в области правого полушария, третьего желудочка.

- сумеречные состояния - при опухолях левой лобно-височной области. Стойкие психические нарушения. К ним относятся продуктивные и негативные симптомы:

расстройства сна и сновидений - при опухолях справа, реже слева, в виде изменения ритма сна и бодрствования, появление ярких и цветных сновидений.

нарушения памяти - при опухолях 3-го желудочка, задних отделов правого полушария в виде фиксационной, конградной, ретроградной амнезии, конфабуляции.

- эмоционально - личностные нарушения - при правополушарных опухолях в виде колебаний настроения от эйфории до тоскливой депрессии; при опухолях слева - тревожная депрессия, эмоциональный паралич.

4. острые послеоперационные психозы.

Наблюдаются на 2-3 день после удаления опухоли. Из-за отека головного мозга. Проходят обычно на 5-6 день. Лечение.

Лечение операбельных опухолей головного мозга в отделах нейрохирургии с обязательным участием в лечении врача - психиатра.

4. *психические расстройства при инфекционно - органических заболеваниях головного мозга* делятся на:

вирусные поражения головного мозга.

бактериальные поражения головного мозга.

**Распространенность:** наиболее распространенные инфекционные заболевания - вирус герпеса, краснухи, гриппа. С 80-х гг. повысилась заболеваемость сифилисом в 60 раз. Сейчас - СПИД.

Впервые взятые на учет в год = 0,09 на 1 ООО человек, количество состоящих в 13 раз больше.

Этиопатогенез:

Причина развития психических нарушений при нейроинфекциях - вирусные и бактериальные энцефалиты, менингиты и другие воспалительные процессы нервной системы.

Патогенез микробных и вирусных поражений различен.

Вирусная патология характеризуется не прямым действием инфекционного агента, а комплексом «вирус - фактор иммунитета».

Клиника.

1. психологические нарушения при вирусных инфекциях. - клещевой (весенне - летний) энцефалит

Это сезонное заболевание; заражение через укус клеща или алиментарным путем. Проявляется в 3-х вариантах: а) энцефалитический. б) энцефаломиелитический. в) полиомиелитический.

Энцефалитический вариант начинается с головной боли, тошноты, рвоты. На 2-ой день повышение температуры тела, появляются менингеальные знаки, раздражительность, гиперестезия, делирий, сопор и кома. В отдаленном периоде различается церебрастения и на ее фоне тревожные и ипохондрические расстройства.

Среди неврологических нарушений преобладают атрофические параличи мышц или так называемая «отвисшая шея». Иногда может быть кожевниковская эпилепсия, параноидный психоз или психопатоподобные симптомы. При своевременном лечении к 7-10 дню улучшается самочувствие, наблюдается редукция клиники.

Энцефаломиелитическая и полиомиелитическая варианты отличаются большей выраженностью неврологических нарушений, психические нарушения те же.

-Бешенство

Источник заражения - собаки, реже - лисицы, волки, кошки, барсуки. В продроме (2-10 недель после заражения) снижение настроения, раздражительность, дисфория, кратковременные расстройства сознания с иллюзиями и галлюцинациями, неопределенное беспокойство и страх, усиление рефлексов и мышечного тонуса, повышение температуры, головные боли, тахикардия, одышка, повышение потоотделения и саливации.

В стадии возбуждения - психомоторное возбуждение, агрессия, импульсивные поступки, делирий или оглушение.

В стадии разгара - патогиом. гиперкинезы гладкой мускулатуры со спазмом гортани и глотки, затруднение дыхания и глотания. Наблюдается тошнота, рвота, головокружение, гиперстении, специфический симптом - гидрофобия (страх питья воды).

- герпетические энцефалиты

Клиника:

Сначала - лихорадка, интоксикация, катаральные явления верхних дыхательных путей. Через несколько дней - новый подъем температуры, нарастание интоксикации, появляются головная боль, судороги, оглушение, может быть делирий. На высоте клиники - кома.

У выживших пациентов в последующем может развиться синдром акинетического мутизма.

Восстановление психологических функций занимает от 2-х месяцев до 2-х лет и более. При этом может обнаружиться синдром Кольвера-Бьюси - невозможность оптически или тактически опознать предмет, склонность брать все предметы в рот, гиперсексуальность, исчезновение страха и стыда, деменции.

Отдаленный этап - психоорганический, судорожный и психопатоподобный синдром. Может быть параноидный, биполярные аффективные психозы, а так же симптомы шизофреноподобного типа, имеющие сходства с картиной фибрильной (смертельной) шизофрении. Лишь 30% после энцефалита восстанавливают психическое здоровье. Смерть до 100% без лечения.

Лечение - видарабин, ацикловир, зовиракс, ГКС (для снятия отека мозга), психотропные с симпт. целью.

- Гриппозные

В острой стадии, на 3-7 сутки, появляется двигательные нарушения и расстройства сознания, которые могут достичь степени сопора и комы.

В период реконвалесценции - психомоторное возбуждение, зрительные обманы восприятия (иллюзии, галлюцинации), астения, колебания настроения. Возможны сверхострые формы с отеком мозга, заканчиваются смертью.

Лечение - раннее использование противогриппозных средств (ацикловир, ремантадин, интерферон + лечение, направленное на предотвращение отека головного мозга, детоксикацию + лечение психотропными средствами).

- при эпидпаротите

Основа болезни - воспалительный процесс в слюнных околоушных железах («свинка»), но при генерализации могут быть и в яичках, щитовидно и поджелудочной железе, молочных железах и головном мозге.

Клиника: синдром помраченного сознания и эпилептические припадки. Последствие, у детей до 3-х лет - задержка психического развития, в старшем возрасте - психопатоподобное поведение, остаточные симптомы статико-координационные нарушения и церебрастения.

- коревые

Ежегодно в мире корью заболевает примерно 3 млн. человек. Коревые энцефалиты раз-ся при ИД.

Наряду с типичными для энцефалита расстройствами сознания наблюдается на высоте болезни психомоторическое возбуждение, зрительные галлюцинации, агрессия.

В восстановительном периоде наблюдается генестико-интеллектуальные затруднения, расторможенность влечений. В отдаленном периоде возможны остаточные явления в виде астено-невротического, гиперкнестического, судорожного синдромов. Прогноз благоприятный.

- вызванные вирусом краснухи

Поражение нервной системы отличается тяжелым течением. В начале заболевания обнаруживается головная боль со рвотой, нарушение дыхания, гиперкинезы, тремор, пирамидные знаки, делирий, ретроградная амнезия, нарушения речи, булимия.

При благоприятном течении через 6-8 недель - выздоровление; при осложненном - кома, после выхода из которой, - эпилептические припадки. Летальность до 20-25%. У детей раннего возраста последствия в виде задержки психического развития. При внутриутробной инфекции - врожденные уродства нервной системы.

- вызванные вирусом ветряной оспы.

Эти энцефалиты протекают легче. В клинике преобладают временные статико-координационные нарушения. Но возможны нарушения сознания, судорожные приступы, психомоторическое возбуждение, а потом интеллектуальная «слабость». В отдельном периоде - судорожные припадки, задержка психического развития.

**-** **СПИД -** новый для психиатрии вид патологии. Вирус обладает выраженным нейротропизмом. Соматическое состояние больных вначале заболевания - длительная лихорадка, Анорексия, быстрая потеря массы тела, диарея, кашель. Часты психогенные реакции на факт заражения в виде депрессивно-тревожного синдрома со страхом перед будущим, чувством отчаяния, расстройством сна. Основной синдром - деменция. Прогрессивное снижение когнитивных способностей, могут быть бредовые идеи, делириозные эпизоды, катотонические явления. Коматозное состояние предшествует смерти больных.

Лечение: этиотропное - азидотимедин, дидезоксициллин, фосфонофомат, генцикловир. Симптоматическое лечение включает церебропротекторы, сосудистые средства, нейролептики, седативные средства. Психологическая и психотерапевтическая помощь.

2. *психические нарушения при бактериальных нейроинфекциях.*

-сифилис мозга.

Стадии:

- сифилисная неврастения - астения, сниженный фон настроения, головные боли, синестопатия.

-менингиты и менингоэнцефалиты.

При менингитах - резкая астения и нестерпимые головные боли с повторной рвотой, параличи, состояние оглушения.

При менингоэнцефалитах - к описанным выше прибавляются делириозное и сумрачное помрачение сознания, галлюцинозы и вторичные бред, а также зрачковые расстройства.

-сосудистая и гуммозная.

*Сосудистая -* клиника зависит от поражения сосудов головного мозга в виде микроинсультов. Парезы и параличи конечностей сопровождающиеся афазией, агнозией, апраксией. Особенность: обратимость агнозии, афазии, апраксии при своевременном лечении. Постинсультное слабоумие лакунарного характера. Часто эпилептич. припадки, реже галлюцинаторно-параноидные психозы.

*Гуммозная форма -* клиника сходна с такой при опухолях мозга и зависит от локализации гуммы, характеризуется изменениями сознания и «очаговой» симптомикой. При множественных гуммах развивается картина психоорганического синдрома.

-сухотка спинного мозга - клиника определяется «табетической неврастенией» со снижением умственной работоспособности, повышенной утомляемостью, дисфориями, расстройствами походки, беспомощностью.

-прогрессивный паралич - болезнь Бейля - менинго-энцефалит сифилисного генеза, характеризующийся прогрессирующим нарушением психики вплоть до деменции в сочетании с неврологическими и соматическими расстройствами.

Этиопатогенез: этиология известна, патогенез неизвестен, т.к. прогрессирующий паралич развивается только у 5-10% заболевших. Предполагается, что развитию заболевания способствует существование особых нейротропных видов трепонем и особенности иммунного статуса.

3 стадии:

инициальная (неврастеническая). В начале - нарастающая астения, затем - вялость, слабоумие, сентиментальность, понижение работоспособности приводит к изменению личности с утратой этических норм поведения, стыдливости, нарушение ритма сна и пищевого рефлекса (анорексия, булимия).

стадия развития болезни - характеризуется нарастающими изменениями личности и поведения, больные становятся неадекватными, нелепыми. Настроение благодушное. Беззаботное, радостное с идеями величия и богатства. Реже наблюдаются депрессивный синдром. Котара - нигилистическая форма (нет органов). Расстройства речи - дизартрии, невнятная и смазанная речь, а затем малоприятная; почерк нервный, пропуск букв. Неврологические расстройства - отсутствие реакции зрачков на свет при сохранении аккомодации, головокружение, обмороки, эпилептивормические припадки, нарушения походки. Соматические расстройства - нехексия (избыточный вес), одутловатое лицо, фурункулы, абсциссы, повышенная ломкость ногтей.

-стадия деменции - резко выраженное слабоумие и эйфория. Отсутствие интереса к окружающему. Больные не могут обслуживать себя, не отвечают на вопросы. В редких случаях развивается маразм с расстройствами акта глотания, непроизвольными мочеиспусканиями и дефекацией. Неврологически и соматически - те же расстройства, что и в предыдущих стадиях, но более выраженные.

Причины смерти: интеркур. заболевания.

Лечение: обязательная госпитализация. Основной метод - пенициллинотерапия.

2. симптоматические психозы.

К ним относятся психозы, развивающиеся при общих неинфекционных заболеваниях, инфекциях и интоксикациях как одно из проявлений основного заболевания. Показатель распространенности: 5-8%.

Психические расстройства при сердечной недостаточности.

При острой - «облачность» сознания, астения; при хронической - вялость, эйфория, дисмнезия.

2)психические расстройства при ИМ.

В острой стадии - страх, тревога, беспокойство, двигательное возбуждение.

В под острой стадии - легкое оглушение, сенестопатии, двойная ориентировка, эйфория. В стадии улучшения - ипохондрия, мнительность, чрезмерная забота о своем здоровье, нет критики к своему заболеванию

3)психические расстройства при ревматизме.

Активная фаза ревматизма сопровождается астеническими состояниями, иногда с фобиями и ипохондрией, колебаниями настроения. Иногда может быть делирий и оглушение. При развитии сердечной декомпенсации - депрессивно-бредовые состояния с тревогой. При поражении мозговых сосудов - депрессивно-бредовый синдром с тревогой; апатический ступор, эпилептиформные припадки. При длительном течении возможен психоорганический синдром.

4)психические расстройства при эндокринных заболеваниях.

На ранних стадиях заболевания формируется психоэндокринный синдром, который по мере прогрессирования заболевания переходит в психоорганический. На фоне этих синдромов могут развиваться острые или затяжные психозы.

*Психоэндокринный синдром.*

1)снижение психической активности от истощенности до полной апатии и абулии.

2)изменение влечений и инстинктов. Больные стремятся к бродяжничеству

3)меняется настроение от депрессии до мании.

Психоорганический синдром.

Триада Вальтер - Брюэля:

1)расстройства мышления.

2)расстройства памяти.

3)эмоционально - волевые расстройства.

**Затяжные психозы.**

5)психические нарушения при предменструальном синдроме.

В этот период может резко ухудшиться состояние больных различными психозами - шизофренией, аффективными психозами. Неслучайно в литературе - «менструальные психозы».

6)психические нарушения при климактерическом синдроме.

Частота - 30%. Характерна неустойчивость настроения от раздражительности, капризности, тревоги до повышенного настроения и сентиментальности. Лабильной становится и психическая активность, которая может быть нормальной или сниженной. Характерны расстройства сна (то сонливость, то бессонница) с наплывами тревожных мыслей. Аппетит может снижаться или повышаться, склонность к определенному виду пищи (чаще соленой или кислой). Половое влечение в 50% случаев повышается, в 50% - снижается. Массивные вегетативные сдвиги в виде приливов и синестопатий в виде зуда, покалывания, неопределенных ощущений далее могут быть ипохондрические мысли. Для мужчин климакт. синдром не характерен, т.к. у них нет быстрого полового угасания.

7)психические нарушения при туберкулезе.

В виде астенических расстройств. У больных повышенный фон настроения, беспечность, легкость суждений, иногда наоборот, мнительность и фиксация на болезни. Психозы редки, чаще маниакальные, репл. - параноидные. Существует мнение - связаны с применением противотуберкулезных препаратов. Появление эпилептиформных припадков возможно при туберкулезе головного мозга.

8)психические нарушения инфекционного гепатита.

Весьма разнообразные. В одних случаях - депрессия с раздражительностью, в других - повышенная чувствительность и эмоциональная лабильность, в третьих - раздражительность, переходящая до злобы, иногда психопатоподобные реакции с истерическими включениями.

9)послеродовые психозы.

Наиболее часто наблюдается делирий, вербальный галлюциноз, тревожная депрессия, спутанная мания.

Послеродовые психозы:

симптоматические.

эндогенные (шизофрения, МДП - спровоцированные беременностью и родами). Для симптоматического психоза характерно вначале развитие аменции, а затем кататонические расстройства и делирий.

10)психические нарушения при применении гормональных препаратов.

Эти психозы сопровождаются делириозными состояниями, зрительными галлюцинациями, эпилептиформными припадками. При использовании гормонов щитовидной железы, ГКС, передозировки эстрогенов возможны параноидные психозы.

Лечение проводится в стационаре общего профиля, т.к. оно в первую очередь направлено на устранение причины, вызвавшей расстройство, т.е. основного заболевания. Перевод пациента в психиатрическую больницу необходим только при затяжном симптоматическом психозе.

Используют психотропные, меры для устранения основного заболевания и дезинтоксикацию.

**9. ЭПИЛЕПСИЯ**

психиатрия расстройство психоз шизофрения

Это хроническое заболевание с судорожными и безсудорожными пароксизмами, изменениями личности, слабоумием и психозами на отдаленных стадиях болезни. Название болезни происходит от греческого слова - «внезапно падать». Синонимы эпилепсии: лунная, падучая, царская, священная болезнь.

Исторические данные:

1)Гиппократ привел описание эпилептического припадка, а также отличал наследственный характер эпилепсии.

2) Галек выделил гедиопатическую и симптоматическую формы эпилепсии.

3) Фальре описал изменения личности при эпилепсии.

4) Джиксон - различные судорожные и безсудорожные припадки.

Этиология:

Этиология эпилепсии остается неясной. Ведущая роль в развитии заболевания отводится наследственному фактору. Предполагается не наследственные заболевания, и предрасположенности к нему (65%), т.е. наследуется судорожная готовность.

Исследования последних лет показали отсутствие принципиальных различий в симптоматике генезидной (истиной) и симптоматической эпилепсии.

Эпилепсию, не зависимо от этиологии, рассматривают как единое заболевание:

Патогенез не ясен.

Изученные патогенные механизмы делятся на 2 группы:

собственно церебральные процессы.

общесоматические изменения в организме.

Сведения о развитии эпилепсии составляют гипотезу «цепного патогенеза эпилепсии» и имеет следующие звенья:

наследственная судорожная предрасположенность.

экзогенные повреждающие воздействия.

внешний провоцирующий фактор. Общесоматические изменения неспецифичны.

1) расстройства белково-азотистого, водно-солевые, углеводного обмена 2) изменение мозгового метаболизма в эпилептическом очаге перед припадком.

снижение содержания НА, серотомина и ГАМК.

повышение содержания АХ. 3)нарушение функции коры надпочечников.

Нейрофизиология: основой механизма эпилепсии являются высокосинхронные разряды (потенциалы действия) в группе нейронов, называемой эпилептическом очагом. На ЭЭГ такие разряды в виде острых волн (пик - волн). За пиком идут высокоамплитудные, но медленные волны. После паузы - новый разряд, далее цикл повторяется.

Причина разряда:

1)повышение возбудимости нейронов и/или снижение тормозного контроля.

Повышение возбудимости нейронов обусловлено следующими причинами.

1) повышение проводимости мембраны нейрона и как следствие деполяризация при воздействии токсических веществ, при стрессах, при цереброваскулярной патологии.

