***1. 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*.

***2. Реактивные психозы: общие клинические признаки, критерии Ясперса.***

Психические нарушения психотического уровня ← сильное психотравматическое воздействие (превышающее адаптационно-компенсаторные возможности личности) → потеря способности критически оценивать окружающих и самих себя. Обратимы.

*Клиника*: нарушения восприятия мира, неадекватность поведения, отражение стресса в картине психического расстройства и завершение психоза после исчезновения травмирующих обстоятельств.

*Триада (критерии) Ясперса:*

1. Основной и обычно непосредственной причиной расстройства является психотравмирующая ситуация;
2. Содержание болезненных переживаний психологически понятно (целиком определяется данной ситуаций или, точнее, ее представлением в сознании пациента);
3. Выздоровление наступает после того, как психическая травма устраняется или преодолевается пациентом.

***3. Принципы лечения алкогольных психозов.***

В период лечения алкогольного делирия нужно полностью исключить принятие алкоголя.

*Подготовка*: Фенобарбитал + вода + этиловый спирт. При необходимости – механическая фиксация. При алкогольных галлюцинациях с ярко выраженными вегетативными расстройствами – инфузионная терапия и форсированній диурез.

*Соматическая терапия* с учетом стадии: (1) дезинтоксикация, (2) ликвидация метаболических нарушений (гипоксии, ацидоза), (3) устранение сердечно-сосудистых нарушений, гипоксии и отека мозга, (6) нормализация дыхания, (7) ликвидация гипертермии; 8) против нарушений функции печени и почек, (9) лечение сопутствующей соматической патологии.

*Психотропные средства*: седуксен 2-3 раза в сутки, галоперидол, тизерцин, стелазин.   
*Витамины*: В (Аэровит, Компливит, Центрум по 1 драже в день), С и ноотропные средства.

Тяжелое течение → детоксикационная терапия с → энтеросорбенты, плазмаферез, который осуществляется 1 раз в сутки протяженностью до 3-х дней.

*Транквилизаторы*, которые притупляют чувство страха, тревоги: диазепам, феназепам. дополнительно на ночь назначаются снотворные средства: реладорм, ивадал или фенобарбитал.

*Противосудорожные*: карбамазепин, но не назначать в комбинации с витамином В1.

При суицидальном поведении нейролептики – неулептил.

***1. Маскируемые депрессии.***

Ларвирозаниые (маскированные, соматизиро-ванные, депрессивные эквиваленты) депрессии (ЛД) — группа атипичных субдепрессивных синдромов. Их сутью является то, что ведущий симптом — тоска — не находит отражения в субъективных переживаниях больного и его жалобах. Подавляющий удельный вес в этих переживаниях занимают факультативные симптомы (сенестопатии, парестезии, алгии, навязчивости, вегетовисцеральные и сексуальные расстройства), которые маскируют аффект тоски. Последняя, как правило, выявляется лишь при направленном опросе врача и носит оттенок неуверенности в своих силах и возможностях. Возникает чувство потери свежести, бодрости, энергии. Незначительно выраженное идеаторное торможение проявляется некоторым замедлением темпа и недостаточной модальностью речи, субъективным чувством некоторой интеллектуальной слабости. Имеются элементы гипокинезии, больной ощущает беспомощность, потерю перспективы, Структура и выраженность факультативных симптомов определяют различные варианты ЛД (Десятников В.Ф., 1979).

AmiHecKU-cemcmonamuHecmu вариант ЛД. Факультативные симптомы представлены разнообразными сенестопатиями, в большинстве случаев с алгическим компонентом. Они являются основным содержанием жалоб пациентов. В зависимости от их преимущественной локализации выделяют це-фалгический, кардиалгический и абдоминальный подвиды.

Агрипническый вариант ЛД. На первое место выступают упорные жалобы больных на разнообразные нарушения сна: затруднения засыпания, поверхностный сон, раннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха после сна, и т. п.

Вегетовисцеральный вариант ЛД. Наиболее тягостны для больных вегетовисцеральные расстройства: лабильность пульса и АД, дипноэ, тахипноэ, чувство озноба или жара, гипергидроз, субфебрильная температура, дизурические явления, ложные позывы на дефекацию, метеоризм и т. п. По приступообразному характеру и структуре они могут напоминать диэнцефальные или гипоталамические пароксизмы, эпизоды бронхиальной астмы или вазомоторных аллергических расстройств.

