***1. Кататонический и гебефренический синдромы.***

*Кататонический:* психическое расстройство с преобладанием нарушений в двигательной сфере:

* *Ступор* (дни-месяцы) → обездвиженностью + ↑мышечного тонуса + мутизм. Виды: каталептический (восковая гибкость) → длительное застывание в принятой / приданной позе + нет реакиции на громкую речь, могут отвечать на тихую шепотную речь + спонтанное растормаживание ночью (доступны контакту); негативистический → двигательная заторможенность + противодействием попыткам изменить позу; с оцепенением → ↑↑двигательной заторможенности (поза эмбриона, симптом воздушной подушки)
* *Возбуждение:* патетическое → постепенное развитие, умеренные двигательное и речевое возбуждением, много пафоса, эхолалия, ↑настроения, беспричинный смех → на пике гебефренически-кататоническое возбуждение: импульсивные действия, нет расстройств сознания; импульсивное → острое, жестокие общественно опасные стремительные действия, речь из отдельных фраз/слов, эхолалия, эхопраксия, персеверации → хореиформность, склонность к самоповреждениям; немое → хаотическое, нецеленаправленное возбуждение с агрессией, яростным сопротивлением, нанесением себе и окружающим тяжелых повреждений.

*Гебефренический*: гебефреническое возбуждения + дурашливость и разорванность мышления, гримасничанье, эмоциональная неадекватность, ↑настроением, нецеленаправленность поступков, громкий смех, нелепые шутки, некритичность. Наблюдается преимущественно при шизофрении.

***2. Психические, поведенческие расстройства и психозы вследствие употребления каннабоидов.***

1 стадия: курение по 2-3 раза в день, обсессивные мысли о наркотике, без наркотика → вялость, сонливость, ↓настроение, головная боль, неприятные ощущения в области сердца, раздражительность, с наркотиком → отчуждены, равнодушны, адинамичны, заняты своими мыслями.

II стадия (через 2-3 года): абстинентный синдром (недомогание, усталость, разбитость, отсутствие аппетита, тремор, потливость, сердцебиение, ухудшение настроения с раздражительностью, гневливостью, злобностью, тревогой, страхом; сенестопатии [сжатие и тяжесть в груди, затрудненное дыхание, сжимающийся боль в сердце, чувство сжатия головы, жжение и покалывание на коже и под кожей]; иногда возникает бессонница; компульсивное влечением к наркотику). Последнее употребление → 3-5 дней максимум → 2 недели сохранение симптомов → увеличение дозы со следующим приемом в 2 раза.

III стадии (длиетльное хроническое употребление) → психопатизация личности (вялость, безынициативность, мрачность, замкнутость, ↓память, неустойчивое внимание, ↓этические принципы, появляется выраженное нарушение поведения, нередко с антисоциальными поступками). Нередко развивается рак легких, хронические бронхиты.

***3. 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.

***1. Кататонический и гебефренический синдромы.***

**Синдром кататонический** – это состояние психического расстройства с преобладанием нарушений в двигательной сфере, характеризующееся картиной заторможенности (ступора) или возбуждения.

***Кататонический ступор*** проявляется обездвиженностью, повышением мышечного тонуса и мутизмом (отказом от речи). Кататонический ступор характеризуется двигательной заторможенностью, молчанием, мышечной гипертонией. В скованном состоянии больные могут находиться в течение нескольких недель и даже месяцев. Нарушены все виды деятельности, в том числе инстинктивная. Различают три вида кататонического ступора:

* ***Ступор с восковой гибкостью (каталептический ступор)*** характеризуется застыванием больного на длительное время в принятой им или приданной ему позе, даже очень неудобной. Не реагируя на громкую речь, могут отвечать на тихую шёпотную речь, спонтанно растормаживаться в условиях ночной тишины, становясь доступными контакту.
* ***Негативистический ступор*** характеризуется, наряду с двигательной заторможенностью, постоянным противодействием больного любым попыткам изменить его позу.
* ***Ступор с оцепенением*** характеризуется наибольшей выраженностью двигательной заторможенности. Больные принимают и подолгу сохраняют позу эмбриона, может наблюдаться симптом воздушной подушки.

