**Лекция 15**

**Экзогенные психические расстройства.**

**Классификация и клиника.**

**План.**

1. **Экзогенные психические расстройства: симптомы и причины.**
2. **Классификация и клиника экзогенных расстройств.**

Сегодня мы будем говорить о заболеваниях об органических заболеваниях, которые в какой-то мере являются противоположностью эндогенных. ***Это заболевания которые имеют одну из своих причин - эндогенные факторы, причем эти факторы могут самые разнообразные - интоксикации (алкоголь, наркотики, лекарства, бытовые и промышленные интоксикации), инфекции черепно-мозговые травмы, соматогенные психозы вследствие соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, эндокринные заболевания, авитаминоз , кахексия и т.д.), психическая травма. То есть группа экзогенных заболеваний самая большая группа заболеваний.*** Представим себе в какой ситуации мы живем, чем мы дышим, какую воду мы пьем, не говоря уже о других напитках, как часто наблюдаются соматические расстройства и тогда становится понятным, что группа эндогенных заболеваний это самая обширная группа. Эти заболевания встречаются не столько в психиатрической клинике, сколько в соматических стационарах. В течение одной лекции об интоксикационных, инфекционных, травматических и т.д. экзогенных заболеваниях практически невозможно. В любой книге, руководстве по психиатрии эти заболевания занимают половину объема.

**Экзогенные заболевания.** Не нужно впадать в крайность и говорить, что экзогенная болезнь - это болезнь вследствие какой-то экзогенной причины. Такой этап в медицине был - пастеровский период, когда владела концепция, что имеется микроб, в силу его действия имеются расстройства в организме, возникает болезнь. Не нужно думать, что также можно объяснить: была травма, стала болезнь; была инфекция, появились психические расстройства. Например экстраполируем на себя - все люди переносят какие-либо инфекционные заболевания, но психические расстройства возникают лишь не у многих. Все люди переносят черепномозговые травмы, но психические расстройства бывают далеко не у всех. У одного человека тяжелейшая черепно-мозговая травма, например, по время боевых действий получает сквозное пулевое ранение, после чего проходит курс лечения, и после этого не наблюдается никаких психических расстройств. А у другого человека легкое сотрясение головного мозга после которого он остается инвалидом на всю жизнь. Пастер - умнейший человек, заметил, что причина и следствие не всегда бывают тесно связаны (опыт с курами - он заражал кур - некоторые при этом заболевали, некоторые не заболевали, тогда понадобились другие факторы, чтобы они заболели - он охлаждал их и под влиянием охлаждения куры заболевали). Тут происходит то же самое - для того чтобы возникло экзогенное психическое расстройство нужна не только внешняя причина, но и очень много факторов - наследственная предрасположенность (психические расстройства наблюдаются у 2-3% людей). Много алкоголиков, но алкогольные психозы развиваются не у всех, а чаще у людей с наследственной предрасположенностью. Другими факторами являются - конституция человека, состояние человека в то время когда развивается заболевания (утомление, реконвалесценция, кахексия и т.д.). Какие-то космические условия, биологические, метеорологические условия.

**Если у человека есть и четко выраженная наследственная предрасположенность, хроническое заболевание, пороки развития (заячья губа например сочетается с церебральной недостаточностью) то трудно сказать, что это органическое поражение с шизоформными проявлениями, чистая шизофрения и т.п. например.**

**Группы экзогенных заболеваний можно разделить на узкие подгруппы. Все заболевания делятся на 2 группы: непсихотические расстройства и психотические расстройства.**

***Непсихотические расстройства - большая группа. Это основная группа, которая включает практически всех людей нуждающихся в медицинской помощи. Непсихотические расстройства бывают при всех соматических, инфекционных заболеваниях.*** Чем бы человек не болел, у него всегда будет наблюдаться неврозоподобная симптоматика в первую очередь, в виде астенического синдрома. астения бывает в начале болезни, в течение болезни, после болезни. В зависимости от личности человека, условий, ситуации это может проявиться неврастеническим синдромом, навязчивыми состояниями, истерическими расстройства. Здесь очень большая проблема выступает - доктора, которые направлены на лечебную работу, зачастую лечат не человека, а болезнь (что в общем - то достаточно банально), а что касается расстройств личностных, то терапевты и невропатологи на них внимания не обращают. В то же время эти состояния долгие, неприятные, вытягивают всю энергию из человека.

