**КОСТРОМСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧИЛИЩЕ**

 **Нервные психические болезни**

 **РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:**

 **“ Ш И З О Ф Р Е Н И Я ”**

 **Преподаватель: Стенькова Э. Т.**

 **СОДЕРЖАНИЕ**

**1. ПРИЧИНЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ...........2**

**2. СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ........6**

**3. ШИЗОФРЕНИЯ....................................................................8**

**4. ДИАГНОСТИКА...................................................................10**

 **Причины психических заболеваний**

*ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ*, или расстройства психической деятельности человека, какой бы природы они ни были, всегда обусловлены нарушениями работы головного мозга. Но не всяякое нарушение приводит к психическим эаболеваниям. Известно, например, что при некоторых нервных заболеваниях, несмотря на то, что повреждающий процесс локализуется в головном мозге, психических расстройств может и не быть.

При психических заболеваниях, в отличие их от заболеваний внутренних органов, преимущественно нарушается адекватное отражение действительности. Так, если человек не узна ет привычной обстановки, принимает ее за нечто другое, а окружающих его людей рассматривает как злоумышлеников или врагов, если этот человек наряду с реальным восприятием находится во власти зрительных и слуховых галлюцинаций, если его охватывает без видимой причины страх или состояние безудержного веселья, то налицо искаженное отражение реального мира и соответственно этому неправильное поведение - бегство от мнимых врагов, агрессивное нападение на воображаемых противников, попытки к самоубийству и т. п.

Это примеры выраженного психического заболевания, при котором нарушена способность правильной оценки происходящего вокруг больного и с ним самим. Психические заболевания многообразны по своим формам и степени выраженности. Наряду со случаями, когда психически больной не сознает своей болезни, могут быть другие варианты: критическая самооценка утрачивается лишь частично, или наблюдается двойственное отношение к своему страданию («я болен, но в то же время и здоров»), или при наличии достаточной критики у человека выявляются неправильные, не вытекающие из ситуации формы поведения.

Психические заболевания весьма распространены, число психически больных на всем земном шаре достигает 150 млн., причем в связи с увеличением продолжительности жизни отмечается тенденция к росту этого числа. Причины психических заболеваний разнообразны. Среди них существенную роль играют наследственные факторы[C:\www\doc2html\work\bestreferat-54519-13919440008679\input\Oligof~1.htm](file:///C%3A%5Cwww%5Cdoc2html%5Cwork%5Cbestreferat-54519-13919440008679%5Cinput%5COligof~1.htm).

Однако возникновение и развитие психоза в ряде случаев обусловлены сочетанием наследственного предрасположения с неблагоприятными внешними факторами (инфекциями, травмами, интоксикациями, травмирующими психику ситуациями). Внутриутробные повреждения плода в связи с болезнью и травмами матери во время беременности могут быть причиной задержки психического развития ребенка, эпилепсии и других психических болезней.

Известно также, что отрицательно влияют на потомство пьянство родителей, зачатие в нетрезвом виде (даже одного из супругов) или употребление алкоголя во время беременности. Причиной психических заболеваний часто служат интоксикации, травмы головы, болезни внутренних органов, инфекции. С интоксикациями, например, связаны хронический алкоголизм и наркомания среди инф. заболеваний, вызывающих психозы,- энцефалиты, сифилис мозга, бруцеллез, токоплазмоз, сыпной тиф, некоторые формы гриппа.

В происхождении неврозов и реактивных психозов основную роль играют психические травмы, к-рые иногда только провоцируют наследственную предрасположенность к болезни. В происхождении психических заболеваний определенную роль играет комбинация причинных факторов с индивидуальными

особенностями человека. Например, не у всех лиц, страдающих сифилисом, развивается сифилитический психоз, и только у небольшого числа больных атеросклерозом сосудов головного мозга возникает слабоумие или галлюцинаторно-бредовой психоз.

Развитию психического заболевания в этих случаях могут способствовать предшествующие основной болезни травмы мозга, бытовые интоксикации (от алкоголя), некоторые болезни внутренних органов, наследственная отягощенность психическим заболеванием. Пол и возраст также имеют определенное значение в развитии психических болезней. Так, например, психические расстройства у мужчин встречаются чаще, чем у женщин. При этом у мужчин чаще наблюдаются травматические и алкогольные психозы, у женщин - маниакально-депрессивный психоз и инволюционные (предстарческие) психозы, депрессии. Это, вероятно, объясняется не столько биологическими свойствами пола, сколько социальными факторами. Мужчины в силу сложившихся традиций чаще злоупотребляют алкоголем, и в связи с этим, естественно, у них и чаще наблюдаются алкогольные психозы. В такой же мере не от биологии пола, а от социальных условий зависит преобладание у мужчин психозов травматического происхождения.