***Кататоническое возбуждение.*** Выделяют три формы кататонического возбуждения:

* *Патетическое кататоническое возбуждение* характеризуется постепенным развитием, умеренным двигательным и речевым возбуждением. В речи много пафоса, может отмечаться эхолалия. Настроение повышенное, но имеет характер не гипертимии, а экзальтации, периодически отмечается

беспричинный смех. При нарастании симптоматики появляются черты гебефрении — гебефрено- кататоническое возбуждение. Возможны импульсивные действия. Расстройств сознания невозникает.

* *Импульсивное кататоническое возбуждение* развивается остро, действия стремительные, часто жестокие и разрушительные, носят общественно опасный характер. Речь состоит из отдельных фраз или слов, характерны эхолалия, эхопраксия, персеверации. При предельной выраженности данного вида кататонического возбуждения движения хаотичные, могут приобретать

хореиформный характер, больные склонны к самоповреждениям.

* *Немое (безмолвное) возбуждение* — хаотическое, бессмысленное, нецеленаправленное возбуждение с агрессией, яростным сопротивлением, нанесением себе и окружающим тяжелых повреждений.

**Гебефренический синдром** — сочетание гебефренического возбуждения с дурашливостью и разорванностью мышления. Проявляется

шутовством, гримасничаньем, эмоциональной неадекватностью, необоснованно приподнятым настроением, нецеленаправленностью и ситуационностью поступков. Больные громко и

беспричинно смеются, кривляются, катаются по полу, нелепо шутят, некритичны к собственному поведению.

Наблюдается преимущественно при шизофрении.

***2. Психические, поведенческие расстройства и психозы вследствие употребления каннабоидов.***

1 стадия: курение по 2-3 раза в день, обсессивные мысли о наркотике, без наркотика → вялость, сонливость, ↓настроение, головная боль, неприятные ощущения в области сердца, раздражительность, с наркотиком → отчуждены, равнодушны, адинамичны, заняты своими мыслями.

II стадия (через 2-3 года): абстинентный синдром (недомогание, усталость, разбитость, отсутствие аппетита, тремор, потливость, сердцебиение, ухудшение настроения с раздражительностью, гневливостью, злобностью, тревогой, страхом; сенестопатии [сжатие и тяжесть в груди, затрудненное дыхание, сжимающийся боль в сердце, чувство сжатия головы, жжение и покалывание на коже и под кожей]; иногда возникает бессонница; компульсивное влечением к наркотику). Последнее употребление → 3-5 дней максимум → 2 недели сохранение симптомов → увеличение дозы со следующим приемом в 2 раза.

III стадии (длиетльное хроническое употребление) → психопатизация личности (вялость, безынициативность, мрачность, замкнутость, ↓память, неустойчивое внимание, ↓этические принципы, появляется выраженное нарушение поведения, нередко с антисоциальными поступками). Нередко развивается рак легких, хронические бронхиты.

***3. Принципы терапии больных аффективные расстройства.***

В системе лечения аффективных нарушений выделяют три этапа. Первый этап - купирувальна терапия, направленная на быстрое устранение острой аффективной симптоматики. Второй этап - стабилизирующая терапия проводится с момента достижения терапевтического эффекта и к становлению клинической интермисии и окончания фазы. Третий этап - профилактическая терапия, направленная на предотвращение рецидива заболевания, проводится амбулаторно (длительность не менее года). Мощным средством купирования маниакального возбуждения является галоперидол. Целью более быстрого купирования возбуждения при острых маниакальных состояниях вводят внутримышечно или внутривенно по 10-15 мг. Большую роль в купировании маниакально-депрессивных состояний играют соли лития, которые равномерно редуцируют все компоненты маниакальной триады, не приводят к седации и сомноленции. Наиболее важной стороной действия солей лития является стабилизирующим "Нормотимическим" эффект.

Для быстрого купирования маниакального возбуждения используют сообщения солей лития с нейролептиками. В случае тревожной депрессии показаны антидепрессанты с седативным действием - амитриптилин. Для лечения депрессивных фаз используют ингибиторы моноаминоксидазы: нуредал, ниаламида, тран- Самин (парнат), в которых преобладает стимулирующий эффект. Позитивные результаты лечения депрессивной фазы дает электросудорожная терапия (6-8 сеансов), инсулинотерапия гипогликемическими дозами (20-25 гипогликемий) в сочетании с антидепрессантами.

Профилактическая терапия солями лития эффективна при наличии маниакальных нападений и реже - депрессивных. Важную роль в профилактике заболевания играет психотерапия: поддерживающая, когнитивная, интергиерсональна, групповая, проведение санитарно-просветительной работы, генетическое консультирование, здоровый образ жизни.