ЛЕКЦИЯ ПО ПСИХИАТРИИ.

ТЕМА: СИНДРОМЫ.

 Синдром - это устойчивая конспиляция симптомов объединенных единым патогенетическим механизмом.

 Диагноз ставится синдромологический. Симптомы укладываются в единый синдром.

 Факультативные, необязательные симптомы у каждого больного «расцвечивают» клиническую картику.

 Анпример для депрессии характерна триада симптомов: тоскливое настроение, психическая заторможенность, физическая заторможенность, но депресии бывают у разных людей и здесь появляются внесения в синдром от личности больного.

 У человека с тревожно-мнительными чертами в депресии могут появляться навязчивые мысли, навязчивые страхи, абсцесии, то, что привносится его личностью.

 Если имеется ипохондричесий радкал, то у больного в депресии может появляться ипохондрическая симптоматика.

 Если человек пожилой, имеется атеросклероз сосудов головного мозга, последствия черепно-мозговой травмы, то на первый план в депрессии буду выходить синестопатии.

 Врач должне схватит главную, основную симптоматику, а потом он смотрит индивидуальные особенности этого синдрома.

 Синдромы рассматриваются как реакции уже сложившиеся, предуготовленные именно таким образом человек реагирует на сложившуюся патологическую ситуация, такова его психическая реакция.

 Что касается психических заболеваний, то и здесь одни люди отреагируют симптоматикой невротического круга, другие люди могут отреагировать симптоматикой аффективного регистра, депрессивно-маниакльными синдромами.

 Прежде всего это встречается улюдей с наследственной предрасположенностью к аффективным заболеваниям.

 Кто-то может реагировать бредообразованием и появляются бредовые синдромы. Так же имеет место наследственная предрасположенность, особенности личности человека.

 Синдром - это нечто уже сложившиеся внутри организма, которое полностью обусловлено особенностями организма, наследственной предрасположенностью, личностью человека, его интеллектом, его воспитанием, условиями жизни.

 Многофакторное возникновение синдромов.

 Эмиль Пипелинг в свое вермя предложил схему , в которой он предлагал расматривать синдромы как регистры музыкального инструмента - органа.

ПАРАНОЯЛЬНЫЙ СИНДРОМ. Паранояльный синдром - монотематический, систематизированный бред. Бред первичный. Появляется единая одна идея. Другой симптоматики нет. Может быть окраска в зависимости от личности. Может быть паранояльный бред ипохондрического содержания, содержание в виде бреда преследования, в виде реформаторского бреда и т.д.

 Параноидный синдром - бред политематический. Бред или несистематизированный, или систематизированный в меньшей степени. Имеется несколько идей. К бреду присоединяются галлюцинации, чаще это слуховые псевдогаллюцинации.

 Параноидный бред лечится гораздо лучше паранояльного. Паранояльный бред - это бред тесно связанный с личностью больного. Человек еще до заболевания обнаруживал особенности личности в виде ригидности аффективной деятельности, в виде подозрительности, в виде трудности контактов и все это усилилось.

 Чтобы вылечить такого больного нужно полностью переделывать его личность.

 При помощи лекарственных препаратов или психотерапии можно лишь снять канал больного (аффективный), снять напряжение. Появится наплевательное отношение к бреду.

 При параноидном бреде при адекватном лечении бред может исчезать. Больной говорит , что будто очнулся от кошмарного сна.

 Параноидный бред распадается на отдельные фрагменты. Эти фрагменты дезаптоализируются.

 Появление критики говорит об улучшении состояния больного.

СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОГО АВТОМАТИЗМА (синдром Кандинского-Клерамбо).

 Есть все признаки параноидного бреда (политематичность, слуховые псевдогаллюцинации). Бред носит характер бреда воздействия (психического, физического). Это воздействие происходит как правило с помощью каких-то биопсихических генераторов, биополей, экстрасенсов, колдунов, инопланетян и т.д.

 В результате возникают ряд феноменов называемых психическими автоматизмами. Человек не может управлять течением своих мыслей, они текут помимо его воли. Происходит как-бы раскручивание мыслей, воспоминаний.

