

*Гериатрическая психиатрия.
Возрастные особенности
психических расстройств*



- Важнейшая особенность детского и подросткового возраста – непрерывный, но неравномерный процесс развития и созревания структур и функций всего организма, в том числе и ЦНС. В связи с этим методологическую основу изучения возрастных особенностей психических заболеваний у детей и подростков составляют, во-первых, эволюционно - динамический, т.е онтогенетический подход.

Одним из важнейших факторов специфичным для психических заболеваний у детей и подростков является возрастной фактор.

- Этот фактор в виде изменений общей и нервной реактивности в определенные «критические периоды» онтогенетического развития может иметь определенное этиологическое значения, как способствующий возникновению тех или иных психических заболеваний.

Такие периоды называют «периодами повышенной восприимчивости к различным вредностям». К ним относят прежде всего периоды «возрастных кризов» (от 2-до 4 лет, от 7 до 8 лет и от 12 до 15 лет). В критические периоды, не только имеются условия, облегчающие возникновение психических заболеваний, но и наблюдается их более тяжелое, нередко злокачественное течение.

- Важнейшая особенность детского и подросткового возраста – непрерывный, но неравномерный процесс развития и созревания структур и функций всего организма, в том числе и ЦНС. В связи с этим методологическую основу изучения возрастных особенностей психических заболеваний у детей и подростков составляют, во-первых, эволюционно - динамический, т.е онтогенетический подход. Одним из важнейших факторов специфичным для психических заболеваний у детей и подростков является возрастной фактор.
- Этот фактор в виде изменений общей и нервной реактивности в определенные « критические периоды» онтогенетического развития может иметь определенное этиологическое значения, как способствующий возникновению тех или иных психических заболеваний. Такие периоды называют «периодами повышенной восприимчивости к различным вредностям». К ним относят прежде всего периоды «возрастных кризов» (от 2-до 4 лет, от 7 до 8 лет и от 12 до 15 лет). В критические периоды, не только имеются условия, облегчающие возникновение психических заболеваний, но и наблюдается их более тяжелое, нередко злокачественное течение.

Психиатрия детского возраста.

- В детской психиатрии есть ряд особенностей, отличающих ее от психиатрии взрослого возраста.
- Значение возраста ребенка.
- Ребенок чаще всего неспособен выразить свои переживания, ощущения, настроение в словесной форме. Поэтому данные о психическом состоянии базируются в основном на сведениях, получаемых от родителей, родственников, учителей или на результатах наблюдения за ребенком.
- В лечении детей гораздо меньшее место занимает лекарственная терапия. Упор делается на то, чтобы изменить отношение родителей, успокоить ребенка, помочь ему восстановить необходимые знания и умения.

Классификация психических расстройств детского и подросткового возраста.

- Умственная отсталость.
- Общие расстройства развития (психозы детского возраста)
- Специфические расстройства развития (расстройства развития речи, расстройства чтения, счета, других школьных навыков). Расстройства развития двигательных функций.
- Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (гиперкинетические расстройства, расстройства поведения, тревожные расстройства, фобические расстройства, тикозные расстройства, неорганический энурез, заикание).

ЭТИОЛОГИЯ.

- Значение имеет наследственность, соматические заболевания (психические нарушения были выявлены у 12% физически больных детей). Особое значение имеет мозговые расстройства – распространенность психических нарушений достигает 34%. Минимальная мозговая дисфункция частая причина психических расстройств. При этом не наблюдается структурных нарушений в головном мозге, присутствуют гиперактивность, расстройства внимания, поведения, снижение способности к усвоению новых знаний. Причиной ММД являются патология беременности и родов (преждевременные роды, асфиксия при рождении).
- Факторы окружающей среды.
- Семья. Неблагоприятные взаимоотношения в семье, утрата родителей, длительная разлука, дисгармоничное воспитание, наличие определенных заболеваний или расстройств личности у одного из родителей.
- Социальные и культуральные факторы.

Обзор основных синдромов.

- Эмоциональные расстройства.
- Диагноз эмоционального расстройства в детской психиатрии употребляется в том же значении, что и диагноз невротическое расстройство во взрослой психиатрии. Среди психических расстройств детского возраста эмоциональные расстройства по распространенности уступают только поведенческим расстройствам и составляют 2,5 % как среди девочек, так и среди мальчиков.

- *Тревожное расстройство в связи с разлукой.*
- Как правило характеризуется повышенной тревогой на повседневные стрессоры. Предполагается, что такая склонность к тревоге часто генетически обусловлена. В других случаях тревога у детей возникает как реакция на постоянно тревожащихся или гиперопекающих родителей.
- Такие дети патологически пугливы, цепляются за своих родителей, находится в чрезмерной зависимости от них. С другими детьми они робки и застенчивы. У многих отмечаются ночные страхи. Могут присутствовать и соматические симптомы: головные боли, тошнота, рвота, боли в животе. Ребенок постоянно стремится удержать около себя родителей, требует внимания. Часто боится, что с родителями, что-нибудь случится. Часто отказываются посещать школу.