Что касается возраста, то совершенно очевидно, что многие психические болезни наблюдаются только у детей, или только в пожилом возрасте, или преимущественно в каком-либо одном возрасте. Частота ряда заболеваний, напр. шизофрении, достигает максимума в возрасте от 20 до 35 лет и явно падает к старости.

Как многообразно действие причинных факторов, так многообразны формы и типы психических заболеваний. Одни из них возникают остро и носят преходящий характер (острые интоксикационные, инфекционные и травматические психозы). Другие же развиваются исподволь и протекают хронически с нарастанием и углублением тяжести нарушения (нек-рые формы шизофрении, старческие и сосудистые психозы). Третьи, обнаруживаясь в раннем детстве, не прогрессируют, вызванная ими патология устойчива и в течение жизни больного существенно не изменяется (олигофрения). Ряд

психических заболеваний протекает в форме приступов или фаз, оканчивающихся полным выздоровлением (маниакально-депрессивный психоз, нек-рые формы шизофрении).

Существующее предубеждение о роковом исходе психических заболеваний не имеет достаточных оснований. Эти заболевания не однородны по диагнозу и прогнозу; одни из них протекают благоприятно и не приводят к инвалидности, другие - менее благоприятны, но все же при своевременно начатом лечении дают значительный процент полного или частичного выздоровления. Следует предостеречь против представления о психических заболеваниях как явлениях позорных, которых надо стесняться. Именно с этими заблуждениями связаны несчастные случаи с психически больными, а также появление запущенных форм психозов, с трудом поддающихся лечению.

**Симптомы психических болезней.**

Наиболее частыми симптомами психических 6олезней являются галлюцинации, бред, навязчивые состояния, аффективные расстройства, расстройства сознания, расстройства памяти, слабоумие.

*Галлюцинации* - одна из форм нарушения восприятия окружающего мира. В этих случаях восприятия возникают без реального раздражителя, реального объекта, обладают чувственной яркостью и неотличимы от существующих в действительности предметов. Встречаются зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и осязательные галлюцинации. Больные в это время действительно видят, слышат, обоняют, а не воображают, не представляют.

*Бред* - ложное суждение (умозаключение), возникающее без соответствующего повода. Оно не поддается разубеждению, несмотря на то что противоречит действительности и всему предшествующему опыту заболевшего. Бред противостоит любому самому вескому доводу, чем отличается от простых ошибок суждения. По содержанию различают: бред величия (богатства, особого происхождения, изобретательства, реформаторства, гениальности, влюбленности), бред преследования (отравления, обвинения, ограбления, ревности); бред самоуничижения (греховности, самообвинения, болезни, разрушения внутренних органов).

*Навязчивые состояния* - непроизвольно и непреодолимо возникающие мысли, представления, воспоминания, сомнения, страхи, влечения, движения, болезненный характер к-рых осознается, критически оценивается и с к-рыми субъект постоянно борется.

*Аффективные расстройства* - расстройства, связанные с нарушением настроения. Их разделяют на маниакальные и депрессивные состояния. Для маниакальных состояний характерны повышенное радостное настроение, стремление к деятельности, ускорение темпа мышления, для депрессивных - пониженное, тоскливое настроение, замедление мышления.

*Расстроиства сознания* - преходящие кратковременные (часы, дни) нарушения психической деятельности, для к-рых характерны частичная или полная отрешенность от окружающего, различные степени дезориентировки в месте, времени, окружающих лицах, нарушения мышления с частичной или полной невозможностью правильных суждений, полное или частичное запамятование событий, происходящих в период расстроенного сознания. Расстроиства памяти выражаются в снижении способности запоминать,

сохранять и воспроизводить факты и события. Полное отсутствие памяти называется амнезией.

*Слабоумие* - необратимое обеднение всей психической деятельности, сопровождаемое утратой или снижением полученных в прошлом знаний и навыков. Слабоумие бывает врожденным или возникает в результате перенесенных заболеваний.

 **Ш И З О Ф Р Е Н И Я**

*ШИЗОФРЕНИЯ* - психическая болезнь с тенденцией к хроническому течению. Причина заболевания неизвестна, нередко отмечается наследственная передача.

В зависимости от формы шизофрения наблюдаются различные проявления расстройства психики - бред, галлюцинации, возбуждение, обездвиженность и другие стойкие изменения, прогрессирующие по мере развития болезни. Первые симптомы не вполне специфичны: сходные расстройства могут быть и при других психических болезнях. Однако в последующем наступают стойкие изменения психики или, как их иначе называют, изменения личности. Они-то и характерны для шизофрении. Тем не менее степень их выраженности зависит от формы, этапа (раннего или позднего) течения болезни, темпа ее развития и от того, течет ли болезнь непрерывно или с улучшениями (ремиссиями).

