***1. Психоорганический синдром.***

*Психоорганический*: состояние общей психической беспомощности со ↓памяти, сообразительности, ↓воли и аффективной устойчивости, ↓трудоспособности и адаптации. Триада Вальтер-Бюэля: ↓памяти, ↓интеллекта, недержанием аффектов. Варианты: астенический, эксплозивный, эйфорический и апатический. Клинически → ↓внимания, конфабуляции, ↓ориентировки, брадифрения, персеверации, ↓интересов.

***2. Причины шизофрении.***

*Иммунологическая теория* (антительная агрессия к мозговой ткани), *аутоинфекционная теория* (эндогенная нейротоксичность как последствие хронических инфекционных заболеваний), *биохимическая теория* (катехоламиновый дисбаланс и индоламиновая интоксикация). *Генетическая предрасположенность.* *Факторы окружающей среды* – перинатальная травма и вирусные инфекции могут способствовать развитию болезни.

*Теорию психогенеза (травматический опыт)* часто предшествует возникновению шизофрении. Прежде чем появятся какие-либо острые симптомы, люди с шизофренией обычно становятся агрессивными, тревожными и несфокусированными. Дебют может спровоцировать проблемы взаимоотношений, развод и безработица.

*Ятрогенная шизофрения* – марихуана и ЛСД вызывают обострения шизофрении. Кроме того, у людей с предрасположенностью к психотическим заболеваниям, таким как шизофрения, использование каннабиса может вызвать первый эпизод.

***3. Принципы лечения психических расстройств при острых и хронических инфекционных болезнях.***

Лечение острых и протрагированных инфекционных психозов должно осуществляться в психиатрических больницах или инфекционных стационарах под постоянным наблюдением психиатра и надзором персонала. Наряду с активным лечением основного заболевания больным должна назначаться массивная дезинтоксикационная терапия. Лечение психоза определяется психопатологической картиной болезни.

Острые инфекционные психозы с *помрачением сознания*, острым галлюцинозом лечат аминазином, возможно также применение седуксена или реланиума внутримышечно. Лечение протрагированных психозов осуществляется нейролептиками с учетом психопатологической симптоматики. Наряду с аминазином применяются другие нейролептики с седативным действием: френолон, хлорпротиксен, атипичные нейролептики: рисполепт, сероквель. Рекомендуется избегать использования таких препаратов, как галоперидол, трифтазин, тизерцин в связи с их гипертермическим свойством.

При *депрессивных состояниях* наиболее широко используются амитриптилин, азафен, коаксил, селективные ингибиторы захвата серотонина, такие как золофт, леривон, ремерон. При ажитации их следует сочетать с аминазином.

При *необратимых психических расстройствах* в виде корсаковского и психоорганического синдромов широко используются препараты ноотропного ряда. При терапии депрессивных состояний.

***1. Психоорганический синдром.***

**Психоорганическй** - состояние общей психической беспомощности со снижением памяти, сообразительности, ослаблением воли и аффективной устойчивости, снижением трудоспособности и иных возможностей адаптации. Характеризуется следующей ***триадой признаков:*** ослаблением памяти, снижением интеллекта, недержанием аффектов (триада Вальтер-Бюэля).

Часто наблюдаются астенические явления. Нарушение памяти в той или иной степени затрагивает все ее виды. С наибольшим постоянством выявляется гипомнезия, в частности, дисмнезия, возможны амнезии, конфабуляции. Объем внимания значительно ограничен, повышена отвлекаемость. Страдает качество восприятия, в ситуации улавливаются лишь частные детали. Ухудшается ориентировка, вначале в окружающем, а затем и в собственной личности. Уровень мышления снижается, что проявляется обеднением понятий и представлений, слабостью суждений, неспособностью адекватно оценивать ситуацию, свои возможности. Темп мыслительных процессов замедлен, торпидность мышления сочетается со склонностью к детализации, персеверациям.

Эйфорическое либо повышенно-дурашливое настроение (реже — субдепрессивное) сопровождаются аффективной лабильностью. Последняя может достигать степени недержания аффекта (аффективная инконтиненция). Настроение легко меняется по разным, внешне

незначительным поводам, например, под влиянием тона беседы (аффективная индукция).

Преобладают раздражительность, вспыльчивость, эксплозивность, гневливые реакции, аффективная вязкость. Падает общая активность. Снижается уровень и интенсивность побуждений к

продуктивной деятельности, забываются прежние интересы, обедняется кругозор.

Выделяют 4 основных варианта **психоорганического синдрома**: астенический, эксплозивный, эйфорический и апатический.

***2. Причины шизофрении.***

*Иммунологическая теория* (антительная агрессия к мозговой ткани), *аутоинфекционная* теория (эндогенная нейротоксичность как последствие хронических инфекционных заболеваний), *биохимическая теория* – катехоламиновый дисбаланс и индоламиновая интоксикация. *Генетическая предрасположенность.* *Факторы окружающей среды* – перинатальная травма и вирусные инфекции могут способствовать развитию болезни.

*Теорию психогенеза (травматический опыт)* часто предшествует возникновению шизофрении. Прежде чем появятся какие-либо острые симптомы, люди с шизофренией обычно становятся агрессивными, тревожными и несфокусированными. Дебют может спровоцировать проблемы взаимоотношений, развод и безработица.

*Ятрогенная шизофрения* – марихуана и ЛСД вызывают обострения шизофрении. Кроме того, у людей с предрасположенностью к психотическим заболеваниям, таким как шизофрения, использование каннабиса может вызвать первый эпизод.

***3. Принципы лечения психических расстройств при острых и хронических инфекционных болезнях.***

Полной формы нет.