2) накопление в межклеточном пространстве избытка ионов К+ в результате нарушения работы К-Ыа - насоса мембран нейронов и имен.

Снижение тормозного контроля обусловлено снижением эффективности тормозных ГАМС.

Патологическая анатомия: картина симпотамитической и генезинной эпилепсии различна. В первом случае находят морфоизменения, соответствующие заболеванию, вызвавшему эпилепсию - травматические, сосудистые, воспалительные. Но существуют изменения в эпилептическом очаге, связанные с собственно судорожным синдромом:

1) гибель нейронов.

2) разрастание глиозной ткани.

3) утолщение мягкой и твердой мозговых оболочек.

4) фиброзные изменения сосудистой стенки.

Клиника: международная классификация эпилепсии построена на 2-х принципах: 1)деление эпилепсии на генерализованную и очаговую. 2)выделение сиптоматической и идеопатиической эпилепсии.

**Симптоматическая эпилепсия -** это следствие известных болезней головного мозга.

**Идиопатическая эпилепсия** не имеет явных причин, но обнаруживается наследственная предрасположенность. Существует криптогенная эпилепсия, при которой не ни явных причин её развития, ни наследственной предрасположенности.

Клиника эпилепсии полиморфна и складывается из первой, второй, третьей, четвертой, пятой.

Продромальный период.

За несколько лет до первого приступа наблюдаются периодические приступы головокружения, головных болей, тошноты, нарушения сна, астении. У них могут быть редкие абсансы (кратковременное отключение сознания на несколько секунд).

Вегетативные пароксизмы - могут проявляться внезапным затруднением дыхания, повышением ЧСС, покраснением кожи, потливостью и т.д.

Идеаторные пароксизмы могут быть в виде приступов насильственных мыслей, или усиления, или ослабления мышления.

*Судорожные формы припадков*

1)в развитии большого судорожного припадка различают фазы: 1)аура.

2) тоническая фаза. 3) клоническая фаза.

4)фаза помрачения сознания (оглушение). Некоторые авторы выделяют фазу сна и фазу астении.

Атипичные формы большого судорожного припадка характерны для раннего детского возраста. Иногда это общее расслабление мышц тела без судорожного компонента (амиотонический припадок), иногда - преобладание судорог в правой или левой половине тела.

**Эпилептический статус -** серия непрерывно следующих друг за другом больших судорожных припадков. Их частота настолько велика, что больной не приходит в сознание и долго находится в оглушении. Эпилептический статус длится от нескольких часов до нескольких суток. При этом возможно повышение температуры (центральный генез, повышение ЧЕС, снижение артериального давления, потливость). При длительном эпилептическом статусе развивается тяжелое состояние из-за гипоксии и отека головного мозга, возможна даже смерть больного.

2)малые припадки в отличие от больших припадков они крайне разнообразны по клинике.

В эту группу, наряду с абсансами, относят пароксизмальные изменения мышечного тонуса.

**Абсансы -** внезапное, кратковременное, на несколько секунд, выключение сознания. Пропульсивные припадки - направленные вперед движения. Чаще возникают у детей до 4-х лет, чаще у мальчиков. Их разновидности:

кивки - серия кивательных движений головой.

клевки - резкие наклоны головы вперед и вниз.

- салам - припадки - наклоны, как при мусульманском приветствии (тело вперед, голова вниз, руки в стороны).

Ретропульсивные делятся на клонические и рудиментарные. Возникают чаще в возрасте 4-12 лет, чаще у девочек.

клонические - клонические судороги мышц век, глаз, головы, рук и выражающиеся в закатывании глаз, запрокидывании назад головы и рук.

рудиментарные - отличны от клонических недоразвитостью, наблюдается легкое выпячивание глаз и судороги век.

Импульсивные (миоклонические) - проявляются движениями групп мышц чаще верхних конечностей. Происходит быстрое разведение или сближение рук. При более продолжительных импульсивных припадках может быть выключение сознания, при этом больной падает, но долго не лежит и сразу встает.

Если припадок кратковременный, то сознание сохраняется. Чаще у 14-18 летних.

**Замечание!** У одних и тех же больных никогда не бывает разных малых припадков. Одни малые припадки не переходят в другие.

3)очаговые (фокальные) припадки.

**Адверсивный судорожный припадок -** начинается с тонической фазы в виде поворотов тела вокруг продольной оси (сначала поворачиваются глаза, затем в ту же сторону голова, туловище), человек падает, развивается клоническая фаза, как при большом судорожном припадке.

**Джексоновский припадок -** тоническая и клоническая фазы ограничиваются определенной группой мышц (например, верхней или нижней конечности).

**Тонические простуральные судороги -** начинаются с мощной судороги, затем опистотонус с задержкой дыхания, цианозом, потерей сознания, затем приступ завершается (клоническая фаза отсутствует).

Безсудорожные формы пароксизмов.

с помрачением сознания.

без помрачения сознания.

Безсудорожные пароксизмы с помрачением сознания: сумеречные расстройства сознания крайне разнообразны. Кратковременные сумеречные расстройства сознания - амбулаторные автоматизмы (проявляется автоматизированными действиями при полной отрешенности от окружающей действительности).

Их виды:

оральные - приступы жевания, облизывания, глотания.

ротаторные - однообразные вращения на одном месте

- фуги - кратковременное состояние, при котором больные уезжают на большие расстояния. Иногда автоматизмы бывают более сложными, например, больной начинает раздеваться, последовательно снимая одежду.

Другая разновидность - особые - сновидные - онейроидные состояния с фантастическим сценоподобным бредом.

При этом нет полной амнезии периода помраченного сознания. Больные забывают окружающую обстановку, а бред помнят хорошо. Это позволяет расценивать эти состояния как близкие онейроиду.

безсудорожные пароксизмы без помрачения сознания.

К ним относят разнообразные состояния, клиника которых соответствует клинике различных типов ауры. В эту группу пароксизмов включают аффективные пароксизмы. Чаще всего это дисфории (тоскливо - злобный аффект с агрессией, больные всем недовольны, могут наносить себе повреждения).

Встречаются так же пароксизмальные депрессивные состояния, сопровождающиеся импульсивными влечениями (непреодолимая тяга к алкоголю - дипсомания), поджогам (пиромания), смене места пребывания (дромомания).

**Изменения личности.**

**От нерезких до слабоумия.**

1)тугоподвижность психических процессов, склонность к застреванию на деталях, обстоятельность, невозможность отличить главное от второстепенного, трудность переключения.

2)полярность аффекта в виде сочетания аффективной вязкости, склонности застревать на отрицательных переживаниях, взрывчатостью (эксплозивностью).

Эти особенности аффекта выражаются в типичных особенностях характера - злопамятность, лень, эгоцентризм, злобность, брутальность.

3) Подчеркнутый карикатурный педантизм в одежде, в своем доме, на своем рабочем месте.

4)инфантилизм проявляется незрелостью суждений, особым сверхценным отношением к родным, религиозностью.

5)утрированная ханжеская слащавость, ласковость в обращении в сочетании со злобностью, недоброжелательством. «С молитвой на устах, с камнем за пазухой», - говорят о них.

6)возможны истерические и астенические расстройства.

Истерические - как отдельные истерические черты, так и истерические припадки (наряду с эпилептическими припадками).

Астенические - в виде общей гиперстезии, повышенной возбудимости, быстрой истощаемости, нарушения сна, головных болей и т.д.

Астенические расстройства определяются у 1/3 больных.

7)эпилептическое слабоумие - конечное состояние. Это вязко - апатическое слабоумие. Наблюдается тугоподвижность мышления, вялость, пассивность, безразличие. Снижается память, словарный запас, исчезает аффективная напряженность, злобность, эксплозивность, остаются черты уродливости.

**Эпилептические психозы. Острые и хронические.**

Острые - транзиторны, хронические - зрительные, до 1 года и более.

Психозы развиваются у 2-5% больных. Решающий факт в их развитии является продолжительность заболевания.

Диагностика психозов затруднительна, т.к. нет убедительных диагностических критериев для их отграничения от других психозов.

***Острые психозы.***

1) острые эпилептические психозы с помрачением сознания

сумеречное помрачение сознания. При эпилепсии оно более длительно, чем при других болезнях (до нескольких суток).

эпилептический онейроид - редкий. В отличие от шизофрении имеет религиозное содержание. Окружающие кажутся больному раем или адом, себя считают Богом или апостолом. Экстаз/страх. Заторможенность/возбуждение похожие на кататонические.

2)острые эпилептические психозы без помрачения сознания

- острые параноиды - проявляются чувственным бредом преследования, отравления, уничтожения.

Галлюцинации истинные - слуховые или зрительные. Зрительные галлюцинации окрашены в ярко - синий и красный тона, носят устрашающий характер. Больные спасаются бегством или защищаются. Могут быть опасны для окружающих.

- острые аффективные психозы.

Представлены депрессивными и маниакальными состояниями. Хронические психозы.

В последние годы их называют «шизофреноподобные». Они возникают через 15 лет после начала заболевания с урежением или прекращением припадков и нормализацией ээг.

Существует мнение о том, что хронические психозы могут быть проявлением присоединившейся шизофрении, а нормализация ЭЭГ связана с «антагонизмом шизофрении и эпилепсии».

Виды хронических психозов:

1)паранойяльные психозы проявляются бредом обыденного содержания - бред отношения, отравления, ущерба, связанные с конкретными лицами (соседями, сослуживцами), но не затрагивающие близких родственников больного. При шизофрении бред не связан с конкретными людьми. Реже наблюдается религиозный бред. В отличие от паранойяльных состояний при шизофрении больные чрезвычайно открыты и откровенны.

2)параноидные психозы представляются бредом (вторичный, образный), вербальными голосовыми галлюцинациями. Быстро переходит в параноидный психоз. Вербальные галлюцинации носят антагонистический характер, нередко возникают императивные галлюцинации.

Возможны вербальные псевдогаллюцинации и явления психического автоматизма.

эпилептических бредовых расстройств - их тесная связь с биографией больного и окружающей действительностью, небольшая «озабоченность» бредовыми переживаниями, способность больных оставаться в реальном мире.

3)парафренные психозы.

Имеют особенности - мегаломанические бредовые идеи религиозного содержания, а также речевые расстройства, напоминающие шизофрению, восторженное и благодушное настроение.

4)кататонические психозы отличаются: субступор с негативизмом, восковой гибкостью, мутизмом, разнообразными стереотипиями.

Нередко пуэрильно-дурашливое поведение с эхоламиями, миоречью, стереотипиями.

Весьма трудно проводить дифференциальную диагностику с кататонической шизофренией.

**Отдельные формы эпилепсии.**

1)диэнцефальная (вегетативная) эпилепсия.

В структуре пароксизмов основное место занимают вегетативные расстройства.

Пароксизмам предшествует продром, характеризующийся изменениями настроения дисфорического типа, головными болями, жаждой, повышением аппетита. Начальные признаки - страх, тревога, неприятные ощущения за грудиной.

Сам пароксизм протекает разнообразно - озноб, гиперемия, цианоз кожи, слюнотечение, слезотечение, шум в ушах, адинамия, одышка, тахикардия, повышенное артериальное давление.

Завершается пароксизм потливостью, задержкой мочи или учащением мочеиспускания, частыми позывами на дефекацию, сонливостью. Повышением аппетита, жаждой. Пароксизмы могут сопровождаться помрачением или потерей сознания.

2)рефлекторная эпилепсия.

Пароксизмы возникают при звуке определенной силы, высоты и тембра, света определенной яркости, определенных запахах, при погружении тела в воду, охлаждении или нагревании, при еде, дефекации.

3)олигоэпилепсия - болезнь с редкими приступами в отдельные периоды жизни, проходящими без лечения.

4)латентная (биоэлектрическая) эпилепсия - есть очаг в головном мозге, который регистрируется на ЭЭГ, но клинически ничем не проявляется.

5)поздняя эпилепсия - развивается позже 40 лет. Это благоприятный вариант эпилепсии. Приступы возникают редко, большие интервалы между ними. Изменения личности минимальны.

6)скрытая (психическая) эпилепсия. Термин предложил Морель (1860 г.), предложил для обозначения случаев эпилепсии в виде остро начинающихся и заканчивающихся кратковременных приступов психических расстройств с помрачением сознания, резким двигательным возбуждением, яркими устрашающими галлюцинациями и бредом.

Изменения личности неоднозначны - в одних случаях глубокие изменения личности обнаруживаются на ранних стадиях болезни, в других - они выражены Нерезко, хотя заболевание может длиться несколько лет с частыми обострениями.

*Течение эпилепсии следует определенным закономерностям:*

1)нередко судорожные припадки сменяются безсудорожными.

2)урежение приступов и безсудорожных пароксизмов сопровождается появлением хронических психозов (без лечения).

3)течение эпилепсии на разных этапах может меняться: проградиентное, реградиентное, ремитирующее течение. А течение шизофрении не меняется.

Систематическое адекватное лечение приостанавливает болезнь с полной или частичной социальной адаптацией больного.

**Лечение.**

Этнологического лечения нет.

Основа терапевтического воздействия - п/судистые препараты. Принципы лечения:

1)немедленное начало после постановки диагноза.

2)выбор препарата зависит от характера приступов, доза зависит от частоты, тяжести приступа, локализации очага, возраста и массы больного, индивидуальной переносимости.

3)лечение начинают с общепринятой дозы препарата, при необходимости повышают до исчезновения припадков, лечат одним препаратом, комбинация необходима только в тяжелых случаях.

4)лекарства принимают ежедневно, регулярно, непрерывно длительное время.

5)дозу препарата понижают постепенно, осторожно под контролем ЭЭГ. Отмена лечения при присутствии пароксизмов 5 лет нормализации ЭЭГ. Если использовалась комбинация препаратов, то последним отменяется средство, купирующее большие судорожные припадки.

Хирургическое лечение возможно при симптоматической эпилепсии, вызванной локальным изменением.

*Терапия судорожных пароксизмов.*

фенобарбитал - для купирования больших судорожных припадков 0,05-0,2 г в день.

дифенин - 0,2-0,3 г в день, не вызывают сонливость в отличие от фенобарбитала.

генсалидин - 1-1,5 г в день, для купирования больших судорожных припадков.

бензонал - для купирования больших и малых судорожных припадков.

хлоракон - для купирования больших и малых судорожных припадков, а также автоматизированных.

карбамазепин (фенлипсин, тигритол) - купируют большие фокальные и психомотическую эпилепсию. При малых судорожных припадках не эффективен; 02-1,2 г в день.

препараты вальпроевой кислоты - конвулекс, депакин.

ламиктал (ламотриджин).

Лечение малых припадков и других эпилептических эквивалентов.

триметин 0,2 по 3 раза в день.

сукселепс (абсансы) - 0,75-1,5 г.

дифенин + седуксин (при полиморфных малых припадках необходима комбинация).

диакарб + триметин + фенобарбитал (при частых абсансах).

- диэнцифальные - безнодиазепиновые транквилизаторы. Лечение эпилептического статуса:

Хлоргидрат (клизма) 6%; фенобарбитал 2% - снять судорожный синдром. При неэффективности используют гексенал внутримышечно или внутривенно. Как крайняя мера - спинномозговая пункция с выпусканием ликвора до 20 мл. В тяжелых случаях - краниоцеребральная гипотермия. Наркоз. Контроль состояния дыхательной и сердечно - сосудистой системы.

Для устранения метаболического ацидоза - сода (в/в 150-400 мл. 4% ЫаНСОз). Для лечения гипертермиилитическая смесь. Лечение отека головного мозга - фуросемид, М§804.

*Лечение эпилептических психозов.*

Как и для психозов используется внутривенное или внутримышечное введение разных психотропных средств.

При дисфории используют фенобарбитал и карбамазепан + аминазин, эффективен аулептин.

Кроме нейролептиков используются антидепрессанты (амитриптилин, анафранил). Эффективны депакин и конвулекс. Есть антидепрессанты, а антиконвульсивным действием - триптизол.

При эпилепсии так же необходима дегидратационная, рассасывающая, общеукрепляющая и витаминотерапия.

Важная роль в предотвращении рецидивов отводится оптимальному режиму, благоприятной психопатической обстановке, правильному рациону питания.

Специальных диет не существует, но необходимо ограничить употребление жидкости, соли, не желательно употребление острых блюд и алкоголя.

Прогноз.

Прогноз благоприятен, кроме злокачественных вариантов болезни с частыми приступами и быстро нарастающим слабоумием. При своевременной адекватной терапии изменения личности минимальны или их нет.

**10. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ**

**Расстройства личности (психопатии) -** патологическое состояние, характеризующееся дисгармоничностью психического склада и представляет собой чаще врожденное свойство индивидуума, сохраняющееся в течении всей жизни.

Расстройства личности констатируются, когда патологическое изменения выражены столь значимо, что препятствуют полноценной адаптации в обществе.

Термин «психопатия» ввел Кох (1894 г.), хотя их описание встречается в древней культуре.

Развитие учения о психопатиях на западе связано с именами: Креплин, Хондресон, Кречмер, а в отечестве - Ганнушкин, Кандинский, Бехтеров.

С 70-х годов термин «психопатия» стал заменяться на «расстройства личности» (т.к. точнее отражает сущность нарушений и лишен социально отрицательного звучания).

**Распространяемость:** встречается у 5-15% взрослых. В структуре психической патологии - 40-50% и занимают по распространенности 2-е место, после неврозов. Среди психопатий преобладают истерический (34%) и возбудимый типы. Психопатии чаще развиваются среди горожан и в группах с низким социально - экономическим статусом. Мужчины страдают в два раза чаще женщин.

Этиопатогенез.

Ведущая роль - конституционные и генетические факторы. Большое значение имеют негрубые экзогенно - органические повреждения головного мозга во внутриутробном и раннем постпатийном периодах в результате инфекции, травм, интоксикации и других факторов.

