***1. Аментивный синдром, синдром сумеречного помрачения сознания.***

*Аментивный*: растерянность и бессвязность мышления, обеднение психики, алло-аутодезориентирован, отрывочный галлюциноз и бред, аффект недоумения (не осмысляет окружающее, отсутствие содержательных переживания, двигательное возбуждение) → недели-месяцы →полная амнезия периода. При длительных соматогенных, инфекционных психозах и некоторых энцефалитах.

*Сумеречное состояние сознания:* аллодезориентировка + галлюциноз + острый чувственный бред + аффект тоски, злобы и страха + неистовое возбуждение / реже внешне упорядоченное поведение. Внезапное развитие → часы-дни → внезапный. Склонны к агрессивным действиям, жестоки. При эпилепсии и органических заболеваниях ГМ. Варианты:

* *Бредовой:* поведение внешне упорядочено, отсутствующий взгляд, особая сосредоточенность и молчаливость → бердовые переживания → опасные действия (похожи на заранее обдуманные) → ясное сознание – восприятие поступков чуждыми их личности, критичность к бреду.
* *Галлюцинаторный:* преобладают галлюцинаторные переживания → выраженное возбуждение с агрессией и разрушениями.
* *Дисфорический (ориентированный):* разрушения и агрессивность как при галлюцинаторном варианте + элементарная ориентировка в окружающем + ретардированная амнезия на поступки (помнят все 1-2 часа после помрачения → забывают)

***2. Причины умственной отсталости и классификация по этиологическим признакам.***

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.

***3. Терапия реактивных психозов.***

*Аффективно-шоковые реакции*: средства для устранения возбуждения, блокирующие аффект тревоги и страха (в/м введение аминазина (хлорпромазина) / галоперидола).

Нерезкое возбуждение → транквилизаторы (диазепам, хлордиазепоксид) в/м. Тяжелые истерические психозы → нейролептики в/в (галоперидол, трифлуперидол, трифлуперазин) + транквилизаторы.

*Реактивные депрессии:* тимолептические средства + транквилизаторы (диазепам, хлордиазепоксид) + нейролептики (сульпирид, алимемазин, хлорпротиксен) + трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин). Неглубокие депрессии → селективные антидепрессанты (мапротилин, пиразидол, тианептин, моклобемид) + препараты серотонинергической группы (флуоксетин, сертралин, пароксетин).

*Подострые и затяжные бредовые психозы:* купирование агрессии → нейролептики широкого спектра действия (хлорпромазин, галоперидол, клопазин). Устойчивая постреактивная астениия → ноотропы (пирацетам, энцефабол, аминалон).

*Психотерапия*: рациональная, когнитивная, суггестивная и др.

***1. Аментивный синдром, синдром сумеречного помрачения сознания.***

Аментивный синдром (аментивный синдром, аментивное помрачение со­знания) — форма помрачения сознания с явлениями бессвязно­сти (инкогерентности) мышления, нарушением моторики и растерянностью.

Речь больных состоит из отдельных слов обыденного содержа­ния, слогов, нечленораздельных звуков, произносимых тихо, гром­ко или нараспев с одними и теми же интонациями. Часто наблю­даются персеверации. Настроение больных изменчиво — то подав­ленно-тревожное, то несколько повышенное с чертами восторжен­ности, то безразличное. Содержание высказываний всегда соот­ветствует преобладающему в данный момент аффективному фону: печальное -— при депрессивном, с оттенком оптимизма — при по­вышенном аффекте.

Двигательное возбуждение при аменции происходит обычно в пределах постели. Оно исчерпывается отдельными, не оставляю­щими законченного двигательного акта движениями: больные совершают вращательные движения, изгибаются, вздрагивают, откидывают в стороны конечности, разбрасываются в постели, принимают «внутриутробную позу» или «позу распятого Христа». Такого рода возбуждение называют метанием. В ряде случаев двигательное возбуждение па короткое время сменяется ступором. Речевое и двигательное возбуждение могут сосущест­вовать, но могут возникать и в отдельности.

Вступить в словесное общение с больными не удается. По от­дельным их высказываниям можно сделать заключение о нали­чии у них аффекта недоумения и беспомощности, симптомов по­стоянно встречающихся при растерянности. Периодически речедвигательное возбуждение ослабевает и может на какое-то время исчезнуть совсем. В такие периоды обычно преобладает депрес­сивный аффект. Прояснения сознания при этом не происходит, Бред при аменции отрывочен, галлюцинации — единичны.