**Второй вариант** - если человек с неврозоподобным состоянием, неврастенической симптоматикой попадает к специалисту, то зачастую и невропатолог и психиатр видит не неврозоподобные, а невротические расстройства, и лечит его как невротика, и таким образом не диагностируется , например пневмония, хронический гепатит и т.д. Поэтому всегда надо проводить дифференциальную диагностику и смотреть , это истинные невротические дела, или же это неврозоподобная симптоматики, но зависит от других причин. Поэтому направлять лечение надо на человека, на личность, и ее реакции на болезнь. Семейные врачи поэтому обязательно занимаются пограничными расстройствами, психотерапией, лечением неврозоподобных состояний.

При длительном течении заболевания (хронический гепатит, туберкулез и т.д.) могут возникать изменения личности, что называется психопатизация личности. Возникают расстройства, которые похожи на искривленную личность. В данном случае возникает не психопатия, и психопатоподобное расстройство. Это было замечено очень давно: люди, которые страдают туберкулезной инфекцией, изменяются в одном направлении, и очень часто у них появляются кроме астенических черт - черты демонстративности, они стараются заявить о себе, быть в центре внимания, привлекать к себе внимание. Люди, которые подолгу лежат в гипсе при костном туберкулезе - может быть то же самое, плюс может быть задержка психического развития. Известно как меняется личность у гипертоников - гипертоники становятся несдержанными вспыльчивыми, эмоционально лабильными. Личность язвенника - не зря говорят, язвенный характер - от слова язва. Про больных с заболеваниями печени говорят: "желчный". Существует тип - апоплектиформный (склонный к инсультам), геморроидальный тип характер. Психопатизация мешает лечению основного заболевания, осложняет течение основного заболевания и т.д. и ее надо иметь ввиду и проводить психокоррекцию. Как проводить, психокоррекцию - разговор длинный - определенные методики, навыки, и т.д. В нашей стране к этому только приступают.

При длительном воздействии фактора происходит возникновение психоорганического синдрома. психоорганический синдром - это самое начало слабоумия. Нельзя сказать, что человек слабоумный, но какие-то зачатки есть. Например, хроническая пневмония приводит к гипоксии органов, в том числе и головного мозга, нарушается трофика, погибают клетки. Работает человек, например, в загрязненных условиях, постоянно возникает интоксикация - опять же ведет к развитию психоорганического синдрома. Вибрационная болезнь - это постоянные микротравмы головного мозга, человек после 10-15 лет работы на таких предприятиях становится глубоким инвалидом, и никакое молоко, которое ему дают за вредность не поможет. Или другой пример - профессиональные боксеры, борцы - Мухамед Али - боксер экстракласса - болеет болезнью Паркинсона (каждый нокдаун - это сотрясение головного мозга). Такие люди к 40 годам разваливаются как личности к 40-50 годам.

**Психоорганический синдром** - снижается память, мышление становится более конкретным, человек не способен абстрагироваться, не способен к обобщению, нарушается эмоциональная сфера - появляется эмоциональная лабильность, раздражительность, человек становится аффективно-ригидным - он застревает на обидах, становится злопамятным. Кругозор личности снижается, о тех сферах большого мира, в котором он жил раньше забывает. Происходит эмоциональное оскудение, когда высшие моральные, нравственные эмоции постепенно отмирают и больше он замыкается в повседневности, ипохондричности. Причем у людей утрачивается критика, они не понимают, что они сами изменяются, они становятся трудными в быту. Это те самые люди, которые постоянно говорят , что раньше было лучше. Ну а раз слабоумие началось, то постоянно будет прогрессировать. Дальше происходит деменция. Это основной путь непсихотической симптоматики. Кроме этого, в связи с локальными повреждениями головного мозга, могут возникать очаги, которые приведут потом пароксизмальных расстройств, может возникнуть травматическая эпилепсия. Слабоумие может различно - атеросклеротическое, эпилептическое и т.д. Может развиваться Корсаковский синдром.