- *Фобические расстройства.*
- Как правило, страхи у детей относятся к животным, насекомым, темноте, к школе, к смерти. У некоторых детей вызывают страх социальные ситуации, особенно когда приходится встречаться с малознакомыми людьми. Большинство детских фобий проходят самостоятельно без лечения. Иногда используется поведенческая психотерапия.

- *Соматизированные расстройства.*
- Жалобы на соматические симптомы (боли в животе, головную боль, кашель). В основном эти жалобы являются проявлениями тревоги, иногда реакция на стресс, реже является проявлением депрессивного расстройства.
- *Обсессивно-компульсивные расстройства* в детском возрасте встречаются редко. Обычно проявляется в соблюдении ритуалов (мытьё рук, многократная перепроверка домашнего задания).

Поведенческие расстройства.

- Расстройство поведения является достаточно частым нарушением в детском и подростковом возрасте. Оно встречается у 9% мальчиков и 2% девочек до 18 лет. Расстройство чаще встречается у детей, чьи родители являются антисоциальными личностями или алкоголиками. Важным этиологическим фактором является борьба родителей между собой. Среди других факторов – органическое поражение ЦНС, отвергнутость родителями, раннее помещение в интернаты, неправильное воспитание с очень жесткой дисциплиной.
- Характеризуются асоциальным поведением. Проявляется у детей старшего школьного возраста и у подростков. Первые проявления наблюдаются в домашней обстановке в виде воровства, лжи, непослушания, агрессии. В дальнейшем нарушения поведения проявляются вне дома – прогулы, плохая успеваемость, правонарушения, акты вандализма, злоупотребление алкоголем и наркотиками, жестокость по отношению к другим людям и животным. Хулиганство. Обычно нарушения поведения обнаруживаются у детей из нестабильных, непрочных семей, неполных семей. Особую роль имеют генетические факторы, поражения мозга, эпилепсия. Прогноз - в половине случаев асоциальное поведение сохраняется во взрослом возрасте.

Гиперкинетическое расстройство.

- Гиперактивность проявляется в дошкольном возрасте, когда ребенок начинает ходить. Этиологию связывают с минимальной мозговой дисфункцией. Существенную роль играют генетические факторы. Распространенность от 2 до 8 % детей.
- Основным признаком этого расстройства относят резко выраженное и упорное беспокойство, непрерывная двигательная активность, неустойчивость внимания. Дети импульсивны, склонны к безрассудным поступкам, особенно подвержены несчастным случаям. Затруднения в учебе связаны с нарушенной способностью к концентрации внимания. Ребенок часто тербит руками и ногами, испытывает затруднения при необходимости сидеть на месте, легко отвлекается, часто слишком много говорит, часто перебивает и не слушает других, часто занимается опасной деятельностью не задумываясь над последствиями. Прогноз как правило благоприятный. Гиперактивность идет на убыль по мере того как ребенок подрастает и поведение нормализуется к 12-20 годам. В пубертатном возрасте она как правило проходит. При тяжелой форме гиперактивности, сопровождающейся неспособностью к учебе или низким интеллектом прогноз плохой. Для лечения используется психотерапия, ноотропы (парицетам, энцефабол, фенибут, пантогам). У большинства пациентов улучшение наступает при приеме психостимуляторов.

Расстройства речи и языка.

- У 1% детей к моменту поступления в школу наблюдается серьезное отставание в развитие речевых навыков, 5% детей испытывают трудности, пытаясь сформулировать свои высказывания.
- Причины задержки развития речи:
 - умственная отсталость.
 - Глухота и церебральный паралич.
 - Социальная депривация.
 - Детский аутизм.

Особенности психозов в детском возрасте.

- Шизофрения с дебютом в детском возрасте отличается более злокачественным течением и преобладанием негативной симптоматики. Ранние дебюты чаще наблюдаются у мальчиков. Бредовые идеи и галлюцинации бывают редко. Преобладают расстройства двигательной сферы и поведения: кататоническая и гебефреническая симптоматика, расторможенность влечений, или, наоборот пассивность и равнодушие. Нередко дети подбирают для игр неподходящие предметы (провода, ложки, обувь), пренебрегают игрушками. Изредка отмечаются формы заболевания, при которых предшествующее манифестации шизофрении психическое развитие происходит ускоренными темпами: дети рано начинают говорить, читать интересуются книгами, не соответствующими их возрасту.
- В пубертатном возрасте часто в дебюте шизофрении наблюдается дисморфоманический синдром и деперсонализация.