 Больные гворят, что как-будто магнитофонная кассета в голове перематывается. Вдруг мыслы останавливаются. Происходит как бы закупорка мыслей. Мысли исчезают из головы. Они становятся известными для окружающих. В голову складываются чужие мысли и больной четко знает: « я об этом не думал. Это не мои мысли. Мне их в голову вложили недоброжелатели». Эти явления называются психические автоматизмы. Так же больному может казаться, что ему создают эмоциальное состояние. Он не хочет злиться, а ему создают чувство раздраженности. Ему создают чувство страха, делают сновидения. Это идеаторный компонент синдрома - воздействие на психическую сферу. Следующий компонент - сенсорный или синестопатический. Воздействие не только на голову, но и на организм. Возникают неприятные ощущения - синестопатии. Чувство жжения, укола, резания, действующие на внутренние органы.

 Третий компонент - моторный. При помощи того же воздействия человека превращают в робота, марионетку. Ходят его ногами, действуют его руками, видят его глазами, говорят его языком. Это речедвигательные галлюцинации. Кроме того имеются слуховые псевдогаллюцинации. Это синдром можно рассматривать как разновидность параноидного синдрома, а можно рассматривать как отдельный синдром.

ПАРАФРЕННЫЙ СИНДРОМ.

 Происходит парафренизация бреда. Больные говорят, что на них воздействуют потому, что они не такие как все. У больных появляется бред величия. Это признак парфренизации. Это как бы следующий уровень адаптации человека. Ему было плохо, потому, что он не такой как все, он умнее, красивее, он инопланетянин. В результате этого исчезает чувство страха, тервоги, напряженности. Появляется чувство эйфории. Больному субъективно становится лучше, а объективно возникновение парафренного синдрома это всегда плохо. Болезнь вступает в своб следующую фазу - фазу трагическую, которая трудно поддается лечению. Внутренняя структура парафренного синдрома довольно велика, сложна. Остается бред преследования, появляется бред величия, сохраняются слуховые псевдогаллюцинации, а психические автоматизмы приобретают особый вид. Если раньше больного держали под воздействием - неблагоприятнм для больного, то сейчас воздействие продолжается , но это воздействие в поддержку больного (бред протекции, бред поддержки).

 Кроме того автоматизмы как бы выворачиваются наружу. Раньеш действовали на больного, а тепеь и они может действовать на людей.

 Парафренный синдром возникает при хроническом течении заболевания.

 Кроме того имеется депрессивная разновидность парафренного синдрома - депрессивная парафрения. Когда наступает парафренизация депрессивного синдрома, тогда возникает бред при котором больные говорят, что они не просто хуже других, а что хуже им не свет быть не может, они исчадие ада, все беды на земле и в космосе происходят по их вине, для их вины даже не подобрать наказания, даже бог от них отступился. Больные утверждают, что они бессмертны, что они будут жить и мучиться миллиарды лет. Это бред Котара. Бывает бред Котара ипохондрического содержания. Больной утверждает, что они труп, у него не бьется сердце, нет дыхания,сгнили все внутренние органы, он не может есть, осталась одна оболочка.

 СИНДРОМЫ ГАЛЛЮЦИНОЗА.

 Возникают тогда, когда в клинической картине на переднем плане имеются галлюцинации. Чаще всего встречается синдром вербального галлюциноза. При этом может появляться бред, но бредовые иде черпают свое содержание в галлюцинациях (галлюцинаторный бред).

 Реже бывают индромы зрительного галлюциноза. Они бывают главным образом при органических заболеваниях головного мозга. Бывает тактильный галлюциноз (чаще зрительного). Это ощущения каких-то ползающих под кожей паразитов.

 СИНДРОМЫ НАРУШЕННОГО СОЗНАНИЯ.

 Сознание - способность отражать (философский смысл). Разработаны критерии нарушенного сознания (Карл Яскетс):

1. появляется отрешенность от внешнего мира. Внешний мир не воспринимается или воспринимается фрагментарно.
2. нарушается ориентировка во времени, месте, собственной личности.
3. появляется безсвязное мышление.
4. ретроградная амнезия периода нарушенного сознания.

 Нередко наблюдается ретаргированная амнезия периода нарушенног сознания.

 Синдромы нарушенного сознания делятся на 2 большие группы:

1. синдромы выключенного сознания
2. синдромы помрачненного сознания

 Синдромы выключенного сознания: оглушение, сопор и кома. Сознание выключается полностью. Можно провести аналогию с фазой медленного сна.

 Синдромы помрачненного сознания в чем-то схожи с фазой быстрого сна, когда сознание нарушено, но психика работает на уровне образов, и эти образы как бы экстраполируются, выходят наружу в виде зрительных галлюцинаций.