На самых ранних этапах болезни, как правило, еще до возникновения выраженных явлений психоза, эти стойкие и все нарастающие изменения психики выражаются в том, что больные становятся малоразговорчивыми, необщительными, замыкаются в себе; они теряют интерес к своей работе, учебе, к жизни и делам своих близких, друзей. Больные нередко удивляют окружающих тем, что ими овладевает интерес к таким областям знаний и к таким занятиям, к которым они ранее не испытывали никакого влечения (философия, математика, религия, конструирование). Они становятся равнодушными ко многому из того, что раньше их волновало (семейные и служебные дела, болезнь близких), и, напротив, повышенно чувствительными к пустякам. Одни больные при этом перестают уделять внимание своему туалету, становятся неопрятными, вялыми, опускаются; другие напряжены, суетливы, куда-то уходят, что-то

делают, о чем-то сосредоточенно думают, не делясь с близкими тем, что их в это время занимает. Нередко на задаваемые им вопросы отвечают длинными путанными рассуждениями, бесплодным мудрствованием, лишенными конкретности .

Подобные изменения у одних больных наступают быстро, у других исподволь, незаметно. У одних эти изменения, нарастая, составляют основное в картине болезни, у других вскоре возникают иные симптомы, т. е. развиваются различные формы заболевания.

Учитывая разнообразие проявлений болезни, диагноз шизофрении может поставить только врач-психиатр. Своевременная постановка диагноза необходима для правильного и успешного лечения и создания больному щадящих условий труда и быта. Несмотря на то, что причина болезни неизвестна, она поддается лечению. Современная психиатрия располагает широким выбором лечебных методов (медикаментозных, психотерапевтических, трудотерапевтических), позволяющих воздействовать на шизофрению . Сочетание этих методов с системой мер по восстановлению трудоспособности и способности к активной жизни в коллективе дает возможность добиться длительного отсутствия проявлений болезни.

Больные шизофренией вне обострений сохраняют трудоспособность, могут жить в семье, находясь под регулярным наблюдением психиатра. О состоянии больного, о возможности амбулаторного лечения или о необходимости госпитализации, о сроках пребывания в больнице может судить только врач. Оценка состояния больного как им самим, так и его родственниками часто ошибочна.

Распространены предрассудки в оценке происхождения шизофрении, особенно начавшейся в молодом возрасте. Ее причинами считают половое воздержание и избыточные умственные занятия. Попытки устранить действие этих «причин» чреваты

тяжелыми последствиями для больного и его близких. Самолечение, «домашние средства» часто ведут к обострению процесса. При уклонении от лечения несоответствие поведения ситуации, вероятность импульсивных поступков и действий под влиянием галлюцинаторных переживаний или бредовых убеждений учащаются, степень опасности больного для самого себя и окружающих увеличивается.

Необходимы постоянное и регулярное наблюдение специалистов и строгое соблюдение врачебных рекомендаций. Как все психические болезни, шизофрения связана с ограничением выбора профессии. Вопросы выбора и смены специальности, работы должны решаться совместно с психиатром и в интересах больного.

Диагностика психических заболеваний

Диагностика психических заболеваний в младенчестве остается трудноосуществимой и малодоступной. Тем не менее по данным ретроспективного анамнеза, представленным в работах известных отечественных и зарубежных детских психиатров, нарушения психомоторного развития и различные неврологические отклонения, в том числе и двигательные, в раннем детстве обнаруживаются у 65-80% детей, больных шизофренией, ранним детским аутизмом, олигофренией и другими заболеваниями. В общей картине психических заболеваний у детей раннего возраста им принадлежит заметное место. В младенчестве они нередко затушевывают патологию собственно психических функций, приводя к ошибочной диагностике, в связи с чем их распознавание и правильная клиническая оценка приобретают диагностическое и лечебное значение.

Двигательный анализатор в первый год жизни ребенка является зоной интеграции и перекодирования поступающих афферентных импульсов и определяет общее поведение

ребенка. Между его созреванием и психическим развитием ребенка, как правило, имеется тесная связь.

Изменения в сроках приобретения двигательных навыков, с одной стороны, указывают на отклонения в созревании нервной системы, а , с другой стороны, могут отражать нарушение формирования связей двигательного анализатора со зрительным, слуховым, кинестетическим и психическими функциями, искажая организацию простых движений,сложных двигательных актов или двигательное поведение в целом. Можно полагать, что онтогенез моторики и его отклонения не только отражают процесс созревания нервной системы, но и служат индикаторами имеющейся или формирующейся психической патологии и могут быть выявлены. Эта гипотеза была положена в основу проведенного исследования.