Для терапии непсихотических расстройств есть различные методики дегидратации, рассасывающих средств, есть ноотропы, витамины и т.д.

Психотические расстройства. Психозов бывает гораздо меньше, чем расстройств непсихотических. **Психозы бывают разными, и их можно разделить на группы:** острые и хронические.

***Острые психозы*** могут следствием, или возникнуть в результате инфекции, травмы, соматогении и т.д. В психиатрии принято называть эти психозы симптоматическими психозами. Это не совсем правильно, но удобно. Психозы, как бы являются симптомом какого-либо заболевания. Чем удобно? - тем что можно на ходу конструировать определение любого симптоматического психоза. Инфекционный психоз - это психоз возникающий во время и в следствие инфекционного заболевания. Интоксикационный психоз - это психоз, возникающий во время и в следствие интоксикации и т.д.

**Клиника симптоматических психозом.** Вопрос интересный и сложный. Измаил Федорович Случевский описал очень большое количество психозов. И все эти психозы очень похожи друг на друга. Естественно хороший клиницист, психиатр просто обязан по клинической картине отдиференцировать травматический психоз от инфекционного и т.д. Имеются разные, мелкие , патогномоничные симптомы, характерные для одних состояний и не характерные для других. Но это все очень сложно. Другой путь - все клинические проявления психозов похожи один на другой, и поэтому можно сделать вывод, что существуют некоторые психические расстройства, синдромы, которые характерны для всех острых состояний. В 1914 году, немецкий ученый Карл Бонвеффер обратил на это внимание, и стал разрабатывать учение о реакциях экзогенного типа. Это был современник Крепеллина, очень уважаемый им. Брались истории болезни с острыми психозами, анализировались, формализовались и потом сравнивались: чем сходны психозы. **Он отметил что психические расстройства проявляются несколькими синдромами:**

* *оглушение (инсульт, отравление, и т.д.)*
* *делириозный синдром, как следствие интоксикации, травмы, сосудистой патологии ит.д.*
* *аментивное помрачнение сознания*
* *сумеречное помрачнение сознания*

**Эти четыре синдрома протекают с нарушением сознания.**

синдром вербального галлюциноза - протекает при ясном сознании.

**Были различные мнения, но эти 5 синдромов являются основными. Здесь два практических выхода:** на вопрос чем проявляется травматический (интоксикационный, и пр.) психоз надо ответить эти 5 синдромов. Второе - например привезли к вам человека с помрачнением сознания, в оглушении - можно сказать, что у человека произошла какая-то неприятность, катастрофа, причину которой нужно срочно искать. Оглушение - это следствие сахарного диабета, травмы черепа ? Реакции экзогенного типа это всегда очень и очень жесткий звонок, что с пациентом произошло что-то нехорошее, надо дифференцировать с различными заболеваниями.

Кстати вся наркология входит в эти описанные выше изменения личности, все острые и хронические психозы бывают у алкоголиков.

Острые инфекционные психозы. Возникают вследствие действия инфекционного агента. При инфекционных психозах непосредственно сам микроб не проникает в мозг, дело в том, что инфекция живет в организме и отравляет продуктами своей жизнедеятельности организм. То есть по сути это интоксикационные психозы. **По времени развития делятся на три группы:**

* *инициальные - возникают в самом начале заболевания*
* *лихорадочный бред - возникает на высоте инфекционного заболевания*
* *постинфекционные заболевания*

Клинические проявления психозом зависят от пола, возраста ( у пожилых, детей - чаще бывают делириозные расстройства, у взрослых - постинфекционные психозы). Лихорадочный бред: сознание ребенка помрачняется, возникает устрашающая зрительная галлюцинация, что длится 20-30 минут. Раньше это проходило и тяжелее, и длительнее. Описаны тяжелые психозы при крупозной пневмонии, при сыпном и брюшном тифе, но сейчас таких тяжелых заболеваний нет, а с другими научились справляться. Другое дело постинфекционные психозы - болезнь кончается, организм затратил все силы на борьбу с болезнью. Болезнь закончилась , а человек в прострации - выраженная астения, которая доходит до астенической спутанности, аментивного состояния. Во время астенической спутанности могут возникать расстройства мышления по астеническому типу, отрывочные галлюцинации, отрывочные бредовые идеи. Постинфекционный психоз длится месяцами, очень легко потерять силы, а набрать заново очень трудно. Пример: женщина, у которой тяжело протекала беременность, роды были осложненными, после чего была одна дома и заболела она пневмонию, и начался у нее потом постинфекционный психоз, из которого выводили месяцев 6, применяя хорошую терапию, питание, витамины и т.п. Такие случаи не редкость в наше время , в то время как в 70-80 года эти психозы встречались гораздо реже. Эти психозы даже называли психозами истощения , они в какой-то мере отражают социальное неблагополучие.