- МДП в раннем детском возрасте не возникает. Аффективные приступы появляются впервые в возрасте 12-14 лет. Дети редко жалуются на чувство тоски. Чаще наблюдаются соматовегетативные расстройства, нарушения сна, аппетита, запоры. Дети становятся вялыми, медлительными, отказываются от игр. Маниакальные состояния более заметны для окружающих. Проявляются активностью, непоседливостью, непослушностью.

Гериатрическая психиатрия.

- Вопросы оказания психиатрической помощи людям пожилого возраста привлекли к себе внимание в последние 40 лет. Это происходит вследствие роста пожилых людей в популяции. В начале 20 века в Западной Европе лица старше 65 лет составляли 5% населения. В настоящее время этот показатель достиг почти 15%, причем около трети этой цифры составляют лица старше 75 лет. Ожидается, что доля пожилых людей будет повышаться и далее, в основном за счет возрастания численности людей старше 85 лет. В связи с этим возрастает распространенность деменций и потребность в психиатрической помощи пожилым людям.
- В отношении возрастных рубежей принято считать возраст 50 - 64 средним, 65-74 пожилым, 75 и выше - старческим. Исходя из укоренившихся в психиатрии представлений, условно выделяют возраст 45-60 лет как климактерический, предшествующий пожилому.

- Известно, что масса головного мозга в промежутке между 30-70 годами уменьшается на 5%, к 80 годам на 10%. Наряду с этими изменениями происходит увеличение желудочков и утолщение мозговых оболочек. По мере старения наблюдается некоторая потеря нервных клеток, но она незначительна и выборочна, более важно ухудшение качества нервных процессов. По мере старения все более распространенным явлением становятся сенильные бляшки, они присутствуют у 80% здоровых людей в возрасте 70 лет и старше. Ишемические повреждения в головном мозгу имеются примерно у половины нормальных людей в возрасте старше 65 лет.

Психология стареющих людей.

- Ларошфуко говорил, что в старости люди становятся более глупыми и более мудрыми. Стареть надо уметь, но немногие это умеют. У старых людей снижено самочувствие, самооценка, усиливается чувство малоценности, неуверенности в себе, недовольство собой. Настроение как правило снижено, преобладают тревожные опасения: одиночества, беспомощности, обнищания, смерти. Старики становятся угрюмыми, раздражительными, пессимистами. Интерес к внешнему миру, к новому снижается. Все им не нравится, отсюда – брюзжание, ворчливость. Они становятся эгоистичными и эгоцентричными, круг интересов суживается, появляется повышенный интерес к переживаниям прошлого. Наряду с этим повышается интерес к собственному телу, различным неприятным ощущениям, происходит ипохондризация.

- Ослабляется у стариков контроль над своими реакциями, они недостаточно хорошо владеют собой. В интеллектуальной деятельности в большей степени страдают внимание и память. Ослабевают способность к концентрации внимания, суживается объем внимания. Самыми характерными являются жалобы на снижение памяти. В основном страдает кратковременная память, касающаяся недавних событий. Все эти изменения делают всех стариков в какой-то степени похожими друг на друга.
- Но было бы неправильным думать, что данные изменения в одинаковой степени имеют место у всех людей в старости. Известно, что многие люди до глубокой старости сохраняют свои личностные особенности и творческие возможности. Следует учитывать, что степень выраженности регрессии памяти и интеллекта зависит от исходного качества этих функций в молодом возрасте, а также от упражнений в течение жизни.

Основные психопатологические синдромы.

- Аффективные расстройства.
- Бредовые расстройства.
- Состояния слабоумия.
- Расстройства сознания.

- *Депрессивное расстройство* в поздние годы жизни представляет собой распространенное явление. Частота депрессий составляет около 10% у людей старше 65 лет, а 2-3% страдают тяжелой депрессией. Наиболее высокая первичная заболеваемость тяжелыми депрессивными расстройствами отмечается в возрасте от 50 до 65 лет. С возрастом постоянно повышается частота самоубийств, причем у пожилых людей суицид обычно связан с депрессивным расстройством.
- Клинические особенности депрессий. В пожилом возрасте чаще наблюдается депрессия с преобладанием тревожной тоски, тревожных ожиданий, беспокойства. Часто сопровождается бредом вины, самообвинения, разорения, обнищания. Больные тревожны. Не могут сидеть на месте, считают, что окружающие осуждают их, обвиняют во многих преступлениях, что им грозит суд, наказание. Утверждают, что не зря считают преступниками, они действительно виноваты и заслуживают наказания. Затем по мере усугубления депрессии, считают, что наказание коснется не только их, но и родных, просят наказать их, не трогать семью. Часто наблюдаются ипохондрический бред, доходящий до уровня бреда Котара, считают, что у них неоперабельный рак, опухоль.

