**Оглавление**

Представление об астеническом синдроме

Характеристика познавательной деятельности больных с хронической почечной недостаточностью

Особенности познавательной деятельности больных портальной гипертензией

Список литературы

**Представление об астеническом синдроме**

Это состояние проявляется повышенной утомляемостью, ослаблением или утратой способности к продолжительному физическому и умственному напряжению. У больных наблюдаются раздражительная слабость, выражающаяся повышенной возбудимостью и быстро наступающей вслед за ней истощаемостью, аффективная лабильность с преобладанием пониженного настроения с чертами капризности и неудовольствия, а также слезливостью.

Для астенического синдрома характерна гиперестезия - непереносимость яркого света, громких звуков и резких запахов. Астеническим состояниям свойственны явления астенического, или образного, ментизма. Суть этого явления заключается в том, что при состояниях крайнего психического утомления у больных возникает поток ярких образных представлений. Возможны также наплывы посторонних мыслей и воспоминаний, непроизвольно появляющихся в сознании больного.

Астенические расстройства развиваются исподволь и характеризуются нарастающей интенсивностью. Иногда первыми признаками синдрома являются повышенная утомляемость и раздражительность, сочетающиеся с нетерпеливостью и постоянным стремлением к деятельности, даже в обстановке, благоприятной для отдыха ("усталость, не ищущая покоя"). В тяжелых случаях астенические расстройства могут сопровождаться аспонтанностъю, пассивностью и адинамией. Нередко наблюдаются головные боли, нарушения сна (повышенная сонливость или упорная бессонница), вегетативные проявления.

Возможно также изменение состояния больного в зависимости от уровня барометрического давления: при его изменении повышаются утомляемость, раздражительная слабость, гиперестезия (метеопатический симптом Н.И. Пирогова). Особенности этого симптома свидетельствуют о степени тяжести астенического синдрома: если интенсивность астенических расстройств нарастает задолго до изменения барометрического давления, то есть основание считать астеническое состояние более тяжелым, чем в случаях, когда состояние пациента меняется одновременно с изменениями давления. В случаях углубления имеющихся у больных признаков астенического синдрома состояние следует расценивать как менее тяжелое по сравнению со случаями, когда изменения барометрического давления сопровождаются возникновением новых свойственных астеническому состоянию расстройств.

Астения - синдром неспецифический. Его можно наблюдать не только при многих психических заболеваниях, но и у соматически больных в период утяжеления основного заболевания или в послеоперационном периоде. Многие болезни начинаются с так называемой псевдоневрастенической стадии, проявляющейся преимущественно астеническими расстройствами.

Возникновение астенического синдрома связывают с истощением функциональных возможностей нервной системы при ее перенапряжении, а также вследствие аутоинтоксикации или экзогенного токсикоза, нарушений кровоснабжения мозга и обмена в мозговой ткани. Это позволяет рассматривать синдром в ряде случаев как приспособительную реакцию, проявляющуюся уменьшением интенсивности деятельности различных систем организма с последующей возможностью восстановления их функций.

**Характеристика познавательной деятельности больных с хронической почечной недостаточностью**

Современные представления о сущности концепции болезни предполагают учет всей совокупности изменений, затрагивающих как биологический уровень нарушений (соматические симптомы и синдромы), так и социальный уровень функционирования пациента со сменой ролевых позиций, ценностей, интересов, круга общения, с переходом в принципиально новую социальную ситуацию со своими специфическими запретами, предписаниями и ограничениями.

Влияние соматического состояния на психику может быть как саногенным, так и патогенным. Под последним подразумеваются нарушения психической деятельности в условиях соматической болезни.

Существуют два вида патогенного влияния соматической болезни на психику человека: соматогенный (вследствие интоксикации, гипоксии и других воздействий на центральную нервную систему) и психогенный, связанный с психологической реакцией личности на заболевание и его возможные последствия. Соматогенный и психогенный компоненты представлены во влиянии на психическую сферу в различных соотношениях в зависимости от нозологии болезни. Так, например, особенно большую роль играют соматогенные влияния в генезе психических нарушений при заболеваниях почек, при врожденных пороках сердца.

У больных с хронической почечной недостаточностью (N18) отмечают явления интоксикации. На фоне интоксикации развивается астения. Вследствие нарастающей астении возникают изменения прежде всего в структуре таких познавательных процессов, как память и внимание - предпосылок интеллекта. Происходит сужение объема внимания, нарушение процессов запечатления и хранения информации. По мере нарастания астении к нарушениям процессов внимания и памяти присоединяются и другие изменения интеллектуальной сферы: снижается уровень аналитико-синтетической деятельности мышления с преобладанием наглядно-образного мышления над абстрактно-логическим. Мыслительная деятельность начинает носить черты конкретности и ситуативности. Постепенно формируется интеллектуальная недостаточность, снижается продуктивность мышления. Изменения в познавательной сфере больных с хронической почечной недостаточностью неразрывно связаны с изменениями эмоциональности.