В патогенетическом аспекте формирование расстройств личности связано с вовлечением структур лимбической системы мозга - высших центров регуляции эмоций при одновременном снижении тормозного контроля подкоркового отдела со стороны неокотекса.

При возбудимой психопатии подкорковые структуры активированы сильнее коры, а правое активированное больше, чем левое. При тревожной - на первый план выходит дефицит левого полушария.

Нарушения мозга связаны с дефектами катехоламиновой нейролидации (в частности с метаболизмом дофамина).

**Классификация расстройств личности:**

**1)параноидное расстройство личности** - это своенравные, неоткровенные, лишенные чувства юмора, капризные, раздражительные, с односторонними, но стойкими аффектами. Характерна повышенная активность, приподнятое настроение. Чрезмерно аккуратные и добросовестные, нетерпимые к несправедливости. Узость кругозора, чрезмерная прямолинейность, ограниченность интересов, незрелые прямолинейные непоследовательные суждения, склонные к резонерству.

Характерно повышенное самомнение, повышенное чувство собственного достоинства, сверхчувствительность к неудачам и критике. Безразличны к внешней жизни и своему здоровью. Характерная черта - сверхвозбудимость, т.е. постоянный поиск угрозы из вне (т.е. у них на первом плане не здоровье, а посягательства на свои права и свободы, а иногда и супруга). Кажется, что окружающие их не уважают, завидуют, ущемляют.

Типичное свойство: склонность к образованию сверхценных идей, в зависимости от которых выделяют виды:

ревнивцы.

изобретатели.

жалобщики.

фанатики и др.

Выделяют 2 типа в структуре этого расстройства личности:

.1. *экспансивный тип -* патологические ревнивцы, сутяги, лица, склонные к конфликту, псевдоискательству. Лживые, мстительные, замечающие недостатки у других, но не признающие их у себя. Довольные собой, но не окружающими. Ускоренный темп психической деятельности, энергичны, подвижны, не знают усталости в работе, не испытывают потребности в отдыхе, не желают подчиняться.

К ним относятся фанатики (люди, посвящающие себя одной идее или делу с исключительной страстностью), они увлекают других людей, оставаясь безумными и нередко жестокими.

.*2. синсетивный тип -* сочетание контрастных черт характера: астенических, сенситивных (исполнительность) и стенических (честолюбие, повышенное чувство собственного достоинства). Это лица робкие, застенчивые, боязливые, нерешительные, но в то же время мнительные, раздражительные. Склонные к самоанализу и самокритике и даже самоучительству. Характерны длительные интенсивные реакции, возникающие в результате этических конфликтов, например, различные служебные неудачи и т.д.

**2) Шизоидное расстройство личности -** это типологические различные лица. Робкие, застенчивые натуры (тонкие) противостоят равнодушным и тупым.

Наряду с мелочными, скупыми, сухими язвительными педантами, угрюмыми чудиками, мечтателями, к группе шизоидов относят личности крутого нрава, суровые, деловые, упорные в достижении цели.

Объединяет группу явление социальной замкнутости (аутизм), самопогруженность в себя, дискомфорт в области социальных отношений.

Шизоидные черты проявляются в 3-х, 4-х летнем возрасте. Это тихие дети с ускоренным умственным развитием, которое не соответствует отставанию в двигательной сфере. Рано интересуются философскими и абстрактными вопросами (происхождение мира, вселенной). Мало приспособлены к обыденной жизни. Характерна замкнутость и скрытность, но не из-за робости, а из-за отсутствия потребности в общении. Свободное время отдают чтению, рыбалке, прогулкам в одиночестве, созерцанию природы. Характерные черты: дисгармоничность, парадоксальность внешнего вида и поведения. Движения неестественные, угловатые. Голос мал смодулирован. Одежда или подчеркнуто аристократичная, изысканна или, наоборот, небрежна.

**Шизоиды -** люди крайних чувств и эмоций: либо восхищаются, либо ненавидят. Увлечения их своеобразны, обычно односторонние. Некоторые все силы направляют на достижение малозначительных целей (например, коллекционирование, а другие - на создание талантливых научных концепций).

В структуре выделяют 2 типа:

)сенситивный - люди со «сверхнежной» внутренней организацией, болезненно чувствительны.

)экспансивный - решительные, волевые натуры, не склонные к колебаниям, мало считающиеся с мнением других. Среди них нередки люди со «скверным» характером - высокомерные, холодные, жестокие, но в то же время легко уязвимы, неуверенны в себе капризные и склонные к экспансивным реакциям.

**3) Диссоциальные расстройства личности -** группа эмоционально тупых личностей («бездушные» психопаты). Основной аномалией группы является недоразвитие высших нравственных чувств. Выделение этого типа проводится на основании социальных критериев, основные из которых - неспособность следовать сложившимся в обществе нормам. Нет духовных интересов, лживость, эгоизм. Сварливость, упрямство, жестокость, мучают животных, рано формирующаяся оппозиция к родителям. Начинают рано воровать, курить, убегают из дома. Систематическая непроизводственная деятельность им непереносима. Часто прогуливают или меняют работу. Креплин называл их «враги общества». Рано начинают употреблять алкоголь и наркотики. В соответствии алкогольного опьянения становятся еще более драчливыми, злобными, конфликтными.

Характерна импульсивность и отсутствие самоконтроля в сочетании с неустойчивостью настроения и бурными эффектными вспышками. Выделяют 2 типа:

**4)** **Эмоционально неустойчивые личности.**

*1)импульсивный -* соответствует возбудимой психики. Сильная эмоциональная возбудимость обнаруживается очень рано. Дети часто кричат, любое ограничение их свободы вызывает бурный протест. Характерны жестокость, злопамятность, неуживчивость. Не всегда удерживаются в школе и ПТУ, поступив на работу, быстро увольняются. Часты приступы гнева, ярости, аффективные разряды и двигательное возбуждение. Способны совершать необдуманные, часто опасные действия. Активны, но не способны к длительной целенаправленной деятельности. Мстительность и неустойчивость сочетается с вязкостью аффективных реакций. Склонны к сексуальным эксцессам.

*2)пограничный* (неустойчивый) - повышенная впечатлительность, аффективная лабильность, включенность в себя, игнорируют школьные порядки, несмотря на хорошие интеллектуальные возможности. Непостоянство целей и планов, внушаемость, лабильность самооценки. Легко предаются пьянству. Могут выступать в виде мелких мошенников, но их крупные криминальные дела не способны, жизнь неровная, с неожиданными поворотами. Легко приспособляются к новым обстоятельствам, легко устраивают свой быт.

**5)истерическое расстройство личности -** люди внутренне мало, содержательные, пустые и даже убогие. У них нет собственного мнения, их суждениям не хватает зрелости, глубины, серьезности. Все их поведение рассчитано на внешний эффект. Стремятся привлечь внимание, капризность проявляется рано. Затем формируются эгоцентризм, расточительность, склонность к авантюрам. Не склонны к астеническому упорному труду, не обладают профессиональной глубокой подготовкой. Им нравится праздная жизнь, посещают все тусовки, упорно следуют моде. Они быстро влюбляются, заводят многочисленные, яркие, но короткие романы. Преувеличивают свое общественное положение, намекая на родственные связи с высокопоставленными людьми и т.д.

Среди них отдельная группа патологических лгунов, обманщиков, аферистов - люди лгут с юных лет, иногда без повода, не серьезно относятся к делу, не способны к систематической трудовой деятельности. Вместо решения реальных проблем заняты фантастическими идеями, хотя сразу после поступления на работу создают впечатление вдумчивых, одаренных людей.

Выделяют нарциссическое расстройство личности - свойственна патологическая амбициозность, высокомерие, самомнение, чувство превосходства над окружающими. Всегда уверены в своей значимости, правоте, не переносят критики, склонны преувеличивать свои знания и достижения. В погоне за всеобщим восхищением выбирают себе соответствующую работу (на публике).

**6) Психоастеническое расстройство**

Выделяют 2 варианта:

)*ананкастное -* любовь к чистоте и порядку, педантизм, упрямство, неуверенность, чрезвычайная осторожность. Заметны с детства. Вечно сомневаются и боятся. Рано появляется вера в приметы и защитные ритуалы. В позднем пубертате - застенчивость, сенситивность, тревожность, но через некоторое время эти признаки сглаживаются и на первый план выходят пунктуальность и добросовестность.

Психоастеникам свойственны сомнения, с годами повышение тревожности, стремление к стабильности, избегают необычные ситуации.

На первом плане - бережливость, ограничение личных потребностей со строгим контролем за расходами. Экономность с годами становится патологической скупостью.

*2)тревожное* (уклоняющееся) расстройство личности - чувствительность. Стеснительность в сфере отношений с окружающими, далее ограничение контактов, нерешительность, совестливость. С детства робкие, пугливые, боязливые, обычно слывут «домашними детьми», сторонятся животных, боятся темноты, одиночества. В школе чувствуют себя неуютно, избегают драк и шумных игр. Часто над ними насмехаются. Дружат с детьми младше себя (т.к. с ними чувствуют себя уверенно). Отчетливо нарастает тревожность при вступлении в самостоятельную жизнь. В это время формируется представление о собственной малозначимости, личной непривлекательности, социальной неспособности. Такие лица обычно пополняют ряды чрезмерно «заботливых» родителей. Лучше чувствуют себя среди знакомых лиц. Не приспособлены к физическому труду, легко увлекаются делами, далекими от материальной деятельности. Очень озабочены тем, как бы всем угодить и никого не обидеть. Тактичны, советливы, добры, склонны к состраданию, готовы помочь всем. В экстремальных ситуациях могут проявлять несвойственную отвагу. Их называют - «храбрец, бросающийся вперед с закрытыми глазами». (Ганнушкин).

**Психозависимые расстройства личности** - пассивность, подчиняемость, внушаемость. Астенические черты - утомляемость к концу занятий, повышенная робость, застенчивость, нерешительность. Малоинициативны, несамостоятельны. Полное формирование происходит в пубертате - появляется чрезмерная впечатлительность и чувствительность, «нервная слабость». В семье находится в положении «взрослых детей». Они не противоречат сослуживцам или родственникам, безропотно сносят все обиды и унижения, всегда готовы всем услужить.

**8)смешанные расстройства личности (мозаичное) -** используют когда клиническая структура психики включает в себя проявления, свойственные различным формам психики. Диагностика расстройств личности.

Основы учения о динамике заложены Ганнушкиным (1993 г.). Независимо от типа психопатического состояния, личностям характерна сверхчувствительность к действию внешних и внутренних факторов. При незначительных психотравмах могут длительно оставаться латентными, не нарушая процессов соц. адаптации. Схематично в динамике 2 состояния: компенсации и декомпенсации, которые определяются взаимодействием ряда факторов (тяжестью и типом психотравмы, возрастом, социальными условиями). Полная компенсация м/б у 2/3. нарушение ее обуславливается эндогенными (болезнь) или экзогенными причинами, что приводит к декомпенсации. Есть связь декомпенсации с возрастом.

Чередование периодов компенсации и декомпенсации - динамика. Проявление динамики:

)спонтанные фазы возникают у психопатических лиц без причины. Клиника: от самых легких изменений настроения, до длительных и тяжелых депрессий.

)патологические реакции возникают в ответ на д-е внешних раздражителей, как соматические (соматогенные реакции), так и психические (психогенные реакции). К психогенным реакциям относят реактивные психозы и конституции-е реакции.

Клиническое проявление конституц. реакций может быть значительное утяжеление основных аномальных черт личности, утяжеление психопатических особенностей. Такие реакции, носящие затяжной характер приводят к постепенному углублению патологических проявлений, определяются как патологическое развитие личности.

Патологическое развитие личности - стойкое, в ряде случаев необратимое изменение личностных свойств, обусловленное взаимодействием длительных и часто повторяющихся психотравм, которые равны психогении с особенностями характера (т.е. декомпенсация не прекращается). Частые его типы: астенический, депрессивный, обсессивный, паранойяльный.

**Лечение:**

Цель - компенсация психологического состояния (т.е. лечение декомпенсациии). Первостепенная задача - помочь человеку жить в мире с самим собой, с обществом, избрать сферу деятельности, но не противоречить особенностям его психического склада.

Для социальной адаптации важно выздоровление микросоцсферы, изоляция от ассоциальн. личностей, работа с родственниками для улучшения внутрисемейных отношений. Имеет значение формирование трудовых навыков.

Лекарственная терапия - при манифестации расстройств.

При преобладании взрывчатости, расстройства влечения - нейролептики (неулептия, галоперидол); антиконвульсанты (карбамазептин).

При тревожности, фобиях, астенических расстройствах - транквилизаторы. Психотерапия в компенсацию (групповая, семейная, индивидуальная).

**11. БОЛЕЗНИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАРЕНИЯ**

**Психическое старение -** процесс возрастного изменения высших психических функций заключительного периода человеческой жизни. Психическое старение многообразно. В позднем возрасте можно видеть и высокую сохранность интеллектуальных способностей, и различные психические нарушения. Психическое старение изучал Павлов. Процесс старения неравномерный, что находит выражение в гетеротопности (в различных органах процесс старения выражен не одинаково), гетерохронности (различные строки наступления старения в различных органах и тканях), гетерокинетичности (разная скорость старения). Например, слух начинает убывать после 55 лет; вкус - к 60 годам (заметно - к 80 годам), кожная чувствительность после 70 лет, мышечная сила - к 40 годам, острота зрения - после 30 лет.

Все болезни психического старения делятся на:

неспецифические.

собственно - возрастные (функциональные, органические).

Типичного времени начала возрастных изменений в психической жизни нет, но чаще всего возрастные нарушения ВНД появляются в возрасте близком к 75-80 годам. Могут возникать - поздняя шизофрения, МДП, поздние соматогенные психозы, травм, болезнь.

Соотношение функций органических заболеваний равно 60% : 40%. В последние годы отличается рост органических поражений старческого возраста. Функц. психозы позднего возраста - болезненная форма психического старения. Это психическое заболевание, возникновение которого связано с процессами старения, с манифестацией в позднем возрасте и отсутствием тенденции к развитию деменции.

Этиопатогенез:

В настоящее время считают, что возникновение психозов старческого возраста связано с кумулятивным действием разных факторов:

1)особая психологическая ситуация (проблема смерти, одиночество, напряженное отношение с молодежью).

2)сосудистый фактор.

3)Наследственный фактор.

Морфологически - в мозге дистрофические изменения и старческие бляшки в нейронах. Кроме того, наблюдается неспецифические сосудистые изменения, дистрофические изменения ишемического характера.

Инволюционные психозы - сборная группа, включающая инволюционную меланхолию и инволюционный параноид.

*Инволюционная меланхолия -* психоз, впервые возникший в позднем возрасте, характеризуется депрессивным синдромом и развитию деменции.

Крепелин отнес к ней все тревожно-депрессивные состояния позднего возраста.

**Распространенность:** 5-44%, симптомы депрессии встречаются у 30% людей пожилого возраста.

Клиника инволюционной депрессии представлена признаками тревожно - бредовой депрессии - угнетенное настроение, тревожной возбуждение, со страхом, вербальные иллюзии, бред осуждения и м/б бред Котара.

*Особенности инволюционной меланхолии:*

1)тревожное двигательное беспокойство.

2) своеобразный бред: идеи вины, наказания, ипохондрические идеи, атрофии органов.

3)динамика проявлений психоза - на отдаленных этапах клиника стабилизируется, становится однообразной, уменьшается напряженность депрессии.

Инволюционные параноиды: бредовые и галлюцинаторные психозы, впервые возникающие в позднем возрасте и не приводящие к развитию органической деменции.

Изучал Карл Клейст. О распространенности точных сведений нет. По одним данным - у 4% лиц более 65 лет имеются идеи преследования, по другим - 0,5%.

*Особенности инволюционных параноидов:*

1 Психопатологические расстройства тематически связаны с ситуацией проживания.

2)психопатологические расстройства направлены на лиц, непосредственно проживающих или живущих рядом => бред очень правдоподобный.

3)галлюцинаторное расстройство в основном в виде элементарных обманов восприятия.

4)сохраняют социальную адаптацию (вне бреда психических отклонений нет).

Варианты клинической картины сводятся к трем основным типам:

1)интерпретативный параноид. Параноид носит внутриквартирный характер (т.е. жалуется на лиц, с которыми больной непосредственно живет). Они предъявляют претензии на то, что окружающие проникают в их комнату, если они на какое - то время уходят, то возвращаясь, обнаруживают «порчу вещей». Наблюдается особый вид бредовой защиты: больные вешают много замков, клеят контрольные листы бумаги на косяк, посыпают пол порошком, чтоб остались следы. В конце концов, больные перестают выходить из дома - «жизнь в осаде».

2)галлюцинаторный вариант параноида - в центре параноида не столько бред материального ущерба, сколько жалобы на невыносимые условия проживания в квартире, т.е. межквартирный характере. При этом варианте нет идей «проживания в жилище».

3) параноид с бредом физического воздействия. Основные расстройства - элементарные галлюцинации, но в отличие от галлюцинаторных развивается феномен «целенаправленного действия на тело больного» (прицельное действие электрического тока, света, холодного воздуха) с помощью специальных аппаратов. Развивается чувство открытости, незащищенности от внешнего влияния.

Все варианты могут сочетаться друг с другом или существовать независимо друг от друга.

При параноидах часто развивается аффективные нарушения с положительным или отрицательным знаком. Вектор этих изменений определяет поведение. В период низкого настроения больным свойственно пассивно - оборонительное поведение, при улучшении - активно обращаются в вышестоящие инстанции с жалобами, добиваются проведения различных экспертиз. В этом периоде они могут быть социально опасны. Эти параноиды протекают непрерывно с экзацербациями (обострение под действием внешних причин). Социальная адаптация прилична.

Органические психозы позднего возраста.

Выделяют пресинильные и сенильные деменций.