Основываясь на преобладании тех или иных расстройств — ступора, галлюцинаций, бреда — выделяют соответствующие от­дельные формы аменции — кататоническую, галлюцинаторную, бредовую. Выделение таких форм очень условно. В ночное время аменция может смениться делирием. В дневное время при утяже­лении аменции возникает оглушение. Продолжительность амен­ции может составить несколько недель. Период аментивного со­стояния полностью амнезируется. При выздоровлении аменция сменяется или продолжительно существующей астенией, или психоорганическим синдромом.

Аменция возникает чаще всего при острых и протрагированных экзогенно-органических психозах (инфекционных, интоксикационных, травматических, сосудистых и т.д.). Ее появление свидетельствует о неблагоприятном развитии основного заболевания.

СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ

(сумеречное со­знание; «сумерки») — внезапная и кратковременная (минуты, часы, дни — реже более продолжительные сроки) утрата ясности сознания с полной отрешенностью от окружающего или с его от­рывочным и искаженным восприятием при сохранении привыч­ных автоматизированных действий.

Основными признаками сумеречного помрачения сознания являются:

- острое, внезапное начало, часто молниеносное, без каких-либо предвестников;

- транзиторность, относительная кратковременность (как правило, не превышающая нескольких часов);

- охваченность сознания аффектом страха, тоски, злобы, ярости («напряженность аффекта»);

- дезориентировка, прежде всего, в собственной личности, при которой человек лишается способности содержательно воспринимать действительность и одновременно осуществлять целенаправленную деятельность в соответствии с требованиями общественного запрета и даже инстинкта самосохранения;

- яркие галлюцинаторные образы и острый чувственный бред;

- либо видимая последовательность, даже обусловленность поступков и действий, что вводит в заблуждение окружающих, либо нецеленаправленное, хаотичное, брутальное, агрессивное возбуждение;

- критическое окончание;

- терминальный сон;

- полная или частичная амнезия происшедшего.

Выделяются следующие формы сумеречного помрачения сознания:

Простая форма

Простая форма развивается внезапно. Вольные отключаются от реальности. Перестают отвечать на вопросы. Вступить с ними в общение невозможно. Спонтанная речь или отсутствует, или ограничивается стереотипным повторением отдельных междоме­тий, слов, коротких фраз. Движения то обеднены и замедлены — вплоть до развития кратковременных ступорозных состояний, то возникают эпизоды импульсивного возбуждения с негативизмом. В части случаев сохраняются последовательные, чаще — сравни­тельно простые, но внешне целенаправленные действия. Если они сопровождаются непроизвольным блужданием, говорят об амбулаторном автоматизме. Длящийся минуты амбула­торный автоматизм называют фугой или трансом; амбула­торный автоматизм, возникающий во время сна, — сомнамбу­лизмом пли лунатизмом. Восстановление ясности сознания происходит обычно постепенно и может сопровождаться возникновением ступидности— преходящим резким обеднением психической деятельности, в связи с чем больные кажутся сла­боумными. В ряде случаев наступает терминальный сон. Простая форма сумеречного помрачения сознания длится обычно от не­скольких минут до нескольких часов и сопровождается полной амнезией.

Параноидная форма

Характеризуется внешне последовательным поведением больных, но вместе с этим их поступки определяются острым чувственным бредом, сопровождающимся резко выраженным аффектом тоски, злобы, страха. Параноидные сумеречные помрачения сознания часто приводят к общественно опасным, агрессивным поступкам. Они сопровождаются зрительными, обонятельными, реже слуховыми галлюцинациями. Как правило, при восстановлении ясного сознания больные относятся к совершенному ими поступку как к чему-то чуждому.

Иногда в содержании высказываний больных находят отражение прошлые психогенные воздействия, скрытые желания больного, прежние неприязненные отношения с окружающими, что может влиять на его поступки. Например, больной включает «обидчика» в галлюцинаторно-бредовые представления и начинает его преследовать. Внешне это может производить впечатление осмысленного, целенаправленного поведения.

Параноидная форма возникает относительно постепенно. Восприятие больными окру­жающего искажено существованием продуктивных расстройств. О них можно узнать из спонтанных высказываний больных, а также потому, что словесное общение с ними в той или иной ме­ре сохраняется. Слова и действия больных отражают существую­щие патологические переживания.