В структуре астении наблюдается раздражительность со снижением контроля над эмоциональными реакциями. Депрессия является психологической реакцией на осознавание и переживание больным формирующейся интеллектуальной несостоятельности (в особенности на поздних этапах заболевания). Могут развиваться тревожные и ипохондрические черты.

Вынужденный отказ от привычной профессиональной деятельности, необходимость в смене профессии из-за заболевания или переход на инвалидность, превращение в объект семейной опеки, изоляция от привычного социального окружения (вследствие длительного стационарного лечения) - все это в значительной степени влияет на личность больного, у которого появляются черты эгоцентризма, повышенной требовательности, обидчивости.

Тяжелое хроническое соматическое заболевание существенно изменяет всю социальную ситуацию развития человека. Оно изменяет его возможности в осуществлении различных видов деятельности, ведет к ограничению круга контактов с окружающими людьми, приводит к смене места, занимаемого им в жизни. В связи с этим наблюдается снижение волевой активности, ограничение круга интересов, вялость, апатичность, нарушения целенаправленной деятельности с падением работоспособности, обеднением и оскудением всего психического облика.

Николаева отмечает еще один важный механизм соотношений между психическим и соматическим уровнями функционирования человека - механизм «замкнутого круга». Он заключается в том, что нарушение, возникающее первоначально в соматической сфере, вызывает психопатологические реакции, дезорганизующие личность, а они, в свою очередь, являются причиной дальнейших соматических нарушений. Так, по «замкнутому кругу», развертывается целостная картина заболевания.

Наиболее ярким примером механизма «замкнутого круга» является реакция на боль, часто встречающаяся в клинике внутренних болезней. Под воздействием боли и хронического физического дискомфорта у пациентов с тяжелыми соматическими расстройствами развиваются разнообразные эмоциональные нарушения. Длительные аффективные состояния меняют параметры физиологических процессов, переводя организм в иной режим функционирования, связанный с напряжением адаптивных систем. Хроническое напряжение адаптивных и компенсаторных механизмов в конце концов может приводить к формированию вторичных соматических нарушений.

Коркина предлагает понятие «психосоматического цикла», когда периодическая актуализация психологических проблем и связанных с ними длительных или интенсивных эмоциональных переживаний приводит к соматической декомпенсации, обострению хронического соматического заболевания или формированию новых соматических симптомов.

В отличие от острой патологии, при которой успешное лечение приводит к полному восстановлению предшествующего болезни состояния здоровья, хронические заболевания характеризуются длительно протекающими патологическими процессами без четко очерченных границ. Пациент никогда не становится снова полностью здоровым, он постоянно, то есть хронически, болен. Больной должен быть готов к дальнейшему ухудшению своего самочувствия, продолжающемуся снижению работоспособности, смириться с фактом, что он никогда не сможет делать все, что хочется, как раньше.

Из-за этих ограничений человек нередко оказывается в противоречии с тем, что он ожидает от себя сам, и с тем, что ожидают от него другие. Хроническому больному в силу психосоциальных последствий его функциональных ограничений (реакция семьи, уменьшение социальной сферы активности, ущерб профессиональной работоспособности и т. д.) грозит превращение в «неполноценного» человека, в инвалида.

В противодействии хроническому заболеванию существуют две стратегии поведения - пассивная и активная. Больной должен осознать общее изменение жизненной обстановки и попытаться активно преодолеть препятствия с помощью нового, приспособленного к заболеванию образа жизни. Требование «жить вместе с болезнью» легче декларировать, чем выполнять, и это приводит к тому, что многие люди реагируют на изменения своего функционирования, вызванного болезнью, такими психопатологическими расстройствами, как страх, апатия, депрессия и др. К пассивному поведению относятся защитные механизмы: реакции преуменьшения серьезности болезни типа игнорирования, самообмана, рационализации или сверхконтроля. Однако ценность этих пассивных попыток преодоления психологических и социальных следствий при длительной болезни часто сомнительна. Более значимы активные усилия пациента по решению возникших перед ним проблем, связанных с болезнью. Согласно Каллинке, больной должен стремиться к тому, чтобы: смягчать вредные влияния окружающей среды и увеличивать шансы на улучшение состояния, адекватно оценивать неприятные события и факты и приспосабливаться к ним, поддерживать свой собственный положительный образ, сохранять эмоциональное равновесие и спокойные, нормальные отношения с окружающими.

Это возможно в том случае, если больной:

- получает и усваивает необходимую информацию о болезни; ищет и находит совет и эмоциональную поддержку у специалистов, знакомых или товарищей по несчастью (группы взаимопомощи);

- приобретает навыки самообслуживания в определенные моменты болезни и тем самым избегает излишней зависимости;

- ставит перед собой новые цели, связанные с наличием заболевания, и пытается поэтапно их достигать.

