***136. Принципы терапии больных эпилепсией.***

*Лечение пароксизмов*: поставить точный диагноз, тип приступов, комплексность и постоянство. Предпочтительна монотерапия (см вопрос 3.12) с постепенным ↑дозы до ↓симптоматики. В случае неудачи → 2 линия.

*Лечение психических расстройств*: нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты.

*Пациенту:* пояснить важность терапии, научить правильно принимать препараты, социально-психологическая реабилитация пациента и его семьи; организация рационального режима дня (нормированный сон, не допускать стрессовых ситуаций, ↓работу за компьютером / просмотр тв;

*Диета:* молочно-растительная, ↓потребление жидкости, соленых и острых блюд, мяса; ↓потребление крепкого чая и кофе, исключить алкогольные напитки.

***137. Расстройства личности и поведения у взрослых, факторы, которые благоприятствуют их развитию.***

К расстройствам поведения и личности относят устойчивые аномалии характера, проявляются дисгармонией эмоциональной и волевой сферы и преимущественно аффективным мышлением, которые препятствуют социальной адаптации. *Типы*: см 142 вопрос. *Факторы:* патология беременности, травмы, инфекции, интоксикация, родовые травмы, асфиксия при родах, черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, нейроэндокринные заболевания, менопауза, пубертат, стресс, низкий социальный уровень, душевные травмы.

***138. Причины олигофрении и классификация по этиологическим признакам. Принципы терапии, коррекции, экспертизы, реабилитации при олигофрениях. Организация учебно-воспитательного и трудового процесса при олигофрении.***

Олигофрения – врожденное / приобретенное на ранних этапах развития слабоумие, проявляющееся общим психическим недоразвитием и интеллектуальным дефектом:

1. Наследственно обусловленные нарушения обмена веществ и хромосомные болезни;
2. Инфекционные агенты → внутриутробное развитие / первый год жизни;
3. Многочисленные интоксикации;
4. Воздействие лучистой энергии в период беременности;
5. Иммунологическая несовместимость тканей матери и плода;
6. Нарушения питания развивающегося, кислородное голодание мозга;
7. Недоношенность беременности, механические травмы во время родов, травмы беременной / ребенка в первые годы жизни;
8. Влияние негативных социально-культурных факторов.

*Лечение:* комплексное → медикаментозное (симптоматические: ноотропы, рассасывающие, психофармакотерапия [нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы], противосудорожные, тиреоидные [Т3,4], антифенилкетонурические), психолого-педагогические мероприятия и меры воспитательного плана.

*Трудовая экспертиза:* тяжелая степень дебильности, имбецильность, идиотия → нетрудоспособные (группы инвалидности); легкая степень дебильности → уровень интеллектуального дефекта + эмоционально-волевые + личностные расстройства → инвалидность да/нет.

*Реабилитация олигофрении:* воспитательные и коррекционные мероприятия → вспомогательные школы (профессиональная ориентация + трудовая адаптация лиц с легкой степенью умственной отсталости). Лица с имбецильностью и идиотией нуждаются в уходе и опеке.

*Трудовой процесс:* социально-трудовая адаптация → ряд специфических особенностей, требует специальных последовательных приемов и методов профессионального обучения → постепенное включение подростков в самостоятельную трудовую деятельность в производственной или сельскохозяйственной сфере.

***139. Клинические формы олигофрении. Соматоневрологические проявления олигофрении.***

*Клинические формы*

1. *олигофрении эндогенной природы:* (а) поражение генеративных клеток родителей [болезнь Дауна и другие олигофрении в результате хромосомных аберраций, (б) настоящая микроцефалия, (в) ензимопатичные формы олигофрении с наследственным нарушением различных видов обмена, (г) слабоумие с нарушением развития костной системы и кожи [дизостозичная, ксеродермичная олигофрении].
2. *эмбриопатии и фетопатии*: олигофрения (а) обусловленная внутриутробной краснухой, (б) обусловленная другими вирусными инфекциями [ЦМВ, грипп, паротит, гепатит], (в) обусловленная токсоплазмозом, листериозом, (г) обусловленная врожденным сифилисом, (д) обусловленная гормональными нарушениями у матери, (е) обусловленная резус-конфликтом матери и плода.
3. *олигофрении, обусловленные патологией родов и постнатального периода*: (а) в результате асфиксии и родовой травмы, (б) вызванная черепно-мозговой травмой в раннем возрасте [до 3 лет], (в) вызванная перенесенной в раннем детстве нейроинфекцией [менингит, энцефалит, арахноидит].

