***128. Маскируемые депрессии.***

Маскированная депрессия → эмоциональный компонент незначителен, превалируют двигательные, вегетативные, чувствительные нарушения (эквиваленты депрессии) → жалобы на общее недомогание, потерю аппетита, боль в позвоночнике, в желудке, кишечнике, бессонница, ↓работоспособность → обращение к интернистам. «Маски»: *патохарактерологические расстройства* (дипсомания, употребление наркотиков), *асоциального поведения* (Импульсивность, конфликтность, вспышки агрессии), *истерические реакции*.

***129. Особенности аффективных расстройств у детей и подростков***

*Дошкольники* → соматические и вегетативные симптомы: депрессии → нарушения сна и аппетита, вялость, медлительность, капризность, ↓интерес к игрушкам.

*Младшие школьники*: депрессии → ↓успеваемость, появляется заторможенность, застенчивость, мрачность, бледный вид + никакой соматической патологии; мании → чрезмерная активность, нарушении поведения, болтливость, постоянный смех, лицо гиперемировано, глаза блестят (более заметны, чем депрессии).

*Подростки*: типичные для депрессии признаки (чувство тоски, грусти, подавленности) + тоскливое, дисфорический настроение, конфликтные отношения с близкими и сверстниками, мысли о собственной неполноценности, суицидальные поступки; мании → психопатоподобными формами поведения (нарушениями школьной дисциплины, алкоголизация, правонарушения, агрессия) → маскирование фазы маниакально-депрессивного психоза.

***130. Принципы терапии больных аффективные расстройства.***

Первый этап: *купирующая терапия* → быстрое устранение острой аффективной симптоматики. *Маниакальное возбуждение* → 10-15 мг в/в галоперидола + соли лития (купируют триаду, но не седируют → нормотимик + нейролептик. *Тревожная депрессия* → амитриптилин. *Депрессивные фазы* → ингибиторы моноаминоксидазы: нуредал, ниаламида, трансамин (преобладает стимулирующий эффект) + электросудорожная терапия (6-8 сеансов) / инсулинотерапия гипогликемическими дозами (20-25 гипокликемий).

Второй этап: *стабилизирующая терапия* (с момента достижения терапевтического эффекта → становление клинической интермисии / окончания фазы): аналогична купирующей, но в меньших дозах.

Третий этап: *профилактическая терапия* → предотвращение рецидива (амбулаторно не менее года). Наличии маниакальных припадков, реже депрессивных → соли лития. Психотерапия: поддерживающая, когнитивная, интерперсональная, групповая, проведение санитарно-просветительной работы, генетическое консультирование, здоровый образ жизни.

***131. Суицидальное поведение при психических заболеваниях и у психически здоровых лиц.***

Суицид – умышленное самоповреждения с летальным концом. В основе → психологический кризис, переживания целой гаммы негативных эмоций (отчаяния, горе, страх, чувство беспомощности, вины, гнева, желание отомстить или прервать невыносимые душевные или физические страдания). Возможные смыслы суицида: протест и месть, призыв, предотвращение (наказание, страдание), самонаказания, отказ.

*"Протестные" формы* → ситуация конфликта (объективное звено враждебно/агрессивно по отношению субъекта) → содержание суицида – негативное влияние на объективное звено. *Месть* → конкретная форма протеста → конкретный ущерб враждебному окружению. Данные формы поведения ← наличие высокой самооценки и самоценности, активная/агрессивная позиция личности → трансформация гетероагресии в автоагрессию.

*"Призыв"* → активации помощи извне с целью изменения ситуации. Позиция личности менее активна.

*"Предотвращение"* (наказание/страдание) → угроза личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самоценность. Содержание: предотвращение непереносимости имеющейся угрозы путем самоустранения.

*"Самонаказание"* ("протест во внутреннем плане личности") → конфликт внутренний в случае своеобразного расщепление "Я", интериоризации и сосуществовании двух ролей: "Я - судьи" и "Я - подсудимого" (содержание суицидов самонаказанию → разные оттенки: "уничтожения в себе врага" ["От судьи", "сверху"] / "искупления вины" ["от подсудимого", "снизу"]).