При всей сложности ведения подобных пациентов врач и психолог должны внимательно замечать и поддерживать даже малейшие попытки самостоятельного решения своих проблем. Это необходимо как для сотрудничества в терапии, так и для попытки заново построить семейные, профессиональные отношения, а также по-новому проводить свободное время. Нужно уметь объяснять больному возможные неудачи лечения или прояснять условия жизни, влияющие на течение болезни, когда, например, пациент с помощью близких успешно справляется с новой обстановкой или, наоборот, семья мешает больному сосредоточить усилия на борьбе с болезнью. Необходимыми и ценными могут оказаться поддержка и контроль со стороны терапевтических бригад, специализирующихся на лечении хронически больных или пациентов, нуждающихся в длительном лечении.

**Особенности познавательной деятельности больных портальной гипертензией**

астенический синдром портальный гипертензия

[Заболевание портальной гипертензией сопровождается психическими расстройствами, клинические особенности которых зависят от длительности, этапа заболевания и характера клинических проявлений. Наиболее типичными психическими нарушениями являются астения с выраженными вегетативными расстройствами, постепенно нарастающие явления психоорганического синдрома, характерологические сдвиги, а также периодически наступающие нарушения сознания.](http://an.yandex.ru/count/7X9rp8vOI3040000Zhhh7E84XP530fK2cm5kGoi1D8YW2ozWYQXLzZYOO9sWfkK1dAtDawYMhssEXPgYIfCkagewjIUAgdJ_5AMH3bkHlfhYnmQFkYe7_msVlNtgAWIJWWcP0ekdKvxVGeoGfWwWaFaLfuWEg9ZoBwJ0000030Xy3W00?test-tag=419693059" \t "_blank)

[Астения может быть первым клиническим проявлением болезни. На более ранних этапах она характеризуется слабостью, повышенной раздражительностью, утомляемостью, снижением настроения. Особенностью астенического синдрома является выраженность массивных вегетативных расстройств в (виде приступов тахикардии, потливости, гиперемии кожных покровов, возникающих чаще при волнении). Типичным является также нарушение сна, нередко с приступами сонливости днем, парестезии рук и ног с чувством онемения, «ползания мурашек», а также тремор пальцев рук. Возможны остро возникающие болезненные судороги икроножных мышц. Бессонница ночью может быть обусловлена мучительным кожным зудом, усиливающимся в ночное время. При наличии повторных кровотечений в случаях цирроза с явлениями портальной гипертензии у больных появляется страх перед возможным кровотечением. При этом больные фиксируют свое внимание на неприятных ощущениях, пытаются, вопреки советам врача, ограничить движения, с тем, чтобы предотвратить кровотечение. При утяжелении состояний на более отдаленных этапах цирроза астения характеризуется адинамией, безразличием к окружающему, сонливостью. У больных могут появиться мысли о плохом к ним отношении окружающих, желании избавиться от них. В процессе болезни постепенно нарастают явления психоорганического синдрома в виде повышения истощаемости, снижения памяти, инертности мышления, обстоятельности, склонности к детализации. На этом фоне при нарастании интоксикации возможны пароксизмальные расстройства в виде вегетативных кризов, нарушений сенсорного синтеза, кратковременных расстройств сознания по типу особых состояний сознания, амбулаторного автоматизма. Об особой тяжести соматического состояния свидетельствует нарастание оглушения вплоть до комы. В процессе болезни происходит не только заострение имеющихся характерологических качеств, но и нарастание таких личностных особенностей, как обидчивость, подозрительность, пунктуальность, требование к себе особого внимания, ворчливость, склонность к конфликтам с истерическими формами реагирования (дрожь в теле, «ком в горле», потливость, тахикардия); возможен также патологический аффект. Психозы при циррозах печени практически не встречаются. Психические нарушения на ранних этапах заболевания следует дифференцировать от невротических расстройств.](http://an.yandex.ru/count/7X9rp8vOI3040000Zhhh7E84XP530fK2cm5kGoi1D8YW2ozWYQXLzZYOO9sWfkK1dAtDawYMhssEXPgYIfCkagewjIUAgdJ_5AMH3bkHlfhYnmQFkYe7_msVlNtgAWIJWWcP0ekdKvxVGeoGfWwWaFaLfuWEg9ZoBwJ0000030Xy3W00?test-tag=419693059" \t "_blank)

**Список литературы**

1. Дробинская А.О. Астенический синдром // Дефектология. 1997. №6.
2. Веб-сайт «Новости Украинской психиатрии» (http://www.psychiatry.ua/cgi-bin/search.cgi?wm=beg&q=).
3. Муладжанова Т.Н., Николаева В.В. Особенности познавательной деятельности больных хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии // Журнал невропатол. и психиатр. – 1981. №12.