*Соматические признаки олигофрении*: нет специфической неврологическая картины → признаки диффузной симптоматики: изменения со стороны рефлексов, гипотония, птоз век, косоглазие, легкие парезы. Распространены недостатки органов чувств: зрения и слуха, аномалии челюстно-лицевой области («волчья пасть» и «заячья губа»), внутренних органов (сердца и магистральных сосудов, пищеварительного тракта, мочеполовой системы, органов дыхания), пороки развития опорно-двигательного аппарата (контрактуры и вывихи суставов), патология позвонков, синдактилии, олиго-, полидактилии.

***140. Принципы терапии, коррекции, экспертизы реабилитации при олигофрениях. Организация учебно-воспитательного и трудового процесса при олигофрении.***

См. 138 вопрос.

***141. Психофизический инфантилизм. Пограничная умственная отсталость.***

*Психофизический инфантилизм*: *гармоничный* (эмоционально-волевая + личностная незрелость гармоничны физическому недоразвитию); *дисгармоничный* (нормальное / ↑физическое развитие + эмоционально-волевая и личностная незрелость); *органический* (вредное воздействие на ГМ в перинатальном периоде → все вышеперечисленное + церебростенические расстройства [быстрая утомляемость, раздражительность, истощение внимание, вегетативная дизрегуляция] + психоорганические расстройства);

*Задержка психического развития вследствие социальной депривации* ← ↓социальных контактов (деформированные, малокультурные семьи при отсутствии надзора и воспитания) / патология органов зрения и слуха (больные осознают неполноценность → невротические и патохарактерологические реакции).

*Пограничная умственная отсталость*: вредные факторы в перинатальном/постнатальном периоде + социально-культурные факторы → дизонтогенез, влияние хроногенного фактора → нарушение созревания отделов ГМ и их дизрегуляция (функциональная недостаточность); *Лечение:* лекарственные препараты (↑гемодинамики и биохимических процессов ГМ), индивидуальный подход и специальные программы обучения, социализация. *Экспертиза*: индивидуальна с учетом уровня задержки психического развития и способности правильно оценивать реальные события.

***142. Клинические варианты психопатий и акцентуаций характера. Основные принципы терапии, реабилитации и профилактики расстройств личности и поведения у взрослых.***

*Психопатии*:

1. эксплозивная (↑раздражительность, взрывчатость),
2. эпилептоидная (приступообразные эпизоды потери контроля над поведением, склонность к агрессии),
3. истерическая (с детства, чаще женщины → демонстративность, театральность поведения, эмоциональность),
4. диссоциальная (слабость высших форм волевой деятельности, игнорируют правила общества, беззащитны перед социумом, легко поддаются влиянию),
5. психастеническая (тревожно мнительны в сочетании с нерешительностью и постоянными сомнениями),
6. тревожная (уязвимость и чувство неполноценности),
7. шизоидная (замкнутость, уход в себя (аутизм), необщительность, малоэмоциональность и безразличие к близким),
8. астеническая (утомляемость, невозможность выдержать повседневные физические и психические нагрузки, беспомощность перед трудностями, неуверенность в себе),
9. параноидальная (подозрительность и недоверчивость к окружающим);

Акцентуации характера (типы):