Позологически разные заболевания, но имеются общие черты:

начало в 40-60 лет

развитие тотальной деменций

кортикальная очаговая симптоматика

атрофия коры и подкорки

неблагоприятный прогноз

**Распространенность:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст | Женщины | Мужчины |
| 60-69 | 0,4% | 1,3% |
| 70-79 | 3,6% | 2,5% |
| 80-89 | 11,2% | 10,0% |

Факторы риска:

возраст.

наличие подобного заболевания в семье.

поздний возраст матери при рождении.

перенесенные депрессии.

низкий уровень образования.

Курение, длительный прием НПВС, эстрогенов, регулярное употребление алкоголя в небольших дозах - снижают вероятность заболевания.

Патогенез: нейродегенеративная патология на субклиническом уровне развивается десятки лет, но выявление заболевания на этой стадии до недавних пор было невозможно. Сейчас есть позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), позволяющая оценивать метаболизм головного мозга и выявлять доклинические проявления заболевания.

В процессе развития заболевания в нейронах происходит нарушение метаболизеса ключевого структурного белка - трансмембранного гликопротеина, который является предшественником амилоидного белка, т.е. патологические образования. Когда он переходит в 3-х мерную структуру он становится нерастворимым и перестает выводиться из клеток, происходит накопление и отложение его в виде островковых включений, когда его очень много следует гибель нейрона. В деградации аномальных белков большое значение имеют молекулярные шапероны.

В норме имеют структуру альфа - спиралей меняя свою пространственную структуру, они переходят в форму бета - слоев, которые склонны к сшиванию друг с другом.

Шапероны - короткие белки - посредники, которые скручивают белок нужным образом и раскручивают его. Т.о. они избавляют клетки от инфицированных форм белков. С возрастом их активность снижается, что приводит к нейродегенерации заболевания.

В 1997 г. в связи с этой теорией эти заболевания назвали «конформационные болезни головного мозга»:

Болезнь Альцгеймера - пресильная деменция, характеризующаяся прогрессирующим - слабоумием, психическими эпизодами и развитием очаговой корковой симптоматики вследствие атрофии кортикального слоя височных и теменных долей головного мозга.

Описано в 1906 г. Альцгеймером. Дебют медленный, длится от 2-х до 4 лет. Характеризуется появлением и нарастанием нарушений памяти (больные их не замечают и переживают). Постепенно из-за нарушения памяти у больных нарушается ориентировка во времени и пространстве. Больные совершают шаблонные однотипные движения, у них шаблонное однотипное отношение к окружающим. Иногда в дебюте бред ревности или ущерба. Для постановки диагноза необходимо наличие синдрома ЗА: афазо-агнозо-апраксический синдром. Афазия носит сенсорный характер (больные не понимают обращенную к ним речь). Иногда наблюдается логорея (неудержимая речь). Больные произносят только часть слова или искажают (жаргонофазия). Наблюдается эхоладея (больные повторяют слова за собеседником). Из-за жаргонофазии и логоклонии речь становится абсолютно непонятной. Различаются аграфия и алексия. Больные сначала могут нарисовать только кривые, окружности, а детали - только прямые линии. Больные могут читать вслух, но не понимать прочитанного. Зрительная агнозия (на цвет, формы, лица) не дает возможности ориентироваться как в новой, так и в привычной обстановке, отсюда асимметрия почерка (буквы скапливаются в центре или по краям страницы). Склонность писать по вертикали. Не могут определить расстояние (не знают - где далеко, а где - близко). Не узнают свои вещи, кровать, конфликты с окружающими, родными, паника. Расстройства аффекта в виде ночного и дневного беспокойства.

Апраксия - не знают, что и как делать, несобранные, бестолковые, беспомощные. Могут быть судорожные и безсудорожные припадки. Теряется возможность целенаправленных адекватных решений. В итоге развивается тотальное, глубокое слабоумие. Растормаживаются примитивные рефлексы (сосательные, жевательные, глотательные движения постоянно в ответ на тактильные раздражения). Смерть от присоединенных заболеваний или во время эпилептиформического припадка.

Болезнь Пика - психическое заболевание с дебютом в 45-50 лет, характеризующееся тотальным слабоумием из-за атрофии коры лобных и височных долей головного мозга.

Начало медленное, проявляющееся в снижении высших интеллектуальных функций, длится около 10 лет. Характерно нарушение поведения, странные поступки и неадекватность аффективных реакций. Память и способность к ориентировке сохраняются долго.

Нарушение речи - сначала уменьшается, а затем исчезает спонтанная речь, наблюдаются персеверации и эхоламии. Аграфия и алексия встречаются чаще и раньше, чем при болезни Альцгеймера. Наблюдается амнестическая афазия (больной описывает предмет, но не знает, как он называется), отсюда следует невозможность поддерживать беседу. Наблюдается апраксия, агнозия, неузнавание предметов, неспособность к целенаправленным действиям. Из-за глубокого дефекта интеллекта повышенная внушаемость. Эхомимия переходит в амимию. Наблюдается синдром ПЭМА (палиламея, эхомимия, мутизм, амимия). Этот синдром постепенно прогрессирует, и в конце развивается маразм. Смерть от присоединения инфекции.

Болезнь Крейтцфельдта-Якоба (спастический псевдосклероз). Встречается редко, в возрасте 50-60 лет. Характеризуется прогрессирующим слабоумием из-за атрофии нейронов глубоких слоев коры, полосатого тела и таламуса. До 1968 г. считалось, что это наследственное заболевание. Теперь считается, что оно вызывается «медленными» вирусами. Описаны случаи заболевания после пересадки роговицы. Слабоумие прогрессирует быстро, за 4-5 месяцев.

Сопровождается снижением веса, нарушением сна, дизартрией, затем прибавляется экстрапирамидные нарушения, непроизвольные хорео- и атетозоподобные движения, миоклонии.

Хорея Гентингтона - наследственное прогрессирующее нейродегенративное заболевание, сопровождающееся развитием системного дегенер.-атрофического процесса с преимущественным поражением стриарной системы мозга и подкорковых ядер. Выявляется ген. дефект 4-ой хромосомы. Длительность заболевания - 20-30 лет. Начинается в возрасте от 5 до 70 лет с хронических гиперкинезов, далее следуют нарушения интеллекта. Больные склонны к депрессии, наблюдается аффективная лабильность, снижение интеллекта прогрессирует медленно и сопровождается апатией, снижением инициативы, нарушением способности выполнять запланированное и задуманное.

Сенильные деменции (сенилизм) - психическое заболевание старческого возраста из-за атрофии головного мозга с распадом психической деятельности, исчезновении особенностей личности, нарастающей амнезией, заканчивающаяся тотальным слабоумием и маразмом.

Сенилизм составляет 25% болезней этого возраста. До 15% лиц старческого возраста страдают ей.

Причины: закономерное завершение физиологического старения. Клиника болезни Крейтцфельдта - Якоба

Особенности этой инфекции:

- длительный инкубационный период.

- полное отсутствие биологических реакций со стороны организма, т.к. прион обладает тропизмом к иммунным клеткам.

- 100% летальность.

Клиника разнообразна. Типичны атаксия, полное обездвиживание, амнезия, снижение интеллекта вплоть до полного слабоумия. Слабоумие прогрессирует очень быстро, за 4-5 месяцев, наблюдается потеря массы тела и т.д.

При патологическом анатомическом исследовании: общее нейтральное перерождение, астроцитарная пролиференция с разрушением серого вещества коры головного мозга, лобных и височных долей в коре мозжечка, базальных ганглиях и черной субстанции.

Определенную роль играет генетический фактор (риск выше в 3, 4 раза, если в семье встречается такое заболевание). Имеет значение наличие соматической патологии (влияет на темп развития сенилизма).

Морфология - снижение массы мозга, источники коры, повышение размеров желудков. При микроскопии - сенильные бляшки (скопления амилоида) до 60 в п/зр.

Начало заболевания мало заметно, снижается психическая активность, ухудшаются сложные ее виды (анализ, обобщение, абстракция). Развивается неприятие всего нового, склонность к несговорчивости, упрямство.

Круг интересов суживается с повышением внимания к своему здоровью и физиологическим отправлениям. Снижается аффективный резонанс, появляется равнодушие ко всему, что не затрагивает непосредственно больного, утрачиваются прежние привязанности, в том числе и к родным. Развивается эгоизм, вздорность, подозрительность, появляется расторможенность влечений (бродяжничество, алкоголизация, сексуальные притязания и т.д.).

Характерна мелочная оценка членов семьи, стремится настроить родственников друг против друга, чтоб не обращали внимание только на них. Может быть эротически окрашенный интерес к молодым людям противоположного пола, если те состоят в браке, то к партнеру - негативное отношение. Со временем - распад клиники по закону Рибо вплоть до тотального слабоумия (не узнают себя в зеркале - «симптом зеркала», забывают настоящее и недавнее прошлое, но помнят давнишние события, т.е. происходит сдвиг в прошлое вплоть до жизни в прошлом). Наблюдается диссоциация между выраженным слабоумием и сохранением автоматизированных действий. Больные могут себя держать, мимика живая, речь правильная, уместно высказывают одобрения (т.е. создают впечатления здоровых). НО! При этом они не знают, как их зовут, свой возраст, адрес, состав семьи. Нарушение ритма сна (исчезновение определенного времени засыпания, глубокий сон 2-4-20 ч). При длительном бодрствовании наблюдается суетливая деловитость («собирается в дорогу»). В конце - кахексия, дремота. Не всегда заболевание заканчивается маразмом. Если маразм не развивается, то это умеренная сенильная деменция.

Лечение (лучше дома): возможно лишь косвенное воздействие с попыткой некоторого улучшения состояния.

Сосудорасширяющие: высокие дозы вит. (группы В), ноотропп, малые дозы нейролептиков (при психозах), транквилизаторы.

**12. ОЛИГОФРЕНИИ**

**Олигофрения -** умственная отсталость, группа различных по этнологии, патогенезу и клинике патологических состояний, общим признаком которых является врожденное или приобретенное в раннем возрасте, до 3-х лет, общее недоразвитие психики с преобладанием интеллектуальной недостаточности.

Дофур (1770 г.) впервые описал врожденное слабоумие.

Термин «олигофрения» предложил Э. Креплин.

*По степени интеллектуального дефекта олигофрении:*

**Дебильность** (IQ = 50-70) - легкая степень врожденного слабоумия. Речь достаточно развита, способны к обучению по специальным программам, адекватное поведение в обычной обстановке, овладевают несложными трудовыми навыками. Удовлетворительная адаптация к обычным условиям. По степени дебильность бывает легкая, умеренно-выраженная, выраженная.

**Имбецильность** (IQ = 20-49) - мышление конкретное, неразвитая, косноязычная речь, моторная недостаточность. Не могут обучаться в вспомогательных школах. Навыки самообслуживания доступны. Подразделяется на выраженную и невыраженную.

**Идиотия -** самая глубокая степень олигофрении (IQ меньше 20). Речь и мышление не развиты, реакции на внешние раздражители резко снижены и неадекватны. Эмоции ограничены чувством удовольствия и недовольства. Нет способности к самообслуживанию. Осмысленная деятельность не доступна. Резкая моторная недостаточность: стоять и ходить самостоятельно почти не могут. У них могут быть немотивированные приступы агрессии и аутоагрессии. Характерны вялость, малоподвижность, иногда склонность к двигательному возбуждению со стереотипными движениями (раскачиванию, хлопанье в ладоши). Нуждаются в постоянном уходе и надзоре.

Формы олигофрении, отличающиеся определенной этнологией и патогенезом, называют дифференцированными олигофрениями, среди которых:

наследственные (включая хромосомные).

экзогенно обусловленные.

смешанного (наследственно - экзогенный) генеза.

Олигофрении, возникшие в результате отрицательного социокультурных условий обозначаются как «семейная» недифференциальная олигофрения.

Распространенность: среди населения - 1-5%. В настоящее время имеется тенденция к увеличению числа умственно отсталых, что связано с:

1)повышением общей продолжительности жизни.

2)лучшей выживаемостью.

3)повышенной выявляемостью детей с олигофренией.

Этиология: олигофрения с установленной этнологией - 35%. Наследственные 0-10%. Известны 400 экзогенных факторов, которые нарушают развитие. Особо важная роль отводится:

1)пернат. гипоксии.

2)ранним инфекциям и тяжелым соматическим заболеваниям.

3)дефициту сенсорной стимуляции.

Патогенез:

Важная роль - хроногенный фактор (период онтогенеза, в котором происходит поражение развивающегося мозга). Различные патогенные факторы, действуя в один и тот же период онтогенеза, могут вызывать однотипные изменения в мозгу.

75% олигофрении развиваются при внутриутробном поражении. При развитии семейной недиф. олигофрении генетическая информация дает грубую систему возможных объединений нейронов, окончательное функционирование объединений нейронов происходит в результате действия афферент. (сенсор.) раздражителей. Таким образом, активность нейронов может быть изменена поступающей в мозг информацией, а недостаточность специф. стимуляции ведет к морфологическим изменениям мозга.

Морфологические данные главным образом касаются глубоких форм:

1)малые размеры и малый вес головного мозга.

2)недоразвитие лобных долей.

3)задержка дифференцировки борозд и извилин.

Клиника общая для всех олигофрении:

тотальное недоразвитие психики.

недостаточность абстрактного мышления. Психический дефект появляется к 6-7 годам.

У подростков и взрослых формируется незрелость личности - внушаемость, несамостоятельность, импульсивность.

Интеллектуальная недостаточность сказывается на познавательных процессах, что затрудняет восприятие, активное внимание, запоминание, логическую память.

Эмоции недоразвиты, неадекватность аффектов, недостаточность инициативы и побуждений, отсутствие борьбы мотивов.

Речь - бедность запаса слов, обилие штампов, аграмматизм, дефект произношения.

Моторика недоразвита. Неврологическая патология в виде нарушения ЧМ иннервации, парезы, снижение мышечного тонуса, цереброэндокринной недостаточности.

Соматический статус - пороки развития и дисплазии («стигмы»): деформации лица и черепа, дефекты расположения и старости ушных раковин, старения глаз и конечностей, укорочение фаланг пальцев, незаращение губы и неба, пороки развития внутренних органов.

Динамика олигофрении носит непрогредиентный характер, но может нарушаться состояние декомпенсации.

Чаще декомпенсации проявляются церебрастеническими и психопатоподобными расстройствами, расторможенностью влечений, неоправданной агрессивностью. Иногда при этом могут возникать «психозы олигофренов». В основные психозы олигофренов проявляются аффектными и кататоноподобными расстройствами, галлюцинациями и бредовыми эпизодами, помрачением сознания.

В патогенезе состояний декомпенсации важна роль ликвородинамических цереброваскулярных расстройств, гуморальных изменений пубертатного периода. Различные экзогенные факторы (травмы, инфекции, перегрузка в школах) способствуют декомпенсации.

**Дифф. олигофрении.**

1 Наследственные формы.

- синдромы, обусловленные хромосомными абберациями.

Болезнь Дауна. Выраженная умственная отсталость и аномалии старения, которые делают больных похожими друг на друга. Имеют маленькую массу тела, слабо кричат, плохо сосут. У взрослых низкий рост, череп со скошенным затылком, косой разрез глаз с складкой в области внутреннего угла глаза, уши маленькие и деформировавшиеся. Высокое, готич. небо, большой язык, челюсть недоразвита, неправильный рост зубов, полуоткрытый рот.

Умственная отсталость в 75% - степень дебильности, в 20% имбецильность.

Большинство не способны к обучению в вспомогательной школе. Особенность - сохранность эмоциональной сферы по сравнению с тяжелыми интеллектуальными расстройствами.

Больные ласковы, добродушны, послушны. Наблюдается позднее половое созревание и раннее появление признаков инволюции.

Патогенез заболевания не совсем ясен. Предположительно заболевание обусловлено наличием лишней 21 ой хромосомы.

**Синдром Шерешевского - Тернера.**

**Распространенность:** 0,3\*1000 среди девочек. 1)небольшие масса тела и рост. 2)лимфатический отек кистей и стоп. 3)витилиго, пигментные пятна.

4)короткая шея с избытком кожи в виде шейной складки. 5)специфический разрез глаз.

6)аномалии скелета (укороченные пальцы), патология ССС. 7)низкий рост, мужская конституция. 8)половой инфантилизм.

Умственная отсталость имеется не всегда, а если есть, то нерезкая. Такие больные трудолюбивы, благодушны, стремятся опекать младших. С возрастом у них появляется критика к своему состоянию, далее следует раздражительность и замкнутость.

Диагноз устанавливается на основании клиники и цитогенетического исследования (отсутствует одна X - хромосома, генотип - 45/ХО).

Лечение - в препубертатном и пубертатном периоде гормональные средства (эстрогены).

**Синдром Клайнефельтера.**

Частота в мужской популяции - 0,2%.

Клиника варьирует от нормального физического и интеллектуального развития до выраженной дебильности. В клинике:

1)евнухоидные пропорции.

2)скудная растительность на лице, слабо развитая мускулатура, узкие плечи, удлиненные конечности, астеническое телосложение. 3)недоразвитие половых органов и бесплодие. 4)умственное недоразвитие в 25% выражено Нерезко

5)сочетание интеллектуальной недостаточности с незрелостью эмоционально - волевой сферы.

Диагностика основана на цитогенетическом исследовании. Определяется много полового хроматина, соответствующего женскому типу, геном - 47ХХУ. Специфического лечения нет. Симптоматическое лечение - прогестерон, эстрадиол, тестостерон, психотропные; психотерапия для устранения невротических реакций.

Генетические синдромы с нелепым типом наследования.

**Синдром «лицо эльфа».**

Клиника:

1 Специфическое лицо: полные отвисшие щеки, плоская переносица, большой рот с полными губами, выступающий затылок, отек верхних и нижних век, низко расположенные уши.

2)мышечная гипотония, опущенные плечи, впалая грудь, круглая спина, редкие зубы, плоскостопие, X - образные ноги.