Обсессивно-фобический вариант ЛД. На первый план выступают разнообразные навязчивости, чаще нозофобии.

Наркоманический вариант ЛД. Возникает в результате случайного или преднамеренного сочетания алкогольного или наркотического опьянения с субдепрессией, что приводит к временному облегчению субъективного состояния больных. Прием алкоголя или наркотиков начинает носить систематический (иногда ежедневный) характер, нередко повышается толерантность. Все это может напоминать большой наркоманический синдром, психическую или физическую зависимость от действия алкоголя или наркотиков. Однако всегда удается обнаружить первичность аффективных расстройств и распознать симптоматический характер алкоголизации и наркотизации, исчезающий, как правило, по окончании ЛД.

Вариант ЛД с нарушениями в сексуальной сфере (периодическая импотенция). Внимание больных приковано к одному из проявлений субдепрессии — ухудшению половой функции (снижение, порой исчезновение либидо, аноргазмия, фригидность и т. п.), что и составляет основное содержание жалоб.

Диагностика ЛД представляет большие трудности, так как в жалобах представлены лишь факультативные симптомы и обычно нет указаний на ведущие и обязательные, которые таким образом как бы маскируются. Выявление ЛД требует активной деятельности врача. Следует помнить, что большинство пациентов обращаются к интернистам, у которых долго и безрезультатно лечатся.

Все варианты ЛД имеют общие признаки.

При направленном расспросе всегда удается выявить комплекс гипотимических расстройств и признаки эндогеннос-ти (суточные колебания выраженности ведущего, обязательных и факультативных симптомов, повторяемость, периодичность, сезонную предпочтительность, аутохтонность возникновения ЛД, склонность к артериальной гипертензии, тахикардии, запорам, нарушениям менструального цикла, изменению массы тела, миозу, гипергликемии и т. п.), а также наследственную отягощенность аффективными расстройствами, суицидами, психическими заболеваниями. Наряду с ЛД в анамнезе или катамнезе у этих больных обычно удается обнаружить подобные состояния или более типичные депрессивные, реже — маниакальные или гипоманиакальные периоды. Диагностическое значение имеет критерий терапевтического эффекта. Лечение этих больных как соматических не дает результата, операции и санаторно-курортное лечение неэффективны, тогда как назначение антидепрессантов быстро и резко улучшает, а иногда и купирует состояние.

**2. Реактивные психозы: общие клинические признаки, критерии Ясперса.**

Это психические нарушения психотического уровня, возникающие после сильного психо-травматичесого воздействия, превышающег адаптационно-компенсаторные возможности личности; больные теряют способность крити-чески оценивать окружающих и самих себя. Обратимы.

Клиника: нарушения восприятия мира, неадекватность поведения, отражение стресса в картине психического расстройства и завершение психоза после исчезновения травмирующих обстоятельств.  
*Триада (критерии) Ясперса:*

1.Основной и обычно непосредственной причиной расстройства является психотравмирующая ситуация;

2.Содержание болезненных переживаний психологически понятно, то есть оно целиком определяется данной ситуаций или, точнее, ее представлением в сознании пациента;

3.Выздоровление наступает после того, как психическая травма устраняется или преодолевается пациентом.

***3. Принципы лечения алкогольных психозов.***

В период лечения алкогольного делирия нужно полностью исключить принятие алкоголя.

Подготовка(пред-терапия) :Фенобарбитал + вода + этиловый спирт.

-Механическая фиксация

Психотропные средства : Седуксен 2-3 раза в сутки, Аминазина или Тизерцина. Обязательно добавляются витамины В – Аэровит, Компливит, Центрум по 1 драже в день.

При алкогольных галлюцинациях с ярко выраженными вегетативными расстройствами - инфузионная терапия.

Психотропные стредства: Галоперидол, Тизерцин, Стелазин.   
Витамины: В, С и ноотропные средства.

Тяжелое течение → детоксикационная терапия с → энтеросорбенты, плазмаферез, который осуществляется 1 раз в сутки протяженностью до 3-х дней.   
Транквилизаторы, которые притупляют чувство страха, тревоги: Диазепам, Феназепам .Дополнительно на ночь назначаются снотворные средства: Реладорм, Ивадал или Фенобарбитал.   
Противосудорожные: Карбамазепин.   
При суицидальном поведении нейролептики -Неулептил.