1. гипертимический (↑общительность, ↑настроение, самостоятельные, озорные, недисциплинированные, легкомысленные, склонны к алкоголизации, побегам, бродяжничеству);
2. циклоидный (пубертат → субдепрессивная фаза [апатия, ↓сил, уныние, раздражительность] → падение (1-2 недели) → подъем (редко) → обычное состояние (редко) → склонны к суициду);
3. лабильный (дорожат близкими, тяжело переносят отстраненность от знакомых, ↑↓настроение из-за незначительных причин, ↓самочувствия, вегетативная лабильность);
4. астеноневротический (основа невротических реакций и неврозов ← ↑утомляемость, раздражительность, склонность к ипохондрии);
5. сенситивный (↑↑уязвимость и чувство собственной неполноценности, робкие, стеснительность в общении с посторонними, маскируются под антипода самого себя);
6. психастенический (нерешительны, склонны к умеренности, самоанализу, тревожной мнительности, легко возникают навязчивые страхи, опасения → защитные ритуалы, формирование неврозов навязчивых состояний);
7. шизоидный (отстраненность, эмоционально холодны, замкнуты, живут в своем мире, одиноки, отсутствие навыков общения);
8. эпилептоидний (взрывчатость, дисфории, внимательны к своему здоровью и благополучию, демонстративные суициды, злопамятны, мстительны);
9. истероидный (эгоцентричные, не переносят равнодушие, асоциальные, невыносимые, демонстративные суициды, алкоголизм, побеги из дома),
10. неустойчивый (непослушные, непоседливые, трусливые, легко подпадают под влияние, неспособны к сопереживанию, праздность, алкоголизм, игромания),
11. конформный (главная черта – стремление к общепринятым нормам во всех сферах жизни, попав в плохое среду, они быстро усваивают его образ жизни, обычаи, навыки, консервативны и малоинициативны);

*Лечение*: медикаментозное воздействие + социальные + педагогические воздействия; Во время декомпенсированных состояний применяют нейролептики (агрессия, коррекция поведения), антипсихотические препараты (параноидальные), антидепрессанты (тревожные состояния, ипохондрики, сомнения), транквилизаторы (дистимии), ноотропы (астеники); Главная – психотерапия, рациональная психотерапия (разъяснительные беседы о характерологических особенностях психопата, о его ↑требования к окружающим), гипнотерапия, автогенная тренировка.

*Профилактика и реабилитация:* организация социально-экологического окружения (правильная трудовая ориентация, выработки морально-этических и социально принятых норм поведения, социализация)*.*

***143. Определение понятия «ранний детский» и «атипичный аутизм». Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Принципы коррекции и реабилитации.***

Аутизм – погружение в мир личных переживаний с ↓ / потерей контакта с действительностью, утратой интереса к реальности, отсутствием стремления к общению с окружающими людьми, бедностью эмоциональных проявлений; Ранний детский аутизм (с. Каннера), - это полиэтиологическое заболевание, а так же аномалия психического развития, заключается главным образом в субъективной изоляции ребенка от окружающего мира, проявляется до 2,5-3,0 года.

*В Чем разница между ранним детским и атипичным аутизмом? Я не нашел.*

Клиника, нарушение речи, отсутствие эмоционального контакта, проблемы в социализации, приступы агрессии, стереотипность поведения, отстраненность и обособленность, отсутствие реакции на раздражители, полнейшее отсутствие мотивации и воли;

Диагностика, невозможность устанавливать полноценные отношения с людьми с начала жизни; крайнее отстранения от окружающего мира с игнорированием средовых раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными; недостаточность коммуникативного использования языка; Отсутствие или недостаточность зрительного контакта; Страх изменений в окружающей обстановке; Непосредственные и отдаленные эхофонии; Задержка развития "Я"; Стереотипные игры с неигровыми предметами; Клиническое проявление симптоматики не позднее 2-3 лет;

Л.К.Р, стимуляция речевого и социального развития ребенка и контроль над дезадаптивным поведением, программа поведенческой терапии должна быть направлена ​​на развитие эмоционального контакта и взаимодействия ребенка со взрослым и с окружающими, формирование адаптивных механизмов поведения, в свою очередь повышает общую социальную адаптацию аутичного ребенка. Наиболее оптимальная - поведенческая терапия, направленная на формирование независимости и самостоятельности ребенка в его повседневном поведении (оперантного научения и обучения по программе ТЕАСН); детям-аутистам строго запрещается потребление пшеницы, ржи, овса, геркулеса, толокна, манки, ячменной и перловой круп, молока и молочных продуктов, продуктов, содержащих солод, глутаминовая кислота и аспартам; медикаментозное лечение, патогенетический эффект максимален до 7-8 лет, после препараты оказывают симптоматическое действие: амитриптилин (основное психотропное средство), атипичные нейролептики, витамины группы В, транквилизаторы, антисеротониннергичные, диуретики, препараты улучшающие мозговое кровообращение, церебролизин;