Из галлюцинаций преобладают зрительные с устрашающим содержанием. Нередко они чувственно ярки, сценоподобны, окра­шены в разные цвета (красный, желтый, белый, синий) или свер­кают. Характерны подвижные теснящие зрительные галлюци­нации — надвигающаяся группа людей или приближающаяся от­дельная фигура; мчащиеся на больного транспорт — автомобиль, самолет, поезд; подступающая вода, погоня, обрушивающиеся здания и т. п. Галлюцинации слуха — это фонемы, часто оглуши­тельные— гром, топот, взрывы; галлюцинации обоняния чаще не­приятны— запах горелого, мочи, жженного пера.

Преобладают образный бред с идеями преследования, физи­ческого уничтожения, величия, мессианства; часто встречаются религиозно-мистические бредовые высказывания. Бред может со­провождаться ложными узнаваниями.

Делириозная форма

Характеризуется преобладанием сценоподобных зрительных галлюцинаций, связанных по содержанию и сменяющих друг друга с последующей полной амнезией. В отличие от типичной картины делирия помрачение сознания развивается остро, отсутствуют характерные для делириозного помрачения сознания этапы делирия, описанные Либермайстером.

Онейроидная форма

Отличается аффективной напряженностью, необычной интенсивностью переживаний, фантастическим содержанием галлюцинаторно-бредовых расстройств, неполной или полной обездвиженностью, доходящей до степени ступорозных состояний. После выхода из состояния помрачения сознания полной амнезии обычно не возникает.

Дисфорическая форма

Характеризуется неистовым возбуждением, брутальностью с ярко выраженным аффектом тоски и злобы. В таком состоянии больные нападают на окружающих, разрушают все, что попадает под руку. Такое состояние внезапно наступает и также внезапно прекращается.

Ориентированные вариант

Характеризуется небольшой глубиной помрачения сознания, сохранностью у больных способности к элементарной ориентировке в окружающем, узнаванию близких. Тем не менее, в связи с появлением на короткое время бредовых, галлюцинаторных переживаний, аффекта злобы и страха, больные могут проявить бессмысленную агрессию с последующей амнезией, хотя на высоте помрачения сознания в общем виде ориентировка сохраняется. В этих случаях бывает трудно отличить тяжелую дисфорию от ориентированного варианта сумеречного помрачения сознания. Сомнения помогает разрешить внешний вид больных. При сумеречном состоянии они производят впечатление не вполне проснувшихся людей с нетвердой, шаткой походкой, замедленной речью. При ориентированном варианте сумеречного помрачения сознания иногда наблюдается ретардированная амнезия, когда по миновании помрачения сознания в течение короткого времени (до 2-х часов) больные смутно вспоминают, что было с ними (также как в первый момент просыпания человек помнит сновидения), затем наступает окончательная полная амнезия.

Ориентированное сумеречное помрачение сознания отличается тем, что больные в самых общих чертах знают, где они находятся и кто их окружает. Обычно оно развивается на фоне тяжелой дисфории.

Наряду с перечисленными формами сумеречного помрачения сознания встречаются сумеречные расстройства сознания, которые можно определить как истерические. Они возникают после психических травм (см. Реактивные психозы).

Сумеречное помрачение сознания встречается чаще всего при эпилепсии и травматических поражениях головного мозга; реже — при симптоматических, в том числе интоксикационных психозах. Патологическое просоночное состояние может возникать при ал­когольном опьянении и хроническом алкоголизме.

***2. Причины умственной отсталости и классификация по этиологическим признакам.***

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.

***3. Терапия реактивных психозов.***

*Аффективно-шоковые реакции*: средства для устранения возбуждения, блокирующие аффект тревоги и страха: в/м введение аминазина (хлорпромазина) или галоперидола.

В случае нерезко выраженного возбуждения - транквилизаторы (диазепам, хлордиазепоксид) в/м. При наличии тяжелых истерических психозов – нейролептики в/в (галоперидол, трифлуперидол, трифлуперазин) в сочетании с транквилизаторами.

*Реактивные депрессии:* тимолептические средства + транквилизаторы (диазепам, хлордиазепоксид) + нейролептики (сульпирид, алимемазин, хлорпротиксен) + трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин).

При неглубоких депрессиях:селективные антидепрессанты (мапротилин, пиразидол, тианептин, моклобемид) + препараты серотонинергической группы (флуоксетин, сертралин, пароксетин).

*Подострые и затяжные бредовые психозы:* для купирования агрессии - нейролептики широкого спектра действия (хлорпромазин, галоперидол, клопазин). В случае устойчивой

постреактивной астении показаны ноотропы (пирацетам, энцефабол, аминалон).

Используют различные виды психотерапии:

рациональную, когнитивную, суггестивную и др.