3)паховая и пупочная грыжи.

4)врожденный вывих бедра.

5)низкий хриплый голос.

6)длинные редкие зубы.

7)увеличенное расстояние от основания носа до верхней губы («длинный фильтр»).

Интеллектуальная недостаточность глубокая, но может быть дебильность. Речь хорошая и относительно большой словарный запас, словоохотливость, хотя речь содержит обилие штампов. Характерные и постоянные особенности личности: добродушие, приветливость, послушание, хороший музыкальный слух. Морфологически: диффузное поражение сосудов, кальцификация крупных артерий, почечных клубочков и капилляров.

Этнология заболевания неизвестна. Лечение, направленное на снижение кальция в крови, не приводящее к предупреждению умственной отсталости.

**Синдром Де Ланге («амстердамская карликовость»).**

Клиника:

1)отставание в росте и массе тела.

2)густые сросшиеся брови, длинные запутанные ресницы.

короткий нос с развернутыми ноздрями.

вдавленная переносица, длинный фильтр.

тонкие губы и опухшие углы рта.

3)череп уменьшен в размере, кисти маленькие.

4)синдактилия стоп.

5)реформация позвоночника и грудины.

6)пороки развития внутренних органов (особенно почек).

7)гипертрихоз (особенно на спине).

8)краснота кончика носа, цианоз носогубной складки.

9)умственная отсталость в 80% - имбецильность или выраженная дебильность. В раннем детском возрасте - склонность к немотивированной рвоте.

Морфология - аплазия лобных долей и отсутствие роландовой борозды. Этнология не известна, специфического лечения нет.

Моногенно наследуемые синдромы с множественными врожденными аномалиями.

**Синдром Мортина - Белла -** это заболевание втрое по частоте за болезнью Дауна, т.к. встречается в 25% случаев с выраженной степенью умственного недоразвития.

Патогенез заболевания остается неясным. В 1969 г. при цитогенетических исследованиях обнаружены изменения X - хромосомы в виде перетяжки в районе 27-го, 28-го длинного плеча (перетяжка = ломкость = фрагильность хромосомы).

Клиника:

1) Характерный вид:

большая голова с высоким и широким лбом.

увеличенные, оттопыренные уши.

удлиненное лицо с увеличенным подбородком, клювовидный нос.

увеличенные кисти и стопы.

светлые радужки.

гиперэластичная кожа, избыточная масса тела.

суставы с повышенной разгибательной способностью.

2) макроорхизм без изменения эндокринной функции.

3) дефекты скелета (сколиоз, кифоз).

4) неврологически: мышечная гипотомия или гиперкинезы в виде гримас на лице; у 10% возможны единичные эпилептиморфные припадки и даже редкие эпистатусы.

5) выраженное интеллектуальное недоразвитие.

6) своеобразная речь: ускоренная по темпу и с выраженными персеверациями (имеет диагн. значение).

7) эмоциональная сохранность.

8) у 1/2больных - шизофреноподобные нарушения кататонического характера, вычурные позы, подпрыгивания, повороты вокруг своей оси.

Диагноз - ранняя детская шизофрения. Попытка лечения повышенными дозами фолиевой кислоты оказала положительный эффект только в отношении редукции шизофреноподобной симптоматики.

Метаболические олигофрении включают несколько десятков различных форм. Причиной является мутантный ген => послед синтез мутант, белка (фермента) => нарушение метаболизма.

**Фенилкетонурия** (болезнь Феллинга) описана в 1934 г.

**Распространенность** в Европе: 1,6:10000. заболевание связано с дефицитом фермента - гидроксилазы - 4 - фенилаланина, который контролирует превращение фенилаланина в тирозин. При повышении концентрации фенилаланина в крови часть его выводится с мочой, а остаток превращается в фенилкировиноградную, фенилуксусную, фенилмолочную кислоты, которые попадают в мочу и дают синюю окраску при реакции с треххлористым железом (проба Феллинга).

Последствием нарушенного превращения фенилаланина в тирозин является дефект тирозина, который ведет к дефициту катехоламинов, гормонов щитовидной железы, меланина.

Дети рождаются с полноценным головным мозгом, т.к. биохимические процессы обесп-сь нормальным обликом в-в матери. Нарушения обмена веществ начинаются сразу после рождения.

В первые 2-3 месяца жизни больного ребенка не удается обнаружить какие - либо отклонения в развитии. Клиника:

1)умственная отсталость - 96% - идиотия, имбецильность.

2)нарушение поведения.

3)80-90% блондины со светлой, лишенной пигмента кожей и голубыми глазами, у 1/3 детей - дерматиты, экзема.

4)судорожный синдром.

5)«мышиный» запах мочи.

6)неврологически: повышение мышечного тонуса, гиперкинезы.

Диагноз (предположительный) на основании реакции с треххлористым железом; окончательный диагноз - обнаружение повышенной концентрации фенилаламина. Это наследственное заболевание. Основа лечения - диета с ограниченным фенилаламином с первых месяцев рождения до 10-12 лет.

**Олигофрения при гомоцистинурии** занимает второе место среди олигофрении, связанных с аномалиями обмена к/к.

В основе - дефект обмена метионина: умственная отсталость до дебильности и невыраженной имбецильности. Наблюдаются судороги и повышение мышечного тонуса. В крови, моче и ликворе повышенное содержание метионина и гомоцистина.

**Олигофрении, обусловленные нарушениями обмена мукополисахаридов.**

Причина - накопление в клетках организма кислых мукополисахаридов.

**Болезнь Гуглера (гаргоилизм).**

1)своеобразное лицо:

голова увеличена.

выступающие лобные бугры.

шеи почти нет.

запавшая переносица.

густые брови.

вывернутые ноздри.

низко расположенные уши.

Черты лица напоминают гаргул - украшение на концах водосточных желобов, на крышах готических соборов. 2)медленный рост. 3)патология внутренних органов.

большой живот, за счет увеличения печени и селезенки, пупочная грыжа.

помутнение роговицы.

недостаточность аорт, клапана.

4)в возрасте 10-12 лет - летальный исход.

Умственная отсталость прогрессирует с возрастом. Диагноз подтверждается биохимическими методами: в моче обнаруживаются кислые мукополисахариды. 2. экзогенно обусловленные формы. 1)синдром алкогольного плода.

**Распространенность -** 0,3-0,5 на 1000 человек.

1)микроцефалия и специфическое лицо: выпуклый лоб, короткий нос с широким переносьем, гипоплазия верхней челюсти, «вогнутый профиль», эпикант, птоз, микрофтальмия, косоглазие, укороченная верхняя губа, неправильный рост зубов, широкие скулы, уши неправильной формы.

2)соматическая патология: нарушение строения почек и мочевыводящих путей, слияние и смещение тел позвоночников шейных, воронкообразная грудь, увеличения клитора.

3)неглубокое недоразвитие (1(3 = 60-70).

4)гипоплазия коры больших полушарий и мозжечка.

Алкогольная эмбриопатия развивается только при употреблении алкоголя во время беременности. Она не возникает в тех случаях, если страдающая алкоголизмом женщина во время беременности алкоголь не употребляет.

2)рубсолярная олигофрения.

3)олигофрении, в результате врожденного сифилиса.

4)олигофрении, обусловленные внутриутробным токсокламидозом.

5)олигофрении, обусловленные гемолитической болезнью новорожденных.

6)олигофрении, обусловленные гипоксией и механической родовой травмой.

7)олигофрении, обусловленные ранним постнат. инфекц. и травматическими поражениями.

8)олигофрении при гидроцефалии.

У всех:

умственная отсталость разных степеней.

наличие психоорганного синдрома.

возможны судорожные припадки.

3. Смешанные по этнологии формы.

1)микроцефалия - одна из самых частых аномалий среди больных с тяжелой умственной отсталостью: 3-10% всех случаев олигофрении.

Характерно симметрическое снижение размеров мозгового черепа при N или незначительно малых размерах лицевого черепа. Лоб уплощен, увеличенные ушные раковины, удлиненный нос, косоглазие. Умственная отсталость достигает глубокой степени (имбецильности, идиотии).

2)краниостеноз - преждевременное заращение швов свода черепа, ведущее к нарушению соответствия между развитием мозга и ростом костей черепа, его деформации и повышением ВЧД.

Основная роль в патогенезе - обменные дефекты костной ткани, которые ведут к преждевременному заращению черепа, что препятствует развитию мозга.

Отставание в психическом развитии отличается в ***ХА*** случаев. Чаще оно не глубокое, реже - в степени имбецильности.

Важна ранняя диагностика, т.к. во многих случаях современное нейрохирургическое лечение предотвращает развитие компрессии мозга и формирование интеллектуального дефекта.

3)гипотеоидная олигофрения (кретинизм). Первые симптомы появляются сразу после рождения.

Клиника:

1)приступы остановки дыхания и желтуха.

2)заметное отставание в росте.

3)своеобразное лицо:

грубые черты лица.

запавшая переносица.

сухая кожа, сухие и ломкие волосы.

большой язык не умещается во рту. 4)брадикардия.

5)желтовато - землистый цвет кожи.

6)упорные запоры.

7)вялость - больные могут часами лежать.

8)глубокая умственная отсталость.

9)атрофические изменения в головном мозге.

10) может присутствовать или отсутствовать гипоплазия щитовидной железы.

Основа лечения - заместит, терапия тиреоид. гомонами.

При раннем начале лечения возможно предотвратить развитие умственной отсталости. Эффект через 2-3- недели.

Лечение носит симптоматический характер. Применяется препараты, стимулирующие мозговой метаболизм (церебролизин, липоцеребрин, глютаминовая кислота); психостимуляторы; препараты рассасывающего действия, противоэпилептические средства, нейролептики. Возможна и патогенетическая терапия.

Реабилитация: обучение детей по специальным программам, в специальных классах обычных школ или вспомогательных школах. Специальные интернаты.

Трудовая адаптация начинается во вспомогательных школах, продолжается в ПТУ.

Профилактика включает медико-генетическое консультирование, обменное переливание крови при несовместимости матери и плода по резус-фактору, а так же специфическое лечение внутриутробных инфекций.

**13. ШИЗОФРЕНИЯ**

**Шизофрения -** психическое заболевание, характеризующееся дисгармоничностью с утратой единства психических функций, длительным непрерывным или приступообразным течением, продуктивными и негативными расстройствами, ведущими к таким изменениям, как аутизм, снижение энергетического потенциала и эмоциональное обеднение.

Утрата единства психических функций определяет название болезни «шизофрения» (от греческого «шизо» - расщепляю и «френ» - разум). Ключевую роль в изучении сыграли Крепелин и Блейлер.

Основоположник - Эмиль Крепелин - заслуга в создании нозологической концепции. Он объединил наблюдавшиеся до него кататонию, гебефрению, хронические бредовые психозы и раннее слабоумие в понятие детепйа ргаесох.

Эуген Блейлер дал название болезни - шизофрения (болезнь Блейлера). Типы течения описал Меликов.

**Распространенность:** 1% в общей популяции, 50% всех больных психиатрических стационаров.

Начало шизофрении у женщин - 25-35 лет;

У мужчин - 15-25 лет.

До 15 лет и старше 50 лет - редко.

Во всех культурных и социально - экономических классах распространенность от плотности - стрессы.

Более высокий процент среди мигрантов. Больше в странах третьего мира из-за взаимодействия этих стран с передовой технической культурой.

Самая дорогостоящая среди всех болезней. Ежегодно в США тратится около двух процентов национального дохода.

Этнология не известна.

Основная модель близкая к пониманию - модель предрасположенности к влиянию стресса - стресс - диатез, модель.

Диатез - специфическая предрасположенность к определенным влияниям окружающей среды. Стресс может быть биологическим (инфекция, травма, интоксикация и т.д.). Диатезность определяется генетикой.

Патогенез:

Не достаточно изучена причина и сущность болезни. На современном этапе существует 2 основные группы теорий:

1)теории психогенеза - изучают роль различных психогенных и социальных факторов в возникновении шизофрении.

2)биологические - наиболее распространенные из них дизонтогенетическая и дофаминовая.

Дофаминовая - впервые в середине 60-х годов 20 века при изучении нейролептиков (аминазина и галоперидола), эффект которых связан с обменом дофамина.

Дофамин, гипотеза основана на 2-х группах психофармакологических эффектов: 1)нейролептики способны блокировать Дг - рецепторы.

2)агонисты дофамина типа амфотамина вызывают психозы, похожие на параноидную шизофрению.

Теория предполагает повышение активности дофаминовой системы при шизофрении.

Ситуация с дофаминовой теорией несколько осложнилась после появления атипичных нейролептиков (клозапин, рисперидол, сульпирид, серковель), которые отличаются высокой антипсихотической активностью при маловыраженных побочных эффектах. Они связывают не только Дг, Дз, **Д4,** но и серотониновые, гистаминово и холинергические рецепторы.

Аутоинтоксикационная основана на том, что в моче, крови и других жидкостях больных обнаруживаются токсические соединения. Но остается неясным, на сколько эти субстанции причастны к механизмам патогенеза болезни, являются ли они первичными или это следствие «токсикоза» => нарушение механизмов регуляции процессов метаболизма. Ответ не найден.

Гипотеза свободных радикалов пытается решить эту проблему.

В основе данной гипотезы лежит представление о гиперпродукции дофамина, приводящей к образованию высокотоксичных свободных радикалов, способных повреждать мембраны нейроцитов.

Иммунологическая гипотеза. Первоначально основывались на аутоиммунных механизмах (способности к образованию АТ к собственным тканям). Но в последующем внимание ученых было сосредоточено на изучении особых клеточных иммунных системах. Было установлено, что существует два генетически связанных нарушения:

- антитимоцитарные АТ

- снижение функции Т - лимфоцитов - супрессоров, которые являются маркерами развития шизофрении.

Снижение количества Т - лимфоцитов - супрессоров приводит к повышению гуморального иммунитета, что в свою очередь приводит к повышению АТ и НС (белкам, нейротрансмиттерам, лекарствам), а это приводит к повышению резистентности к лечению, трудно подобрать дозу лекарства.

В настоящее время говорят об иммунном компоненте (звене) патогенеза.

Дизонтогенетическая гипотеза - гипотеза нарушения развития мозга (нейроэволюционная). Сущность е сводится к тому, что под влиянием токсических, вирусных и других факторов в пренатальном периоде приводит к искажению развития клеточной системы головного мозга в виде нарушения пролиферации и миграции клеток, изменение их ориентировки, а так же нарушение межклеточных контактов, что приводит к образованию «ошибочных» связей в нервной системе, что под влиянием стрессовых факторов, вызывающих декомпенсацию несовершенных структур, приводит к манифестации шизофрении.

В настоящее время большие распространения получила точка зрения, что не развитие шизофрении оказывают влияние не только внешние факторы, но и инст. факторы: дефект определенных генов, кодирующих миграцию нейронов нервной системы. Аргументация - данные о повышении в ликворе специфических молекул адгезии нервных клеток, которые играют большую роль в процессах миграции нервных клеток и установлений связей между ними.

Данные объективных исследований.

1. КТ и МРТ - выявляется увеличение размеров латерального и третьего желудочков мозга и атрофии мозгового вещества. Эти данные были неоднократно подтверждены и при обследовании родственников больных, что отражает наследственное предрасположение.

Функционально-томографическое исследование (протонная МР - спектроскопия), которое выявляет потерю паренхимы гиппокампа, набл. при шизофрении, отражающую дисфункцию этой структуры.

При сканировании м-м позитронно-эмиссионной томографии обнаружено снижение метаболизма лобной доли, а так же относительное повышение метаболизма в задних отделах головного мозга.

Выявляемые при КТ морфологические изменения головного мозга отличаются стабильностью в течение заболевания и не зависят от применяемого лечения даже сильными антипсихотическими препаратами.

2. локальный мозговой кровоток.

У больных шизофренией при когнитивной (познавательной) деятельности определяется сниженный локальный кровоток во фронтальной и височной областях. При продуктивной симптоматике происходит усиление локального кровотока в левой височной области.

3. движение глаз у больных шизофренией.

У больных шизофренией (независимо от терапии) и у их родственников при закрытых глазах отличается повышение глазодвигательной активности. Эти данные можно рассматривать как маркеры предрасположенности к шизофрении. Снижение глазодвигательной активности у больных шизофренией коррелирует с выраженностью негативной симптоматики.

4. патологическая аномалия.

Патологический процесс определяется как энцефалопатия токсикопоксического (токсикоаноксического) характера. Снижение количества нейронов, их атрофия и сморщенность.

Особенность - очаговость поражения ткани - группы измененных клеток располагаются среди неизменных. Морфометрические исследования мозга позволили количественно охарактеризовать строение изменения головного мозга. Выявлено, что вес головного мозга больных меньше на 5-8%, размеры - меньше на 4%. Масса головного мозга у женщин меньше, чем у мужчин. Но масса серого вещества у женщин больше на 28% в тех областях, которые отвечают за формирование негативной симптоматики. Более «мягкое» течение болезни у женщин и исход лучше.

**Классификация:**

**1. непрерывно-прогредиентный тип.**

1.1. вялотекущий тип.

простая.

неврозоподобная.

психопатоподобная.

истериморфная.

ипохондрическая.

паранойяльная.

деперсонализационная.

1.2. среднепрогредиентный тип.

- параноидная.

-галлюцинаторный вариант,

- бредовый вариант.

1.3. злокачественный тип.

простая.

гебефреническая.

кататоническая.

юношеская параноидная.

**2. приступообразно-прогредиентный тип**

2.1. малопрогредиентный тип.

2.2. прогредиентный тип.

2.3. злокачественный тип.

3**.. периодический рекуррентный тип**

3.1. онейроидно-кататонический тип.

3.2. депрессивно-параноидный тип.

3.3. гипертоксический тип.

3.4. аффективный тип.

Клинические проявления. Синдромальные формы.

