***1. Характеристика регистров псих расстройств.***

*Психотические расстройства (психозы)*:

(1) грубая дезинтеграция психики– неадекватностью психических реакций и отражательной деятельности (формальные признаки психоза: галлюцинации, бред, однако синдромально ориентировано [параноидный, онейроидный и т.д.]);

(2) исчезновение критики – невозможностью осмысления происходящего, реальной ситуации и своего места в ней, прогнозирования, своих ошибок, наклонностей;

(3) исчезновение способности произвольно руководить собой, своим действиями, памятью, вниманием, мышлением, поведением → неадекватная реакция на события, факты, ситуации, предметы, людей, а также на самого себя.

*Позитивные синдромы*: психотические варианты маниакальных и депрессивных синдромов, паранойяльные и вербальные галлюцинации, кататонические, парафренные (онейроидные), галлюцинаторно-параноидные, помрачения сознания, парамнезии, судорожные и психоорганические. *Негативные синдромы*: имбецильность и идиотия, психического дефекта регрессе личности, психический маразм.

*Непсихотические расстройства*:

(1) адекватность психических реакций реальности по содержанию, неакдеватность по силе и частоте.

(2) сохранение критичности часто утрированной, сенситивно ззаостренно;

(3) ограничение способности регулировать свое поведение по законам психологии, общества и природы, ситуационной зависимостью психопатологических проявлений.

*Позитивные синдромы*: эмоционально-гиперестетические, аффективные, невротические (навязчивые, истерические, деперсонализационные, сенестопатические, ипохондрические). *Негативные синдромы*: дебильность, синдромы приобретенного психического дефекта.

***2. Основные клинические формы шизофрении.***

*Параноидная шизофрения* – характеризуется галлюцинациями, бредом, синдром Кандинского-Клерамбо (слуховые псевдогаллюцинации, бредовые идеи психического воздействия (прямые/обратные), психические автоматизмы (прямые/обратные): идеотропные [управления мыслями], сенсорные [управление ощущениями], моторные [управления движениями тела].

*Кататоническая шизофрения* – преобладание кататонического с-ма (кататонический ступор / возбуждение, простой вербальный галлюциноз, активный/пассивный негативизм, эхолалия и эхопраксия). Типы: люцидная, кататоно-онейроидная (онейроид [сценоподобные фантастические зрительные галлюцинации пугающего содержания без активного участия пациента], тотальная дезориентация), гипертермическая.

*Гебефреническая шизофрения* – грубые нарушения эмоционально-волевой сферы, детское поведение, дурашливость. Чаще возникает у детей подросткового возраста.

*Простая шизофрения* – преобладание негативной симптоматики на всем протяжении болезни.

*Недифференцированная шизофрения* – сочетание кататонической, гебефренической, параноидной шизофрении.

*Резидуальная шизофрения* – остаточные симптомы после «отзвучавшего» шизофренического процесса.

*Постшизофреническая депрессия* – долгое ↓настроения, нервозность, ↓двигательная деятельность, бред вины, малоценности. Все на фоне шизофренической симптоматики.

***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. Характеристика регистров псих расстройств.***

В основе понятия регистров (уровней) лежит идея о послойном строении психики. Следует учитывать, что эти слои не являются анатомическим понятием, они отражают наше представление о развитии (филогенезе и онтогенезе) психических функций.

В процессе формирования психики к прочно закрепленным древним функциям прибавляются все новые, которые сначала рассматриваются как хрупкие и нестабильные, однако со временем закрепляются и приближаются к базовым (ядерным). Подобную схему психики предложил Дж. X. Джексон.

Психотические расстройства (психозы) характеризуются:

1) грубой дезинтеграцией психики - неадекватностью психических реакций и отражательной деятельности процессам, явлениям, событиям, ситуациям; наиболее грубой дезинтеграции психической деятельности соответствует ряд симптомов - так называемые формальные признаки психоза: галлюцинации, бред, однако разделение на психотические и непсихотические уровни в большей степени имеет четкую синдромальную ориентацию - параноидный, онейроидный и иные синдромы;

2) исчезновением критики (некритичностью) - невозможностью осмыс ления происходящего, реальной ситуации и своего места в ней, прогнозирова ния особенностей ее развития, в том числе в связи с собственными действи ями; больной не осознает свои психические (болезненные) ошибки, наклонности, несоответствия;

3) исчезновением способности произвольно руководить собой, своим действиями, памятью, вниманием, мышлением, поведением исходя из лич ностных реальных потребностей, желаний, мотивов, оценки ситуаций, свое морали, жизненных ценностей, направленности личности; возникает неадек ватная реакция на события, факты, ситуации, предметы, людей, а также н самого себя.

К психотическим расстройствам относятся:

- позитивные синдромы: психотические варианты маниакальных и д прессивных синдромов, синдромы - паранойяльные и вербальные галлюци нации, кататонические, парафренные (онейроидные), галлюцинаторно- параноидные (синдром Кандинского), помрачения сознания (делирий, аменция сумерки), парамнезии, судорожные и психоорганические;

- негативные синдромы: имбецильность и идиотия, синдромы психического дефекта при снижении уровня и регресса личности, психический маразм.

Непсихотические расстройства характеризуются:

1) адекватностью психических реакций реальности по содержанию, но часто неакдеватной заостренностью по силе и частоте в связи с тем, что резк изменяется чувствительность, реактивность и поводом для реакции становятс незначащие или малозначащие по силе, частоте и т.д. раздражители и ситуации.

2) сохранением критичности (но нередко, однако, утрированной, сенситивно заостренной);

3) ограничением способности регулировать свое поведение всоответствии с законами психологии, общества и природы, ситуационной зависимостью психопатологических проявлений.

К непсихотическим расстройствам относятся:

- позитивные синдромы: эмоционально-гиперестетические, аффектив ные (депрессивные и маниакальные), невротические (навязчивые, истериче ские, деперсонализационные, сенестопатические, ипохондрические);

- негативные синдромы: дебильность, синдромыприобретенного психического дефекта.

**2. Основные клинические формы шизофрении.**

1. Параноидная шизофрения – характеризуется галлюцинациями, бредом, синдром Кандинского-Клерамбо (слуховые псевдогаллюцинации, бредовые идеи психического воздействия (прямые/обратные), психические автоматизмы (прямые/обратные) – (идиотропные [управления мыслями], сенсорные [управление ощущениями], моторные [управления движениями тела]).

2. Кататоническая шизофрения – преобладание кататонического с-ма (кататонический ступор или возбуждение, простой вербальный галлюциноз, онейроид (погружение в мир фантастики при этом не контактны)).

3. Гебефреническая шизофрения – грубые нарушения эмоционально-волевой сферы, детское поведение, дурашливость. Чаще возникает у детей подросткового возраста.

4. Простая шизофрения – преобладание негативной симптоматики на всем протяжении болезни.

5. Недифференцированная шизофрения – сочетание кататонической, гебефренической, параноидной шизофрении.

6. Резидуальная шизофрения – остаточные симптомы после «отзвучавшего» шизофренического процесса.

***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 состояний 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 ефект. Позитивные результаты лечения депрессивной фазы дает электросудорожная терапия (6-8 сеансов), инсулинотерапия гипогликемическими дозами (20-25 гипо- кликемий) 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.