Наше сообщение основано на результатах 10-летнего перспективного комплексного наблюдения за нервно-психическим развитием и динамикой неврологических симптомов у 103 детей от больных шизофренией родителей с динамическим психиатрическим и неврологическим обследованием. 46 детей поступили под наблюдение в возрасте 1-12 месяцев, остальные - в возрасте 1-3 лет. В качестве контрольных групп служили 30 детей, перенесших перинатальную гипоксическую энцефалопатию, и 38 больных детской шизофренией, независимо от генетической отягощенности.

Спустя 5-7 лет наблюдения проведена психиатрическая квалификация психического состояния детей от больных шизофренией родителей, в результате которой дети основной группы были разделены на 4 подгруппы: заболевшие шизофренией и ранним детским аутизмом (30 человек), дети с формированием шизоидной психопатии (33 человека), дети с другими психическими расстройствами нешизофренического круга

(15 человек) и 25 детей оставались психически здоровыми. В этих подгруппах проведен сравнительный анализ локомоторного развития и двигательных нарушений во взаимосвязи с возникновением эндогенного процесса.

С позиции психиатрии раннего возраста впервые использованы эволюционно-неврологический метод и традиционное неврологическое обследование, а также разработаны другие неврологические приемы к изучению психической патологии в младенчестве. Для облегчения диагностики создана методика и схема оценки неврологического и психического развития детей первых лет жизни.

В ходе динамического наблюдения у детей с эндогенной психической патологией в 94% выделен особый тип формирования локомоторики. Его характеризует искажение постурально-моторной спирали развития и значительная задержка формирования двигательных навыков на фоне диффузной мышечной гипотонии и при отсутствии парезов. У подавляющего большинства детей данный тип локомоторики сочетался с диссоциацией психического развития как отдельных психических функций ,так и в их совокупности. На первом году жизни у детей с шизофренией и ранним детским аутизмом выявлялся характерный симптомокомплекс нарушений развития, нейро-психическая дезинтеграция, имеющий большую клиническую ценность: недостаточность адаптационных реакций, вегетативно-инстинктивные дисфункции, изменение общей активности , нарушение ориентировочных реакций, искажение эмоциональных реакций и отсутствие стремления к общению, отклонения в формировании предречевых этапов речи, нарушения постурально-моторного развития вплоть до задержки или искажения общего процесса нервно-психического развития. У здоровых детей данный тип формирования локомоторики не установлен ни в одном из наблюдений.

Двигательные нарушения, обнаруженные у всех заболевших шизофренией и ранним детским аутизмом детей и у большинства детей с формированием шизоидной психопатии, были условно систематизированы в следующие симптомокомплексы: своеобразные нарушения локомоторного развития, изменение общей двигательной активности,расстройства мышечного тонуса, синдромы экстрапирамидных нарушений, атактические расстройства, речедвигательные нарушения, патологические психомоторные феномены, пароксизмальные состояния, которые обнаружили большую связь с возникновением эндогенного психического заболевания. Двигательные неврологические симптомы у детей с шизофренией и ранним детским аутизмом имели ряд особенностей: они, как правило, были двусторонними; степень выраженности двигательных расстройств имела ундулирующий характер и зависела от психического состояния ребенка; с возрастом двигательная недостаточность уменьшалась.

Неспецифичность неврологических симптомов в первые два года жизни часто создает трудности в дифференциальной диагностике при разграничении обнаруживаемых двигательных нарушений от неврологических заболеваний, в частности атонически-астатической формы детского церебрального паралича, реже спастической диплегии и гемипареза, врожденной патологии обмена с поражением ЦНС и рядом других заболеваний. Это сходство связано прежде всего с задержкой редукции безусловных рефлексов мезенцефально-стволового уровня, значительным отставанием в формировании цепных туловищных рефлексов и реакции выпрямления, диффузной мышечной гипотонией, общим двигательным статусом, напоминающим неспецифический синдром "вялого ребенка". При отсутствии парезов, при формальной сформированности эфферентного звена моторики, первичного мотонейрона,

"бездеятельными" оказываются высшие системы интеграции, анализа, афферентного синтеза поступающей афферентной и эфферентной информации, что в результате приводит к двигательным нарушениям, симулирующим органическую неврологическую патологию.

На 1-м году жизни в общей картине отклонений нервно-психического развития ребенка более наглядно выступали как РАССТРОЙСТВА дезорганизация постурально-

моторного развития и симптомокомплексы преходящих двигательных и вегетативно-инстинктивных дисфункций, тогда как нарушения психических функций чаще оставались незамеченными. Они становились очевидными и выступали на первый план обычно после 2-х лет.