Шизофрения может возникнуть в любом возрасте, но чаще в возрасте 20-23 лет. Можно выявить преморбидные особенности личности:

замкнутость.

послушание.

склонность к фантазированию.

снижение физической активности.

интерес к уединенным занятиям (чтение, музыка, коллекционирование).

абстрагирование.

чаще астеники.

легче даются точные науки.

В дебюте возникают значительные изменения уклада жизни: нет интереса к любимым занятиям, резко изменяется отношение к родным, появляется несвойственный ранее интерес к религии, философии, этике, космологии (метафизическая интоксикация), ипохондрия, другие асоциальны, повышение аутизации и разрыв прежних социальных связей.

Манифестация разнообразна, характерно:

*Нарушение мышления:*

неуправляемый поток мыслей.

остановка, «закупорка».

параллелизм мыслей.

Это мешает понимать собеседника.

мышление разрывчато.

улавливают символический смысл в отдельных предложениях, словах.

создают новые слова - неологизмы.

Эмоциональные нарушения: утрата чувства привязанности и сострадания к близости иногда до неприязни и злобы. Больные неряшливы.

Поведение больных: рано развивается замкнутость, разрыв отношений с родными, друзьями, совершают неожиданные поступки, меняется мимика, манера речи. Все это указывает на обстоятельства и вызывает удивление лиц, знавших больного ранее.

Характерны сенестопатии: необычны и вычурны локализации и характер не соответствует заболеваниям.

*Расстройства восприятия:* слуховые, могут быть тактильные, обонятельные, зрительные галлюцинации.

Характерен бред - паранойяльный, параноидный, парафренный.

Двигательно-волевые нарушения: кататонический синдром, далее ступор и возбуждение.

Иногда у больных наблюдается двойственность мнения, решений (амбивалентность). Редукция энергетического потенциала - вялость, апатия.

**Формы шизофрении.**

1. параноидная форма.

Аутизм, нарушение стройности мышления, снижение и неадекватность эмоций. Ведущим является бред с последовательной сменой паранойяльного (систематизированный интерпретативный бред преследования без галлюцинаций), параноидного (синдром психического автоматизма), парафренного синдромов (бред величия, эйфория, нелепые фантазии, конфабуляции и распад бредовой системы).

. гебефреническая форма (первая из злокачественных).

Гебефренический синдром: детскость, нелепое дурашливое возбуждение, эйфория, кривляние, неадекватный смех сменяется на агрессию. Речь с неологизмами, повторами, циничной бранью.

На этом фоне быстро изменяется личность, снижается активность, возникает равнодушие, пассивность. Заболевание возникает в 13-15 лет и далее протекает бессимптомно, отсюда инвалиды до трудовой деятельности.

. кататоническая форма.

Характеризуется преобладанием двигательных расстройств, длительное время сохраняет вычурную, неестественную, часто неудобную позу без утомления (симптом воздушной подушки, капюшона), кататоническая восковая гибкость.

. простая форма.

Проявляется почти всегда негативной симптоматикой. Продуктивные расстройства не стойкие. Апатико-абулический эффект - отказ от учебы, бродяжничество, разрыв отношений, безучастие ко всему, эгоистичные, холодные, теряют запас знаний.

. циркулярная форма.

Наблюдаются яркие эмоциональные расстройства (мания и депрессия) с периодами полной редукции психоза в сочетании с мягкими медленно прогрессирующим дефектом в эмоционально - волевой сфере. Она трудно отличима от МДП.

. сенестопатически-ипохондрическая форма.

Наблюдаются сенестопатии и ипохондрические идеи, но не достигающие степени бреда.

В клинике следующие облигатные, т.е. специфические расстройства:

) аутизм - отрыв личности от окружающей действительности с образованием своего внутреннего мира - замкнутость, склонность к одиночеству.

) редукция энергетического потенциала - (снижение психической активности) - больным становится трудно учиться и работать, концентрация внимания крайне затруднена. Это приводит к трудностям восприятия новой информации, использования запаса знаний, что вызывает профессиональное снижение.

) эмоциональные изменения - прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций вплоть до эмоциональной тупости, неадекватности и парадоксальности. Несмотря на эмоциональную дефицитарность, больные могут сохранять отдельные привязанности.

) расстройства мышления особенно характерны для шизофрении. Утрата целенаправленности, последовательности, логичности, разорванность, наплывы мыслей, ощущение пустоты в голове. Процесс мышления утрачивает автомат, характер и становится объектов внимания больных, исчезает образность мышления, появляется склонность к абстракции и символизму.

В речи - склонность к бесполезному мудрствованию, рассуждательству (резонерство). В тяжелых случаях наблюдается разорванность речи до «словесной окрошки». Голос становится маломодулированным - говорит одним и тем же тоном обо всем.

)волевые расстройства проявляются «явлениями дрейфа», суть которого сводится к нарастающей пассивности больного и невозможности построения «линии жизни». Больные сравнивают свою «жизненную кривую» с лодкой, которую несет по течению.

)манера поведения. Мимика не соответствует ситуации и переживаниям больного, приобретая неадекватный характер, больные становятся неряшливы, неаккуратны, меняется манера одеваться - у одних в одежде преобладает вычурность, нелепость, у других - крайняя неопрятность.

Эти изменения, сочетаясь с бредом, галлюцинациями, аффективными расстройствами формируют психопатические синдромы - позитивные и негативные, сменяющие друг друга в течение заболевания.

В случае тяжелого, прогредиентного и злокачественного течения формируется психический дефект - слабоумие шизофренического типа, который обычно обозначается как конечное (исходное) состояние.

На основе изучения особенностей клинической картины и течения шизофрении были выделены 3 основных типа течения - непрерывный, приступообразный и рекуррентный, каждый из которых имеет клинические формы. Непрерывно - прогредиентный тип.

Диапазон клинических вариантов по степени прогредиентности чрезвычайно широк - от вялотекущей до злокачественной.

. вялотекущая характеризуется относительно благоприятным течением, постепенным развитием, достигающим исходных состояний.

На ее долю приходится около 20% среди всех шизофрении.

)простая - начинается с негативной симптоматики - снижение инициативы, снижение активности, эмоциональной недостаточности.

В клинике всегда присутствуют депрессивные расстройства. Нарастают медлительность, пассивность, умственная утомляемость, наплывы мыслей, обрывы.

Несмотря на эмоциональное опустошение и сужение круга интересов, больные не обнаруживают признаков регресса поведения, внешне упорядочены, обладают необходимыми практическими и несложными профессиональными навыками. Своеобразный облик больных с чертами странности, пренебрежения правилами личной гигиены, манерности, угловатости, шарнирностью движений, насыщенностью речи при бедности и неадекватности интонации.

)вялотекущая нервозоподобная с обсессивно-фобическими расстройствами.

Характерна сложная структура психопатических синдромов за счет одновременного проявления нескольких феноменов. Часто отличается страх внешней угрозы (проникновение в организм вредоносных агентов - ядов, болезнетворных агентов, острых предметов). Эти фобии сопровождаются защитными действиями даже до дезинфицировании одежды.

Навязчивости манифестуют на фоне негативных изменений в виде навязчивого мудрствования.

Чаще формируются навязчивые сомнения в завершенности => ритуалы и перепроверки. Но по мере повышения процесса навязчивости утрачивают аффективную насыщенность.

Далее эти расстройства сближаются со моторными стереотипиями с самоповреждающим поведением - покусывание рук, выдавливание глаз, перетягивание гортани, что отличает их от навязчивостей при пограничных расстройствах (неврозах).

)психопатоподобная - частая у подростков мужского пола. ДДз с психопатиями трудна => необходимо выделение синдромов психопатоподобной формы шизофрении (по сходству с психопатиями):

синдром нарастающей шизоидизации - самый частый. Нарастает замкнутость, теряются друзья, охлаждение к близким, забрасывается учеба. Но выраженного падения Е-потенциала нет. Энергичные, нелепые поступки.

Патологические увлечения: вычурность (собирание коллекции испражнений), озлобленность, непродуктивность (никакие результаты не достигаются в отличие от шизоидной психопатии).

- синдром неустойчивого поведения сходен с неустойчивой психопатией. Развитие примитивного. Часто попадают в асоциальные компании (алкоголь, наркотики), но в них остаются «белыми воронами». Сексуальные извращения. Алкоголь не вызывает эйфории, зависимость формируется редко, легко прерываются запои (т.к. шизофрения истощает дофаминную систему).

В сексуальном поведении свои особенности - склонны совершать попытки полового контакта с первыми попавшимися незнакомыми им людьми, причем в особо извращенных формах.

- эпилептоизный синдром - сходен с эпилептоидной психопатией, но отсутствуют дисфории. Обнаруживается извращенная и нелепая жестокость. Нарушения влечения, в отличие от эпилептической психопатии, не ограничивающиеся сексуальной сферой, а часто распространяются на пищевой инстинкт - больные придумывают вычурные диеты, употребляют в пищу несъедобные вещи. Исчезает элементарная брезгливость. Среди других странностей замечена склонность собирать пушки убитых мелких животных и разглядывать их. Алкогольное опьянение протекает тяжело с нелепой агрессией, но обрывается легко.

4)вялотекущая с истерическими проявлениями.

Истерическая симптоматика в гротескных, утрированных формах, грубые истерические реакции, гипертрофическая демостративность, жеманность и кокетливость, продолжающиеся месяцами контрактуры и гиперкинезы. Характерны затяжные (более ***Уг*** года) истерические психозы с преобладанием помрачения сознания, мистических галлюцинаций, длительным возбуждением или ступором, истерическими припадками.

С годами становятся одинокими чудаками (женщины злоупотребляют макияжем).

)ипохондрическая отличается сверхценными идеями ипохондрического характера и наличием стойких сенестопатии.

варианта:

- боли во всем теле, утомляемость, наличие каких - либо тяжелых соматических заболеваний.

- различные сенестопатии вычурного характера (жжение, сверление, скручивание, иногда просто фантастические - «бульканье в голове», «перелив мозгов»).

6)паранойяльная. Это бредовый психоз с медленно расширяющимся гиперпретативным бредом.

Бредовые идеи - систематизированные идеи преследования. 2 варианта:

- хронический бредовый психоз в возрасте 25-40 лет - дебют острый, идеи по типу озарения, затем идеи отравления и физического уничтожения. У некоторых больных через 15-20 лет заболевания дальнейшее развитие бредовой системы прекращается, они становятся терпимее.

- хронический паранойяльный психоз с явлениями сверхценного бреда - монотематичность, религиозность, сутяжничество, аффективность, содержание не абсурдно, малый размах, динамика бреда незначительная за счет присоединения идей величия и преследования.

7) вялотекущая с деперсонализационными расстройствами.

Начинается в юношеском возрасте с деперс. синдрома. Больные жалуются на утрату гибкости и остроты ума.

Сопровождается дереализацией - окружающий мир измененный, застывший, безжизненный. В тяжелых случаях нарушается сознание собственного «Я». Считают, что не имеют ничего своего индивидуального, пытаются копировать окружающих, но это - неудачная копия - клон.

К 25-30 годам эти явления снижаются, но не первый план выступает шизофренический дефект.

. среднепрогредиентный тип.

Параноидная шизофрения возникает в 3-35 лет и протекает с бредовыми и галлюцинационными расстройствами. В развитии ряд четких этапов:

)этап паранойяльного синдрома - бред не сопровождается галлюцинациями и психическими автоматизмами.

)этап параноидного синдрома - в том числе синдром Кандинского - Клерамова.

)этап парафренного синдрома - присоединение фантастического бреда.

В зависимости от преобладания в клинике галлюцинаторных или бредовых расстройств выделяют бредовый и галлюцинаторный вариант течения.

При бредовом варианте - манифест характеризуется интерпретативный высокосистематический бред различного содержания (ревность, идеи отношения, реформаторства, изобретательства). Формирование подобного бреда сопровождается повышенной активностью больных, они предпринимают все возможное для реализации этих идей.

При галлюцинаторном варианте формируется быстро - по типу внезапного «озарения».

При формировании синдрома К.-К. наряду с идеями преследования и воздействия развиваются идеаторные и другие (сенсорные и двигательные) автоматизмы, происходит трансформация истинных вербальных галлюцинаций в псевдогаллюцинации (отличаются высокой резист-ю к терапии).

Следующий этап параноидной шизофрении - парафренный. Формирование парафрении происходит постепенно, первые ее признаки возникают в картине синдрома К.-К. и начинаются с изменения «вредоносных» идей воздействия на «доброжелательные» на фоне приподнятого настроения, когда больные начинают говорить о появлении у них необычных способностей узнавать мысли окружающих и влиять на их самочувствие.

Далее возникают типичные для парафрении идеи величия фантастического содержания - больные утверждают, что являются особыми личностями, могут влиять на судьбы людей и Вселенной.

Конечное состояние при параноидной шизофрении характеризуется шизофазией. Первые ее признаки - симптом монолога, проявляющийся бесконечно длинными ответами на простые вопросы, когда информация, содержащаяся в этих ответах, не имеет никакого отношения к содержанию заданного вопроса.

Далее развивается собственно феномен шизофазии - грамматически правильная речь, но лишенная смысла и содержания с наличием неологизмов.

Продолжительность течения параноидной шизофрении не укладывается в определенные сроки, т.к. этапы развития болезни могут затягиваться.

«Процесс» - переход одного этапа в другой. Шизофрению называют «процессуальное заболевания».

. злокачественная шизофрения возникает в юношеском возрасте, характеризуется резко выраженной прогредиентностью, которая проявляется быстрым нарастанием негативной симптоматики и формированием тяжелых форм дефектных состояний. Особенности:

- начало заболевания с негативной симптоматики.

- резко выраженный полиморфизм и неразвернутость последующей позитивной симптоматики.

Эта форма отличается резистентностью к терапии.

**Распространенность:** 5-6%, в 4-5 раз чаще болеют юноши.

Нередко встречается у одаренных, способных молодых людей, являются гордостью школы и семьи.

Болезнь начинается с редукции энергетического потенциала и эмоциональной низкости, что проявляется прогрессирующим падением продуктивности - ранее хорошо учившиеся начинают испытывать трудности в учебе (часами сидят за домашними заданиями, утрачивают прежние интересы, появляются новые особые интересы к философии, мирозданию, религии - ранее он с ними не был знаком). Резко ухудшаются отношения с близкими, больные становятся в общении с ними раздражительными и грубыми. Избегают встреч с друзьями, перестают следить за внешностью, неопрятны, неряшливы, категорически отказываются от гигиенических процедур, целыми днями бездельничают, бесцельно бродят по квартире или лежат в постели.

Описанное характерно для простой формы (негативная симптоматика + рудиментарная продуктивная симптоматика, проявляется психопатоподобными эквивалентами, расстройствами влечении в виде сексуальной распущенности и склонностью к алкоголизации, галлюцинаторными и бредовыми эпизодами, кататоническими расстройствами в виде застываний).

При других вариантах злокачественной шизофрении - гебефренической, параноидной и кататонической - как и простой, начало с негативных расстройств. Различие их определяется картиной манифестного психоза, который при простой не возникает.

При гебефренической (Геба - богиня юности) - на фоне негативных расстройств возникает острый психоз, складывающийся из бреда преследования, воздействия, галлюцинаций, псевдогаллюцинаций, явлений психического автоматизма, кататонических расстройств, особенностью которых является сочетание двигательного и речевого возбуждения с дурашливостью и изменчивым аффектом - больные веселы, громко смеются, то начинают рыдать, становятся злобными и агрессивными.

Все эти расстройства отличаются рудиментарностью: бредовые идеи не складываются в бредовую систему, галлюцинации не принимают характер галлюциноза.

Могут развиваться признаки соматического неблагополучия - кратковременное повышение температуры, лихорадочный вид пациентов, желтушный цвет кожи. Эти состояния кратковременны и разрешаются без терапевтического вмешательства.

При кататонической шизофрении (люцидная кататония) на фоне негативной симптоматики остро возникает психоз с картиной субступора, прерывающегося импульсивным возбуждением. Эти кататонические состояния не сопровождаются онейроидным помрачением сознания.

В это же время выявляются бредовые расстройства, не имеющие тенденции к систематизации, псевдогаллюцинации, явления психического автоматизма.

Симптоматика эта нестойка и эпизодична + все возможные явления каталепсии (подушка Дюпре и т.д.), активный и пассивный негативизм, речевые стереотипии.

Рано начинающаяся параноидная шизофрения. Отличается от параноидной в зрелом возрасте: болезнь начинается с негативной симптоматики и характеризуется появлением кататонической симптоматики на развернутых этапах параноидного психоза. Манифестный психоз развивается в виде синдрома К.-К. Особенность этого этапа, а так же следующего за ним этапа парафрении, является возникновение фрагментарных кататонических расстройств в виде эпизодов субступора или возбуждения. Эти этапы наслаиваются один на другой, при этом создается сложная клиническая картина.

В течение небольшого отрезка времени за 2-3 года заканчивается тяжелыми видами конечных состояний.

)«апатическое» слабоумие - при простой.

)«дурашливое», «бормочущие», «манерное» слабоумие - при гебефреническом и кататоническом вариантах.

)речевая разорванность в виде шизофазии - при параноидной юношеской.

**Периодический тип (рекуррентный).**

Характеризуется развитием приступов различной структуры и наличием ремиссий высокого качества.

Характерны онейроидно-кататонически, депрессивно-параноидные и аффективные приступы.

Эти приступы имеют много общего: в каждом присутствуют аффективные расстройства - маниакальные, депрессивные или смешанные состояния, так же чувствительный бред, онейроидное помрачение сознания и кататонические расстройства. Манифестный приступ возникает в молодом возрасте.

Количество приступов: у одних - часто (каждый год), у других - в течение всей жизни может быть несколько приступов - в юношеском и старческом возрасте. Около 1/3 больных переносят лишь 1 приступ.