***132. Антисуицидальная терапия. Психопрофилактика суицидального поведения.***

Цель лечения – решить проблемы, обусловливающие суицидальность, а не стремиться к предотвращению суицида любой ценой. Никто, кроме самого человека, "уставшего от жизни", не может уберечь его от самоубийства.

Профилактика суицидов → предоставление социальной помощи при наличии тяжелых жизненных обстоятельств (патронаже одиноких, стариков, потерявших связи) + более раннее подключения психотерапии (невротично обусловленные трудности → контакта и достижение понимания) + открытие консультаций (брачные консультации, консультирование по вопросам воспитания) и служб, предоставляющих амбулаторное лечение (амбулатории, социально психиатрические учреждения) + содействие организации служб опеки и телефонной службы доверия из лиц разных специальностей (психиатры, психотерапевты, практикующие врачи, психологи, социальные работники, попечители, юристы). Раннее распознавание угрозы суицида проводят врачи разных специальностей и прежде всего домашние (семейные) врачи.

***133. Первичная (генуинная) и вторичная (симптоматическая) эпилепсия. Пароксизм, его клиническая характеристика.***

По этиологическими признакам выделяет 3 типа эпилепсии: идиопатическая (генуинная) → наследственность; симптоматическая → гетерогенное заболевание с установленной этиологии (болезнь головного мозга) и криптогенная (генетический фактор отсутствует любое заболевание ГМ отсутствует).

Клинической характеристикой эпилептического припадка (пароксизма) являются: (1) *внезапное появление* (в любое время суток, неожиданно), (2) *кратковременность* (как правило, пароксизм длится от нескольких секунд до нескольких минут), (3) *самостоятельное устранение* (приступ прекращается самопроизвольно), (4) *повторяемость с тенденцией к учащению*, (5) *"фотографическое" сходство припадка* (проявления каждого следующего пароксизма практически полностью совпадают с предыдущими припадками).

***134. Классификация пароксизмальных проявлений. Тонико-клонический судорожный припадок, помощь больному.***

*Клиника эпилепсии*: пароксизмальные и непароксизмальные признаки. *Эпилептические пароксизмы*: *генерализованные* и *парциальные припадки*, различные *психические эквиваленты*. Типичными генерализованными эпилептическими приступами является «большой судорожный приступ», абсанс и осложнения (эпилептический статус).

*Генерализованный тонико-клонический припадок*: напряжение всех мышц (тоническая) → попеременное расслабление-напряжение (клоническая), мидриаз с арефлексией зрачков, ↑саливация, + прикус языка в клонической фазе → кровянистые пенистые выделения изо рта, ↑потовых, трахеобронхиальных и других желез → 10-15 мин непосредственно после приступа – коматозное состояние (мышечная атония [непроизвольное выделение мочи и кала через расслабление сфинктеров], зрачковые и корнеальные рефлексы отсутствуют, ↑глубокие рефлексы, сознание полностью отсутствует) → мидриаз исчезает, восстанавливаются поверхностные рефлексы, ↓глубокие рефлексы + симптомом Бабинского → восстановление сознания → жалобы на головную боль, боль в мышцах, плохое самочувствие → полная амнезия. *Помощь*: больному придать удобное положение, голову повернуть на бок, фиксировать нижнюю челюсть (профилактика прикуса) → засечь время и дождаться конца припадка → измерить АД, пульс, ЧДД → обеспечить покой, темноту, не будить больного → передать специалисту-неврологу.

***135. Эпилептический статус и лечебные мероприятия по выведения больного из этого состояния.***

*Эпилептический статус* – фиксированное состояние, при котором каждый следующий приступ начинается до завершения предыдущего.

*Причинами* эпилептического статуса могут быть: неадекватное лечение, резкое ↓доз или отмена противоэпилептических препаратов, резистентность к ним, а также присоединения дополнительных факторов (острые инфекции, интоксикации, в частности потребления алкоголя, черепно-мозговые травмы, соматические заболевания).

*Клиника и лечение* – см вопрос 3.13.