***Можно между понятиями острые и хронические психозы ввести понятие рецидивирующие психозы.*** Микроорганизм в мозг человеку не попадает, но тем не менее в мозгу начинаются патологические процессы. Природа этих состояний - инфекционно-аллергические заболевания. Включаются аутоиммунные механизмы. В нашем регионе - это прежде всего ревматические заболевания. Стрептококк не проникает в головной мозга, но вызывает аллергический васкулит сосудов головного мозга, сосудистая стенка разрушается, происходит повышение проницаемости и появляются очаги запустевания в коре головного мозга. При острой ревматической атаке наблюдается состояние нарушенного сознания - делирий, чаще онейроид. Человека лечат, и кажется исчезает помрачнение, но нет, не выздоравливает человек и онероид сменяется депрессией, маниакальным расстройством, а может быть с бредом. Отмечается психофизический параллелизм - ухудшение и соматического, и психического состояния. Затем приступ кончается, но у нашего пациента замечаем признаки непсихотических расстройств - неврозоподобные состояния, и т.д. Далее могут быть психоорганические нарушения. При дальнейшем течении заболевания картина повторяется, а психоорганический синдром может усугубляться. При маникально-депрессивном синдроме личность остается сохранна, а здесь нарастают интеллектуально-мнестические нарушения. Лечение должно быть комплексным - лечение ревматизма, дезинтоксикация, рассасывающая терапия по показаниям применяют нейролептики, антидепрессанты.

**Хронические инфекционные психозы - энцефалиты. Энцефалиты могут при любом инфекции при неблагоприятных условиях.** Например, сифилис, потому что сифилитические психозы были первыми выделены по всем канонам нозологического подхода (этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиническая картина) - прогрессивный паралич. Некоторые до сих пор говорят, что это единственная отдельная нозологическая единица. Это первое психическое расстройство которое очень хорошо лечится. Психические расстройства при сифилисе бывают двух типов: сифилис мозга (lues cerebri) и прогрессивный паралич. Заболевание ЦНС начинается в третичном периоде. Спирохета проникает в мозг и поражает мезодермальные ткани - сосуды и оболочки головного мозга, соответственно патологоанатомически можно выделить сифилитический менингит, энцефалит. Сосудов много, поразиться могут в любом месте, также как и оболочки, также как и гумма может вырасти в любом месте. Клинические проявления - все что угодно - астения, галлюцинации, припадки, и т.д. (студенческий вариант ответа). Не надо спрашивать: " Вы болели сифилисом?" , потому в 100% случаев вам ответят нет. Надо спрашивать: " Когда вы болели сифилисом?" - больной растеряется и ответит. Реакция Вассермана не всегда правильна. Реакция Ланге - очень специфичная реакция - берется ликвор и смешивается в определенных пропорциях, если есть сифилис то пробирки будут менять свой цвет, и при этом каждому цвету соответствует цифра.