Приступы возникают чаще через равные промежутки времени и носят сезонный характер. Провоцирующим моментом их развития являются соматические заболевания, интоксикации, психогении, у женщин - роды, но могут возникать и спонтанно.

Клиника приступов отличается последовательными стадиями:

1 стадия - аффективные расстройства.

2 стадия - острый чувствительный бред в виде синдрома инсценировки и острого антагонистического бреда.

3 стадия - онейроидное помрачение сознания. Если в структуре приступа преобладают:

1 Эффективные нарушения, то он расценивается как аффективный; 2)чувственный бред - депрессивно-параноидный; 3)онейроид - онейроидная кататония. Ремиссия отличается высоким качеством.

Изменения личности или не возникают вовсе или выражаются незначительно. Фебрильная (гипертоксическая) шизофрения (смертельная кататония). Название определяется первым и основным объективным критерием - подъемом температуры.

Фебрильный приступ может быть при:

онейроидной кататонии.

шубообразной шизофрении. Приступы по тяжести различны:

- в одних случаях они не отличаются от приступа онейроидной кататонии с возбуждением или ступором.

Температурная кривая неправильная - наблюдается ее инверсия, т.е. температура тела в вечернее время более низкая, чем утром.

Характерный внешний вид больного - лихорадочный блеск глаз, сухие запекшиеся губы, гиперемия кожи, спонтанные кровоподтеки, сухой язык.

В других случаях вслед за кататонным возбуждением начинается аментивноподобное возбуждение (через несколько дней) - непрерывное в пределах постели; больные крутят головой, размахивают руками, речь их бессвязна. Симптомы корфологии свидетельствуют о крайне неблагоприятном прогнозе для жизни. Корфология встречается еще и при мусситирующем, профессиональном алкогольном делирии.

Все это сопровождается повышением температуры до 40 градусов и выше с негативной темной кривой, продолжительностью не более 2-х недель. В это время соматическое состояние больных резко ухудшается - кожа желтая, большое количество кровоподтеков, возможно появление буллезных форм в области локтевых суставов, пяточных костей, крестцовой области.

При рекуррентном течении шизофрении фебрильные приступы развиваются преимущественно в молодом возрасте, чаще у женщин.

Повторные фебрильные приступы протекают легче как по психопатологической характеристике, так и по соматическому состоянию.

При шубообразной шизофрении такой закономерности течения фебрильных приступов не наблюдается.

Он имеет другой характерный признак - при наличии значительного повышения температуры больной выглядит внешне благополучно и наоборот, сочетание высокой температуры и тяжелого соматического состояния.

**Приступообразно-прогредиентный (шубообразный) тип.**

Это комбинация непрерывного и рекуррентного типов течения с различной остротой психотического состояния и соответствующим психическим дефектом. Шубообразный: от немецкого «шуб» - сдвиг, имеется в виду, что после каждого приступа наступает личностный сдвиг «надлом» личности.

Выделяют 3 варианта:

)малопрогредиентный тип.

Манифестационным периодам предшествуют колебания настроения, являющиеся прообразом развернутых аффективных приступов.

Приступы, как правило, аффективные - чаще депрессии, реже мании с навязчивостями, явлениями деперсонализации, ипохондрия, сенестопатия с истерическими расстройствами.

)прогредиентный тип.

Отличается выраженным полиморфизмом приступа:

Первому приступу предшествуют личностные сдвиги в виде сглаживания особенностей характера или наоборот - появление несвойственных характерологических черт. Наблюдается снижение психической активности, сужение круга интересов, эмоциональная низкость. Приступы характеризуются остро развивающимся интерпретационным паранойяльным бредом, галлюцинозом, синдромом К.-К., парафренией.

Возникновение различных приступов происходит в соответствии с общими закономерностями смены синдромов, т.е. вслед за приступом с интерпретационным бредом разрождается приступ с галлюцинозом, синдром К.-К. и далее приступ острой парафрении.

Количество репрессий после указанных приступов различно. Характерные изменения личности варьируют от Нерезко выраженных до значительных.

)злокачественный тип.

Заболевание начинается исподволь - с падения энергетического потенциала, утратой прежних интересов, нарастающей эмоциональной дефицитарностью и развитием рудиментарных деперсонализационных и кататонических нарушений. Манифестация в 12-14 лет.

Манифестные психозы характеризуются крайним полиморфизмом и неразвернутостью симптоматики - аффективные расстройства сочетаются с бредовыми идеями отношения, преследования, галлюцинациями, припадкам психического автоматизма, кататоническими проявлениями в виде субступорозных эпизодов, сменяющихся возбуждением с импульсивностью и дурашливостью.

Уже после первого приступа заболевания обнаруживаются выраженные признаки шизофренного изменения личности, после 2-3 приступов появляется социальная дезадаптация и грубый шизофренический дефект.

Ремиссии непродолжительны, нестойки, с наличием остаточной продуктивной симптомики. Но в отличие от непрерывной - больные адаптируются к несложным видам трудовой деятельности и есть критика к своему состоянию, непрерывная более тяжелая, т.к. при ней - безремиссионное течение.

Дефектные состояния при шизофрении.

Дефект - стойкая дефицитарная симптоматика с отдельными симптомами позитивного характера.

)апато - абулический - редукция энергетического потенциала, вялость, апатия, пассивность, социально - трудовая дезадаптация.

)параноидный - на фоне эмоционального снижения преобладают отрывочные бредовые расстройства, неактуальные для больного.

)кататонический - на фоне эмоционально - волевого снижения отдельных кататонических симптомов - эхоламея, ступорозные состояния, миморечь, активный негативизм, различные двигательные стереотипии.

)гебефренический - не фоне эмоционально - волевой сниженности наблюдается дурашливость, гримасничество, бессвязная речь. Продуктивные расстройства в виде бред и галлюцинационно нестойкие, обрывочные, неактуальные для больного.

)психоорганический - на фоне эмоционально - волевого снижения есть отдельные признаки психоорганического синдрома (эмоции, память, воля, мышление).

Ремиссии при шизофрении бывают 2-х видов:

Спонтанные.

Лечебные.

1)спонтанные - больные активные, целеустремленные, но есть расстройство мышления. Критика к заболеванию неполная. Составляют - 50%. При среднепрогредиентной шизофрении:

)гипертимические - заострение черт характера, на первом плане - повышенный аффективные фон с расторможенностью и сохранением интереса к работе. При шубообразной малопрогредиентной шизофрении:

)астенические - эмоциональное обеднение или отсутствие эмоционального резонанса, т.е. шизофренический фасад личности.

)резидуальные - самые качественные. Длятся всю жизнь.

Лечение комплексное, интенсивное.

Выделяют:

)активная терапия, купирующая приступ.

)поддерживающая терапия, направленная на сохранение достигнутого состояния.

)профилактическая терапия, направленная на предупреждение рецидивов болезни.

Купирование острых бредовых и галлюцинационных состояний осуществляется нейролептиками широкого спектра (аминазин, тизерцин, стеллазин, галоперидол, лепонекс).

При появлении лекарственной резистентности используют комбинации нейролептиков (лепонекс + галоперидол). Наиболее резистентны злокачественные формы (стелазин, мажептил и другие).

При шубообразной эффективные психофармакологические средства.

Используют антидепрессанты (людиалил).

Мании купируются нейролептиками седативного спектра (аминазин) + соли *Ц*

При фебрильной - аминазин в больших дозах до 1500 мл в сутки и ЭСТ с обязательным проведением мощной комплексной детоксикации.

Наибольший лечебный эффект инсулинокоматозной терапии достигается у больных шизофренией с давностью болезни до 1 года, у больных с острыми параноидными и галлюцинаторно-параноидными синдромами и депрессивно-параноидными расстройствами.

Многолетние ремиссии у больных после ИКТ - в 65%. Психопатоподобные и неврозоподобные вялотекущие шизофрении плохо поддаются ИКТ, при гебефренной приводят к ухудшению, ИКТ при вялотекущих нецелесообразна.

Социально-трудовая реабилитация.

Летальность при шизофрении мала. Возможна лишь при фибрильной шизофрении.

Чаще гибель больных связана с самоубийством и несчастными случаями, злокачественная шизофрения предрасполагает к заболеванию ***ХДС,*** от которого они погибают.

При вялотекущей больные успевают получить образование и профессию. При шубообразной - в обострении длительная временная нетрудоспособность. В период восстановления трудоспособности успевают приобрести навыки и стаж. Из-за долгого пребывания в стационаре раз-ся госпитализм, они утрачивают прежние социальные связи и трудовые.

Этот вопрос (реабилитация) является проблемой, т.к. 50% ивалидизируются. Прогноз.

Улучшение психического состояния у 55% пациентов, отсутствие такового - у 45%. У 25% практическое выздоровление.

В ходе исследований ВОЗ: течение шизофрении наиболее бурное начале, далее относительная стабильность. Чем тяжелее приступы, тем они реже. Это доказывает, что прогноз при шизофрении считать неблагоприятным нет оснований.

При непрерывной шизофрении наблюдается благоприятные прогноз при вялотекущих формах.

Вся непрерывность шизофрении имеет тенденцию к регредиентному развитию на поздних этапах, т.е. улучшению прогноза, особенно при среднепрогредиентном течении, когда более 50% больных параноидной шизофренией достигают пожилого возраста, адаптируясь к повседневной жизни, что объясняется мобилизацией комплексаторных возможностей больных.

При злокачественных непрерывно текущей шизофрении прогноз неблагоприятный.

При шубообразной прогноз наиболее сложен. Длительные ремиссии встречаются в 20%.

При периодической шизофрении прогноз наиболее благоприятный, хотя, конечно, весьма различен при одноприступных формах и в случаях с частыми приступами.

В настоящее время общепризнанным является положение о том, что прогноз шизофрении определяется своевременностью начала и интенсивностью активной терапии в сочетании с социально - реабилитационными воздействиями.

**Организация психиатрической помощи в России.**

Психиатрическая помощь оказывается в стационарах и во внебольничных учреждениях. С 1923 г. постановлением правительства впервые в мировой психиатрической практике были созданы психоневрологические диспансеры - основа внебольничной психиатрической помощи.

Это обеспечило большую доступность психиатрической помощи, возможность не только лечения, но и профилактики. Лечение психически больных психоневрологических диспансеров уменьшает риск повторного стационирования за счет своей помощи, высокий уровень их социальной и профилактической адаптации, реабилитации.

Психоневрологический диспансер дает статистическую информацию: по обращаемости судят о заболеваемости.

Территориальный принцип обслуживания обеспечивает взаимодействие с другими видами медицинской помощи. Выявленные в поликлинике больные психозами, затяжные пограничные психические расстройства следуют в психоневрологические диспансеры.

Наметилась тенденция к оборачиваемости коек.

Важный этап - трудотерапия при психических болезнях. При затяжном течении следует постепенное усложнение клиники, далее невротическое развитие личности (повышенная тревожность, мнительность, нерешительность).

**14. РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ**

тюремные психозы (по старой номенклатуре).

в западноевропейских: 1)аномальные реакции. 2)психогенные. 3)стресс - психозы.

Шоммер (немец) - психогения - предложил термин в 1904 г.

- временные и обратимые расстройства психической деятельности из-за психических травм.

От неврозов отличается более тяжелыми глубокими психическими расстройствами с продуктивной и негативной симптоматикой.

Карл Ясперс: критерии психогений - конфликт личности с непереносимой для нее реальностью.

Триада Ясперса (характерна для всех РП):

1)возникновение психических расстройств вслед за психической травмой.

2)содержание переживаний отражает психотравмирующую ситуацию

3)редукция психических расстройств после исчезновения психотравмы.

Могут возникнуть у любого лица, но необходимо определенное состояние организма: испуг, страх, ожидание несчастья, т.е. аффекты приводят к неприятным, мучительным непереносимым переживаниям.

Чаще затрагивают семейно - бытовые ситуации.

Психическая травма определяется длительностью и инстинктивностью, учитывая психические и соматические особенности. Психические особенности - слабость критики, суждений, внушаемость, реактивная лабильность со склонностью к опасениям, страхом - являются предрасполагающими факторами к развитию психогений.

Большой вклад - Шпендер, Дюпре, Галушкин, Ясперс, Жиомен.

Патогенез идентичен причинам невроза.

Звенья:

гипоксия.

- ПОЛ.

нарушение иммунного статуса. Классификация:

По особенностям течения выделяют 3 основных вида:

**I)острые (шоковые).**

1)аффективно-шоковые, - гипокинетические. - гиперкинетические.

2)острое депрессивное состояние.

**II подострые.**

1)реактивная депрессия.

2)бредовые психозы. 3)истерические психозы,

**III затяжные.**

- затяжной реактивный психоз с сохранением структуры подострых.

-трансформирующийся,

-проградиентный.

**Острые.**

Аффективно-шоковые (психогенный шок) возникает под влиянием внезапной сильной психической травмы, представляет угрозу существованию. Бывают гипо- и гиперкинетические.

Гипокинетические - внезапно возникающее состояние обездвиживания и молчания, продолжительность - 15-30 минут - нескольких часов. Выход острый, через краткую астению.

Синонимы - реакция «мнимая смерть», острый психогенный ступор.

Гиперкинетические - внезапно возникающие хаотичные движения и бессмысленное возбуждение. Реакция «двигательная буря».

Оба варианта сопровождаются амнезией, сумеречным помрачнением сознания и вегетативными нарушениями.

Острые депрессивные состояния - чаще у женщин на неблагоприятной почве в послеродовой и другие (инволюционный период).

**Подострые.**

1)истерические психозы - истерическое сумеречное помрачнение сознания - пестрая клиника: тревога, мимоговорение, элементы псевдодеменции, демонстративность, истерическое возбуждение, сопровождающееся клоунадой, смехом, сменяется плачем, возможны зрительные галлюцинации. Длительность - 1-2 недели.

- псевдодеменция с преходящим регрессом психической деятельности имитирует слабоумие - упадок психической деятельности, миморечь, мимодействия, не ориентируются в окружающем, нарушение чтения и письма, чтение наоборот. Внешне растеряны, бессмысленная улыбка. Часто встречается в условиях судебно-следственной практики.

2 варианта:

1)ажитированный - при углублении сознания сменяется пуэтирилизмом.

2)депрессивный - при углублении сознания сменяется психогенным ступором.

Ажитированный вариант - суетливы, эйфория с напряженностью и страхом, речь ускорена, истерическое сужение сознания. Раз-ся остро на фоне психомоторического возбуждения.

Депрессивный вариант - на фоне психомотической заторможенности. Характеризуется подавленностью, заторможенностью, настроение тревожно - подавленное, скорбная поза, беззвучно плачут, растеряны.

Псевдодеменция часто сочетается с элементами пуэрилизма.

Пуэрилизм - психопатическое состояние с регрессом психической деятельности (появление в речи и действиях детских черт).

Следует за депрессией/псевдодеменцией. Детский голос, детские фразы, играют в детские игры, капризничают, но в целом по-взрослому.

Пуэрилизм приходит в крайнюю степень перевоплощения (конкретные животные), перерождение в диких животных - одичание. Наблюдается часто в юношеском периоде.

Вариант острого истерического сумеречного помрачения сознания - синдром Ганзера (1898 г.).

1)вначале проявляется растерянностью, тревогой, страхом, зрительные галлюцинации устрашающего характера.

2)затем преобладание в клинике явлений миморечи, мимодействий.

3)псевдодеменция.

4)пуэрилизм.

5)истерическое сужение сознания. 6)амнезия.

истерический синдром бредовых фантазий (описан в 1908 г.). наблюдается нестойкие изменчивые идеи, которые не складываются в определенную систему и имеют фантастическое содержание. Преобладают нестойкие идеи величия, богатства. Эти идеи отражают стремление личности к вытеснению психотравм.

истерический ступор - постепенно развивающийся, последний этап смены истерических симптомов.

Мимика выразительная, отражает застывшие страдание или отчаяние (аффект), неподвижность, мутизм.

Свойственны псевдодеменция и пуэрилизм, сужение сознания на фоне психомоторной заторможенности.

Исчезает внезапно или постепенно. Реактивная депрессия встречается в вариантах: - простая реактивная депрессия, - депрессивно-истерический синдром. - депрессивно-параноидный синдром.

Выделяют 6 этапов:

- простая (меланхолия) реактивная депрессия - пониженное тоскливое настроение сопровождается двигательной и идеаторной заторможенностью.

*-* депрессивно-истерический синдром - характеризуется выразительностью внешних проявлений. Аффективные расстройства: подавленность, растроенность, злобность.

Мимика театральная, стремление привлечь к себе внимание, тоска сочетается с гневливостью, демонстративные суицидальные попытки, частичная амнезия.

Может наблюдаться спонтанное выздоровление. Истерически суженное сознание - сатиричны вплоть до гротеска (пафосно, как на сцене).

Дифференциальный признак истерической депрессии - нет идей самообвинения, но зато идеи виновности окружающих.

Могут быть зрительные и слуховые галлюцинации, насыщенные устрашающего содержания.

- астенические депрессии возникают при длительных и многочисленных психотравмах у лиц с соматической неблагополучностью, имеющих конституционные особенности - робость, сенситивность, тревожность, склонность к преступлению. Наблюдается психомоторная заторможенность. Внешне маловыразительны, больные раздражительны, слабы, далее соматическое истощение с нарушением белкового, углеводного и других видов обмена.

-ипохондрическая депрессия возникает при длительных и повторных психотравмах. На фоне какого - либо соматического заболевания. Предрасполагают - мнительность, педантичность, эгоцентризм, повышенное внимание к своему здоровью, склонность к истерическим, невротическим, психотр. реакциям.

Клиника: у больных формируется концепция тяжелого и опасного для жизни заболевания, появляется тревога, нарушение сна, вегетативные реакции, которые как бы подтверждают наличие тяжелого заболевания. Может наблюдаться ипохондрический бред.