 Оглушение. Легкая степень оглушения - обнубиляция сознания. Болные отрешенные, смотрят в одну точку, его внимание привлечь можно при громком крике, толчке. Повышается порог для обычных раздражителей, поэтому обычные раздражители человек воспринимает плохо.

 Причины нарушенного сознания экзогенные, органического характера. Это интоксикации, нарушения функции печени, почек, поджелудочной железы, черепно-мозговая травма, опухоль. Любой вид нарушенного сознания требует экстренных мер.

 Синдромы помрачненного сознания. Делирий.

 Делирий может быть алкогольный, интоксикационный, травматический, сосудистый, инфекционный. Это острое состояние с нарушением сознания, в основе которого чаще всего лежат признаки отека головного мозга. Человек дезориентирован во времени и месте. Человек испытывает устрашающие зрительные истинные галлюцинации. Часто это зоогаллюцинации: насекомые, ящерицы, змеи, страшные чудовища. Больной испытывает страх и ведет себя адекватно этой ситуации. Один человек, спасаясь от чудовиц залезает под кровать, другой бере топор и может зарубить человека, которог принял за бандита, третий прыгнет в окно. У больного множество соматовегетативных расстройств (подъем АД, тахикардия, гипергидроз, тремор тела и конечностей). В вечернее и ночное время все эти проявления усиливаются, а в дневное время они ослабевают. Но в дневное время можно выявить готовнось к делирию. Эти больные очень внушаемы, что для лечения старые авторы говорили три С: санитары, снотворное, сердечные. Чем больного больше отвлекать, тем спокойнее он становится.

 Длится делирий недолго (до 3 дней). Абортивный делирий длится несколько часов. Если делирий длится больше 3 дней, то у больного надо искать сопутствующее интеркурентное заболевание, которео мешает выходу из делирия. Выход из делирия всегда бывает критическим (быстрым). Делириозный больной засыпает (сам или с помощью врачей) и просыпается уже без психоза. Бывают осложненные делириозные формы, когда сознание глубоко помрачневает и с больным невозможно вступить в контакт.

 Мусситирующий делирий - больной лежит в постели и что-то бормочет. Это может быть признаком возможного летального исхода. Профессиональный делирий - при глубоком помрачнении сознания больной выполняет знакомые ему профессиональные действия.

 Онейродное помрачнение сознания.

 Онейрос - бог сна. Сновидное, грезоподобное помрачнение сознания. Больной как будто видит сон наяву. Переживания больных фантастические, необычные. Характерна дезориентировка в пространстве и времени. Наплыв панорамических зрительых галлюцинаций. Все вокруг меняется, меняется и сам человек, могут быть превращения.

 Онейроид - это своеобразный сплав реального, иллюзорного и галлюцинаторного восприятия мира. Человек переносится в другое время, на другие планеты, присутствует на великих сражениях, конце света. Больной чувствует ответственность за то, что происходит, чувствует себя участником. Онейроиды могут быть в виде онейроидных эпизодов, а могут длится днями, неделями. Онейроид может сочетаться с кататонической симптоматикой. После окончания онейроида остаются лишь фрагментарные воспоминания, большинство забывается. Заканчивается постепенно.

АМЕНЦИЯ (ОСТРОЕ БЕССМЫСЛИЕ).

Наблюдается при тяжелых истощающих соматических, инфекционных заболеваниях. Длится аменция столько, сколько длится легкая форма аменции - астеническая спутанность.

 При аменции наблюдается дезориентировка в месте, времени , личности. Вступить в контакт с больным, распросить его невозможно. Больной может быть возбужден, суетлив, но в пределах постели. Наблюдается аментивное мышление.

 Сумеречное помрачнение сознания.

 Оно наступает пароксизмально, имеет четкое начало и конец. Бывает при эпилепсии. В основе его лежит судорожная готовность. Оно может выступаь как заменитель, эквивалент судорожных припадков.

 Больной полностью дезориентирован в месте, времени, собственной личности, находится как будто в сумерках. У больного сохраняется возможность автоматизированных действий.

 Можно предположить, что у больных имеются галлюцинации, бредовые идеи. Нередко больные совершают агрессивные действия. После окончания сумеречного расстройства они эти действия никак к себе не относят. Бывают короткие и длительные случаи сумеречного помрачнения сознания.