**Прогрессивный паралич - четвертичный период.** С начала заболевания прошло 10-12 лет. Поражена паренхима мозга, особенно лобные доли. Далее происходит классическое течение экзогенного заболевания - начинается астеническое состояние - первый период прогрессивного паралича называется неврастеническая стадия - утомляемость, истощаемость, плохой сон. Никому в голову не придет, что это начало прогрессивного паралича. Дальше астеническая симптоматика нарастает, и дело доходит до психотизации личности, личность человека меняется, становится совершенно другой - огрубление личности, эмоциональное оскудение. Грубый, бестактный, эгоцентричный человек, который свое ставит превыше всего. В этом периоде могут сексуальные преступления, преступления против личности. Мопассан умер от сифилиса. Он был человеком светским, и как положено в свет надо было являться во фраке. Случился жуткий конфуз - Мопассан снял фрак и остался с жилете (в психиатрии этот случай называется "манишка Мопассана"). Вскоре Мопассан превратился в "животное". Дальше это все идет неуклонно. Самая характерная картина для прогрессивного паралича - психотические расстройства - в стадии разгара болезни - экспансивная форма - возникает мегаломанический бред, паралитический бред, бред величия. Он самый богатый, главный, командующий вселенной, у него дома парк автомобилей и т.д. Такие больные пишут письма и заверуют: "Ельцин .......к выполнению". Баллотирующая форма развивается быстро и приводит к смерти. Далее наступает марантическая стадия - полная деградация психическая и соматическая. Остаются только рефлексы. Человек не смотря ни на что быстро худеет, и быстро погибает от какого-либо заболевания (массивные пролежни, застойная пневмония).

**Экзогенные органические психические расстройства**

***Экзогенные органические психические расстройства (ЭОПР) – заболевания, обусловленные воздействием на головной мозг внешних факторов (черепно-мозговая травма, опухоль, инфекционный агент, сосудистое поражение, интоксикация и проч.)***

***Общая характеристика ЭОПР***

ЭОПР характеризуются сходной симптоматикой вне зависимости от причин, их вызвавших. Эта симптоматика обозначается как «экзогенный тип психической реакции», или «круг Бангюфера» (по имени немецкого психиатра, объяснившего принцип эквифинальности).

Астенический синдром в форме церебрастении («слабость головного мозга»).

* *Чрезмерная утомляемость.*
* *Нарушение концентрации внимания.*
* *Гиперэстезия (повышенная рецепторная чувствительность).*

***Эмоциональная лабильность. Может проявляться в форме «слабодушия».*** Пример: бабушка смотрит телевизор и, увидев плачущую героиню фильма, тут же начинает плакать; стоит повествованию смениться на юмористическое, она хохочет, словно предыдущей трагической сцены не было вовсе.

***Расстройство сна по астеническому типу (трудное засыпание, кошмары, чуткий сон, невысыпание). В отличие от депрессии, астения – вечерний симптом.***

Астенический тип расстройства памяти. Проверяется при помощи «Счета Креппелина»: вычитание по 13 из 100 или 1000. Симптом положительный, если пациент, бодро начав, вскоре сбивается; отдохнув немного, снова берет быстрый темп и вскоре снова сбивается.

Синдром выключения сознания. Развивается при травме, наркотической и алкогольной интоксикации.

Синдромы помрачения сознания (подробности ниже).

Вербальный галлюциноз. Часто встречается при алкоголизме. Человек слышит голоса, часто несколько.

**Аффективные расстройства.**

1. Дисфории (злобно-тоскливые аффекты).
2. Депресиии.
3. Маниакальные или маниаформные состояния (эйфория, иногда максимальная степень эйфории – мория).
4. Эпилептиформный синдром. Симптоматическая эпилепсия (подробнее см. лекцию «Эпилепсия»).
5. Корсаковский синдром (часто встречается при алкоголизме, называется корсаковским психозом)

Фиксационная амнезия (забывание текущих фактов), приводящая к амнестической дезориентировке (в пространстве, времени и т.п.).

Парамнезии, роявляющиеся в форме псевдореминисценций (воспоминания, перенеснные из прошлого в настоящее), конфабуляции (ложные воспоминания).

Синдромы помрачения сознания

Критерии Ясперса для установления помрачения сознания (ПС)

Отрешенность от окружающего мира.

Какая-либо дезориентировка.

Непоследовательность, фрагментарность, бессвязность мышления.

После выхода из состояния – амнезия на события, происходившие во время помрачения сознания.

**Варианты помрачения сознания**

*Делириозное помрачение созанния. Характеризуется галлюцинациями (все виды чувствуительности), острым чувственным бредом (тревога, двигательное возбуждение). Поведение полностью отражает сознание.* Делириозное ПС – частый исход похмельного синдрома и проявление интоксикации при инфекционных заболеваниях. Длительность такого состояния – от нескольких часов до нескольких дней. На выходе из делирия пациент помнит лишь то, что ему казалось.