Сюда так же относят ятрогении, возникающие при неосторожном слове медработников, недоверии пациентов к лечению, методам обследования, внешнему виду врача.

- депрессивно-бредовый вариант - сложное переплетение симптомов депрессии с бредовыми идеями.

Бред может быть системным с интерпретацией окружающего в плане психотравмы. Бред может быть чувствительным (отношения, преследования).

- депрессивный ступор - развивается постепенно, является конечным этапом реактивной депрессии, сопровождается психомоторной заторможенностью.

В клинике сохраняется аффект тоски, который проявляется в мимике и моторике. Больные неподвижно сидят. Отказ от еды влечет за собой потерю веса.

Перестают следить за собой, за своей внешностью. Выражение лица - угнетенно-страдальческое: углы рта опущены, губы дрожат. Сидят согнувшись.

Нонет полного ступора, а наблюдается субступор. Отвечают тихо, однозначно, медленно, речь с длинными паузами, мало модулированная. Идеи самообвинения, высказывания. Показывающие наличие идей самообвинения, суицидальные мысли. Выход происходит через стадию депрессии с последующей частичной амнезией и астенией.

**Реактивные бредовые психозы.**

Паранойяльный вариант в виде систематического интерпретативного бреда преследования и/или отношение психотр. содержания. Длительность - 1-1,5 лет.

Параноидный вариант может развиваться при: арест, особенности при одиночном содержании, военной обстановке, внезапной изоляции, завал в шахте, иноязычная обстановка, длительных переездах в тяжелых дорожных условиях.

Реактивный параноид проявляется в виде образного бреда преследования, страх, тревога, бессонница. Мучительная тревога приводит к бреду, отражающему конкретную травмирующую ситуацию. Больные защищаются от бредовых преследований, становясь агрессивными.

Длительность составляет от двух недель до двух месяцев.

Постепенно бред теряет свою активность, появляется критика к своему болезненному состоянию.

Железнодорожный параноид - развивается у транзитных пассажиров, которые находятся по несколько суток в дороге.

Психотравма: волнения по поводу отъездов, пересадок, суета вокзалов, плохой сон, запахи, гул, шум массы передвигающихся людей, крики, дефицит информации, нерегулярное питание.

Клиника: бред преследования и отношения. Галлюцинации и аффект страха.

Параноид военного времени - раз-ся на фоне тревоги, бред преследования, отношения, виновности, самообвинения.

Параноид, возникающий в условиях заключения - бред значимости, отношения, преследования, до синдрома К.-К. (отличия в соответствие триаде Ясперса).

Индуцированный параноид - в результате тесного общения с индуктором психоза. Такое общение имеет яркий аффективный фон. Психические особенности реципиента - умственное недоразвитие, повышенная внушаемость, низкий культурный уровень, религиозность.

Тематика бреда объединенная - отношений, преследования, эротический, сутяжничества и др.

Обычно проходит даже без лечения.

Параноидный ступор - развивается постепенно, является конечным этапом, в клинике отражаются предшествующие патологические расстройства. Тревожно - тоскливое настроение сочетается с бредовыми идеями отношения, преследования, воздействия, двигательная заторможенность, скорбное выражение лица, высказывания, отражающие психотравмирующую ситуацию, идеи самообвинения, отказ от пищи, истощение.

При выходе из него сохраняются частично воспоминания о перенесенных переживаниях.

**Затяжные.**

Затяжные реактивные психозы с сохранением структуры подострых форм.

Наблюдается необычайная продолжительность (более двух месяцев) подострого с сохранением его форм. Но структура приобретает изменения: так, больные психогенным ступором, теряют прежнюю напряженность мускулатуры, начинают двигаться, могут сами принимать пищу, т.е. состояние регрессирует до субступорозного. Депрессивный аффект несколько снижен. Состояние оценивают как фиксированное на длительное время определен, этап обратного развития исходного подострого психоза. Самый благоприятный вариант может быть у преморбидно здоровых психических лиц, далее полное выздоровление.

**Трансформирующиеся ЗРП.**

Наблюдаются у больных, у которых на подостром этапе отмечается то, что трансформирующийся синдром подошел к рубежу затяжного. Он сложнее, чем первый, т.к. здесь ведущий синдром распадается, а составные части вступают между собой в сочетания, дающие новые клинические состояния, чаще типа синдрома одичания.

У депрессивно больных обнаруживается злобный оттенок настроения, они кричат, воют, кусаются, т.е. становятся агрессивными.

У псевдодементных - миморечь, регрессирует до нечленораздельных звуков. Больные с пуэрилизом полностью утрачивают навыки взрослого поведения, сохраняется возможность ползать на четвереньках. Не способны использовать столовые приборы, могут только лакать.

Менее благоприятное течение, но полное изменение через астенический синдром. Наблюдается у лиц психопатических, с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы и органическими поражениями головного мозга.

**Прогредиентные.**

Встречаются при неблагоприятной тенденции развития зат. реактивного психоза. Предшествующий этап - клиническая картина с исключительным преобладанием двигательной заторможенности.

Далее клиническую картину сопровождает состояние полного ступора. Переживания больных теряют связь с психотр. ситуацией. Тяжело отличить от шизофрении. Наблюдается нарушение обмена веществ.

По истечении длительного времени происходит постепенный выход из него, не выявляются стойкие признаки негрубого психического дефекта органического типа (ослабление памяти, мыслительной деятельности). У ли с черепно-мозговой травмой, нейроинфекциями, психопатических личностей возможны у преморбидно психически здоровых.

Лечение реактивных психозов направлено на 3 звена патогенеза.

Используют:

психотерапия.

При реактивных депрессиях с тревогой - амитриптилин (150-300 мл/сут), клопротексен (30-150 мл/сут), сонапакс (30-60 мл/сут).

При реактивных параноидах - трифтазин, галоперидол (15 мл/сут), мажептил в нарастающих дозах.

**15. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПСИХОТИЧЕСКОГО И**

**НЕПСИХОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА**

)маниакально-депрессивный психоз (циклофрения).

**Циркулярный психоз** - заболевание, протекающее в форме следующих фаз: Депрессивная и маниакальная фазы разделены интермиссиями - полное исчезновение психических расстройств и сохранность преморбидных свойств личности. Этиопатогенез:

Изучены недостаточно, относят к эндогенным заболеваниям. По Павлову: при МДП нарушаются динамические взаимоотношения коры и подкорки, вследствие тормозного состояния высших отделов нервной системы. Циркулярный характер из-за слабости нервных процессов: внутреннего торможения и возбуждения.

По Протопопову: в основе патогенеза лежит патология аффективного психоза, чаще заболевают мужчины, монопол. - у женщин. Аффективный психоз часто развивается у женщин в период ПМС, после родов, в инволюции, что подтверждает участие эндокринного фактора в его патогенезе.

Характер распределения больных по возрасту начала заболевания показал, что в возрасте 25-44 лет заболевают 46,5%, т.е. половина всех больных аффективными психозами.

Есть также данные о том, что фазообразование при аффективном психозе зависит от воздействия экзогенных (психогенных и соматогенных) факторов. Выявилось их отчетливое влияние на возникновение фаз при монополярном и биполярном течении.

Монополярное течение - чередование фаз через интермиссию. Континуальное течение - чередование разноименных фаз интермиссии.

Биохимические гипотезы говорят о роли в патогенезе нарушений водно-электролитного обмена, обмена моноаминов, гормональных расстройств.

Основной гипотезой патогенеза аффективных психозов в настоящее время (в частности эндогенной депрессии) является серотониновая.

Согласно серотониновой гепотезе в основе заболевания лежит дисфункция центральной серотонинергической нейротрансмиссии (снижение уровня серотонина в различных отделах мозга, которые функционально связаны с эмоциональностью).

- оксииндолуксусная кислота является основным метаболитом серотонина. Показано, что при эндогенной депрессии снижается и нарастет при клиническом улучшении.

Содержание ее при эндогенной депрессии с суицидальными тенденциями ниже, чем при эндогенной депрессии без них.

Более прямые доказательства вовлечения серотониновой системы в патогенезе аффективных расстройств были получены при использовании так называемых нагрузочных тестов на добровольцах при использовании в качестве нагрузки диеты, дефицитной по триптофану.

Дополнительные свидетельства участия серотониновой системы в патогенезе аффективных расстройств получены при изучении серотонинергических маркеров на тромбоцитах, т.к. на тромбоцитах имеются те же элементы серотониновой системы, как и на центральных нейронах.

Показано, что при аффективных расстройствах снижается функциональная активированность белков - переносчиков серотонина через мембрану тромбоцита.

При электронном микроскопическом исследовании тромбоцитов крови больных с тяжелыми формами эндогенных депрессий не были обнаружены серотониновые гранулы, это дополнительное свидетельство «истощенности» серотониновой системы при эндогенных депрессиях.

Эндогенные сдвиги, отражающие изменения функции отдельных желез внутренней секреции и нарушение обмена стерои. гормонов рассматривается теперь как вторичные явления, в том числе стресс-го происхождения, т.е. обусловленные действием внешних факторов. Не исключена их более существенная роль в патогенезе аффектных психозов.

Оценка роли водно-эл. обмена, т.к. соли 1 л высоко эффективны при лечении МДП. 1 л влияет на обмен катехоламинов (А и НА).

Межполушарная асимметрия: левое полушарие - положительные эмоции, правое - отрицательные. Из-за нарушения межполушарного баланса и гиперактивации правого - депрессия.

Функциональная специализация находит подтверждение и в их нейрохимической асимметрии. Норадреналина и серотонина больше в левом полушарии, а дофамина, АХ, ГАМК больше в правом полушарии.

Клиника:

В клинике МДП отмечается общее преобладание депрессивных состояний (до 80%). Возраст начала заболевания - после 30 лет.

Проявление болезни однократной фазой - 12-70%, заболевания с повторными фазами -9-27%. Средняя продолжительность фаз - 3-18 лет месяцев. Маниакальная фаза может быть короче депрессивной в 2, 3 раза.

Чаще МДП начинается с депрессивной фазы (80% случаев). Задолго до нее наблюдаются субдепрессивные расстройства ли гипоманиакальные, если болезнь начинается с маниакального синдрома. Длятся они от нескольких часов до нескольких месяцев. Появляются они спонтанно или под действием провоцирующих факторов (психотравмы, инфекции и т.д.). первая выраженная фаза может быть через ряд лет после начальных глубоких проявлений.

Фаза начинается с предвестников. При депрессии в виде соматовегетативных расстройств (вялость, недомогание, нарушение сна, головные боли, нарушение аппетита, чувство страха).

Предвестники мнии: общее беспокойство, раздражительность, возбудимость, нарушение сна в виде бессонницы.

**Депрессивная фаза** складывается из класс, триады Протопопова:

) подавленность настроения с витальным чувством тоски.

) моторной и речевой заторможенности.

) интеллектуальная заторможенность.

В легких случаях больные нередко испытывают чувства физической усталости, вялости, утомляемости. Отличается снижением физической активности, творческий активности, тягостное чувство неудовлетворенности собой, общее снижение тонуса. Характеризуется ленью и безволием. Больные не могут взять себя в руки. Снижение настроения может быть от скуки, грусти, легкой утомляемости, подавленности до угнетенности, тревожности, мрачной угрюмости, пессимизм в своей оценке, стремление к уединению, чувствуют себя не такими как раньше. Нарушение сна, головная боль, запоры, неприятные ощущения во всем теле. Чувствуют хуже с утра.

При углублении тяжести депрессии нарастает психомотическая и интеллектуальная заторможенность, тоска становится ведущим фоном настроения.

В тяжелом состоянии больные выглядят подавленными, мимика скорбная (заторможенная), полностью застывшая. Глаза печальные, веки полуопущенные с характерной складкой Верагута (веко изогнуто углом вверх по внутренней его трети). Голос тихий, глухой, маломодулированный, ответы односложные. Мышление заторможено, ассоциации бедные с пессимистической настроенностью. Мысли о неполноценности, виновности, греховности. Движения замедлены. Слезы отсутствуют. Взгляд в никуда.

Далее при повышении клиники возникают оцепенение - депрессивный ступор - состояние глубокой заторможенности, которое может прерваться состоянием неистовства, взрыва - раптус (с латинского - порыв); нередко в этот момент больные способны на самоубийство.

Больные жалуются на физическое ощущение тоски в сердце, груди, голове, словно «камень» чувство вины, они указывают на место локализации ощущений.

Как и в начале стадии, во время полного развития депрессии остаются выраженные соматовегетативные расстройства в виде нарушения сна, аппетита, наличие запоров, потеря в весе, конечности холодные, низкое артериальное давление, расстройство эндокринной функции.

Суточный ритм в колебании состояния: тоска с чувством безразличия, состояние улучшается к вечеру. При очень тяжелых формах суточный ритм может отсутствовать.

Улыбающаяся депрессия - характерна горькая ирония над собой и улыбка + чувство безнадежности и бессмысленного существования.

Адинамическая депрессия - на первом плане снижение побуждений с наличием элементов апатии, чувства физического бессилия. Возможно преобладание чувство психической несостоятельности с невозможностью какого - либо интеллектуального напряжения при отсутствии заторможенности и тоски. В других случаях развивается мрачная депрессия с чувством неприязни, злобного отношения к окружающим и недовольством самим собой.

Учитывая степень тяжести депрессии, для МДП характерно развитие депрессии с дереализ.-деперсональными расстройствами, что свидетельствует о переходе на более глубокий регистр поражения (психотический). Утрачивается аффективный резонанс, развивается чувство бесчувствия, снижение возможности реагировать на ситуацию. Больные становятся эмоционально каменными, неспособными переживать, их ничто не волнует.

Иногда деперсонализационные расстройства могут быть более глубокими - с ощущением значительной измененности своего духовного «Я», всего склада личности.

Некоторые жалуются на изменение восприятия внешнего мира, мир как бы теряет краски, все предметы становятся блеклыми серыми, все воспринимается сквозь «мутный колпак» или через «перегородку», порой окружающие предметы становятся как бы нереальными, неживыми.

Тревожно - ажитированная депрессия в сочетании с тревогой и страхами. Степень выраженности различна: от нерезкого двигательного беспокойства до резкого двигательного возбуждения (заламывание рук, стремление биться головой о стенку, рыдания, причитания).

При тяжелых депрессиях может развиваться синдром Котара с идеями вечных мук или бессмертия, или ипохондрического бреда нигилистич. содержания (нет органов).

**Маниакальная фаза:**

1)повышение настроения (маниакальный аффект). 2)моторного и речевого возбуждения. 3)интеллектуального возбуждения.

Преобладает переоценка личности, идеи величия вплоть до бредовых идей фантастического содержания с нарастанием маниакального возбуждения. Мышление теряет свою направленность вплоть до скачки идей и бессвязности, сочетающейся с двигательным неистовством.

Больные выглядят моложе, живая и выразительная мимика, повышение аппетита, пульса, дефекации и мочеиспускания. Энергетически заряжены.

В зависимости от психопатических особенностей выделяют простые и сложные мании.

**Простые** - непродуктивная, спутанная, гневливая мания.

*Непродуктивная мания* (бездеятельная) - отсутствует повышенное настроение и стремление к деятельности, Нерезко повышенное мышление.

*Спутанная мания -* характеризуется резким усилением ассоциативных процессов, спутанность и бессмыслие.

*Гневливая мания -* вместо хорошего настроения агрессия, припадки, раздражительность.

**Сложные -** маниакальные состояния, при которых в структуре мании появляется бред инсценировки, ост. фантастический бред, отдельные кататонические расстройства.

Непсихотические аффективные расстройства (стертые формы).

Циклотимия - описана Кальбаумом (1889 г.), Кананбихом (1914 г.). ее рассматривают как смягченный вариант МДП.

Распространенность ее выше в 2 раза выраженных форм МДП.

Аффективные фазы не достигают психотического состояния, а остаются на субклиническом уровне, нередко с сохранением работоспособности на всем протяжении заболевания. Преобладают монополярные формы в виде периодических депрессий.

Скрытая (ларвированная, маскированная, соматизированная депрессия).

Эти депрессии широко распространены, но диагностика их затруднена. Постоянно обращаются к врачам, возможны суицидальные тенденции. У 2/3 больных попытки к самоубийству. Клиника характеризуется обилием соматических жалоб и бедностью аффективных расстройств.

Могут имитировать любые заболевания (СС - патологию, головные боли и др.).

Опасность: посещают все кабинеты, которые не подтверждают патологию, далее думы о безысходности; все враги плохие, суицидальные покупки.

*Лечение.*

**При** депрессиях с преобладанием психомоторической заторможенности без выраженного эффекта тоски, при адинамичных депрессиях - стимулирующие действия, активирующие побуждение, низкая заторможенность (нуредал, 25 мл два раза в день).

**При** депрессиях с преобладанием чувства тоски используют тимолептические средства (мелипрамин).

**При** тревожных депрессиях с раздражительностью, слезливостью без выраженной психомоторической заторможенности препараты с седативным действием (амитриптилин и др.). при некоторых тревожных депрессиях - капельно, внутривенно седуксин, терален.

**При** сложных депрессивных синдромах - антидепрессанты + нейролептики.

Эффективна ЭСТ при длительных затяжных Фомах депрессии, резистентных к фармакотерапии.

**При** лечении маниакальных состояний используют широко нейролептики (аминазин, мажептил, галоперидол), большие дозы солей 1 л (до одного года и более) - под контролем состояния больного и уровня солей 1 л в крови.

*Прогноз:*

В отношении жизни - благоприятный. Но, учитывая наличие суицидальных тенденций, нужно очень внимательно следить за состоянием больных, особенно при глубоких депрессивных приступах. Каждый приступ практически заканчивается выздоровлением, работоспособность по окончании приступа не страдает. Больные легко социально адаптируются. В случаях концептуального течения (при непрерывной смене маниакальных и депрессивных состояний) больные вынуждены оставлять работу.