Предикторы (предвестники) делирия: симптом Литмана: многократное надавливание на глазные яблоки с постоянным вопросом: «Что видишь?» приводит к тому, что пациент начинает видеть то, что вскоре станет содержанием его галлюцинаций. Как правило, при делири зрительные галлюцинации бывают зоологиечскими. Вариант симптома – заставлять увидеть что-то на белой бумаге. Результат тот же;

симптом А. Шафенбурга (разговор по выключенному телефону).

**Мусситирующий (бормочущий) делирий.** «Возбуждение в пределах постели» - пациент лежит на кровати, бормочет что-то себе под нос, пытается снять с себя несуществующие пушинки, жучок и т.п. Часто является признаком алкогольной энцефалопатии.

**Профессиональный делирий** – повторение характерных движений, выполняемых в процессе повседневного труда.

**Аменция** – фрагментарность мышления плюс поведение, характерное для мусситирующего делирия. Аменция часто может быть следствием делирия, и наоборот. Аменция может длиться до нескольких недель и на выходе дает тотальную амнезию (пациент не помнит ни реальных событий, ни содержание галлюцинаций).

**Сумерченое помрачение сознания** – внезапное состояние, завершающееся терминальным сном. Подробно описано в лекции по эпилепсии.

**Анейроидный (сновидный) тип.** Проявляется (субъективно) эрительными грезами – галлюцинациями фантастического содержания, при которых пациент видит себя участником событий. Сопровождается кататоническим ступором. На выходе пациент помнит только свои переживания (грезы). Длительность от нескольких дней до нескольких недель. Часто встречается при шизофрении, героиновых и алкогольных психозах.

**Травматические психозы**

Остановимся подробнее на травматических психозах. Они развиваются в результате черепно-мозговой травмы (ЧМТ). **Варианты ЧМТ:**

***коммоция – сотрясение головного мозга (сопровождается повышением внутричерепного давления),***

***контузия – поражение коры головного мозга от удара или противоудара, приводящее к локальной корковой симптоматики выпадения.***

**Периоды травмтаической болезни**

Острейший (период выключения сознания). Присутствует всегда, но может составлять доли секунды. Основная тактика ведения таких пациентов – полный покой (!!!).

Острый период. Длится от нескольких дней до нескольких недель. Характеризуется синдромом церебральной адинамии: максимальная астения, сильные головные боли, вестибулярные нарушения (нистагм, окулостатический феномен – падение при движении глаз), белковой клеточная диссоциация в спинномозговой жидкости, резкое повышение внутричерепного давления. Из психиатрических симптомов могут быть: амнезия (ретро- и антероградная по отношению к моменту травмы), травматический делирий).

Поздний период. Длится недели–месяцы. Характеризуется посттравматической церебрастенией (см. выше).

Период отдаленных последствий. Может длиться всю оставшуюся жизнь. Заключается в возникновении симптоматики позднего периода травматической болезни в ответ на воздействие на мозг каких-либо внешних факторов (экзоцербация). В результате церебрального арахноидита (воспаления сосудистой оболочки головного мозга) могут развиваться поздние посттравматические психозы (характеристика – см. «круг Бангюфера»).

Кроме описанных симптомов, начиная со второго периода травматической болезни возможно появление локальных неврологических симптомов.

Возможна также посттравматическая энцефалопатия (синоним – психоорганический синдром), заключающийся в смене характера человека. **Возможные варианты:**

*церебрастенический,*

*эксплозивный (вспыльчивость, раздражительность, потеря контроля),*

*эйфорический вариант, или «лобный синдром»,*

*апатический вариант в форме адинамии и аспонтанности (необходимо дифференцировать с шизофренией),*

*эпилептиформный (посттравматическая эпилепсия).*

**Лечение травматической болезни**

Курсы рассасывающей и дегидратационной терапии (лидаза, витамины B1, B6, магнезия, стекловидное тело), метаболическая терапия (танакан), ноотропы, церебральные ангиопротекторы (трентал, кавинтон).

Лечебная пневмоэнцефалограмма – разрыв спаек в спинномозговом канале и желудочках мозга при временной замене ликвора на воздух).