- Утверждают, что желудок, кишечник атрофировался, не работает, внутренних органов нет совсем, пища поступает прямо в грудную полость, стула нет, и не будет, что они все иссохли, от них осталась одна оболочка. Часто отказываются от еды, склонны к членовредительству. Суицидные тенденции таких больных очень опасны, так как отсутствует психомоторная заторможенность, больные тщательно продумывают способ самоубийства, который оказывается затем совершенно неожиданным для окружающих. Больные с бредом отрицательного могущества утверждают, что они самые страшные преступники, которым нет прощения, все страдают из-за них, гибнут только от их взгляда.
- Довольно часто наблюдаются множественные сенестопатии, что приводит к ипохондризации. Депрессии часто носят затяжной характер и длятся годами и плохо поддаются лечению антидепрессантами. Иногда требуется применение ЭСТ.

- *Бредовые расстройства* – довольно часто наблюдаются у больных пожилого возраста. Инволюционный параноид – характеризуется бредом «бытовых отношений» (бред малого размаха). Возникает после 45-50 лет, чаще у женщин. Бред носит паранойяльный характер и не имеет тенденции к усложнению. Больные утверждают, что соседи приносят им материальный ущерб (портят и крадут вещи), досаждают им шумом и неприятным запахом, стараются избавиться от них. Либо в бредовые переживания включают сослуживцев по работе, которые досаждают и преследуют их во главе с начальником
- . Бред лишен мистичности, таинственности, конкретен. Могут наблюдаться иллюзии и галлюцинации, (больные чувствуют запах газа, слышат в посторонних разговорах оскорбления в свой адрес, ощущают в теле признаки нездоровья). К заболеванию предрасполагает одиночество в старости, слепота, глухота.

- Типичными являются высказывания, что соседи проникают в комнату без их ведома, портят вещи, мебель, подсыпают в пищу яд, пытаются отправить их специально в психиатрическую больницу, чтобы завладеть их комнатой. При оценке служебной ситуации больные утверждают что начальник и часть сослуживцев настроены к ним враждебно, намеренно поручают им самую трудную работу, чтобы доказать их несостоятельность, уволить. Обычно больные стараются защититься от преследования дополнительными замками, прячут продукты в специальных тайниках, часто проветривают комнату «от газов». Некоторые высказывания выглядят правдоподобно и вводят в заблуждение окружающих. Часто родственники вместе с больным обращаются в милицию, пока наконец высказывания не становятся нелепыми и болезнь становится очевидной.
- Прогноз неблагоприятен. Бредовые идеи носят инертный стойкий характер, этому способствуют атеросклеротические изменения сосудов головного мозга. Часто бред сохраняется в течение многих лет, иногда пожизненно. Обращает на себя внимание, что при такой устойчивости бреда, не тенденции к расширению круга включенных в него лиц, бред однообразен. Больные эмоционально сохранны, остаются живыми, теплыми и заботливыми по отношению к близким.

Состояние слабоумия (деменции).

- В соответствие с этиологией и патологией деменции делятся на 3 группы:
- Деменция типа Альцгеймера. Это самый распространенный тип деменции.
- Мультиинфарктная деменция. Обусловлена множественными инфарктами в головном мозге.
- Деменции, вызванные другими причинами (инфекции, нарушения обмена веществ).

Лечение деменций.

- Нейролептики, антидепрессанты. Холинэргические препараты (глиатилин), стимуляторы синтеза ацетилхолина (пирацетам), ноотропы, сосудистые препараты, антиагреганты (аспирин, трентал). При нарушениях мозгового кровообращения (церебролизин).
- При проведении фармакотерапии пожилым людям следует соблюдать определенные правила. Следует тщательно изучить имеющиеся психические и соматические заболевания, а также учитывать препараты, которые принимает больной по поводу хронических заболеваний. Особенно важно, чтобы члены семьи сообщили обо всех препаратах, которые принимает больной, так как в силу нарушения памяти, точного сообщения от самих больных ждать нельзя. Взаимодействие лекарств может вызвать как усиление, так и снижение активности препаратов, а иногда и привести к токсическим и аллергическим эффектам. Поэтому лечение должен проводить только специалист!

- Стрессы, например, смерть близких, могут усугубить течение заболевания. При этом используют препараты группы транквилизаторов, такие как Мезапам, Транксен, Грандаксин, Феназепам; также применяют препараты растительного происхождения, такие как экстракты корней Валерианы, травы Пустырника, настойка корней Пиона и др.
- Лечебные мероприятия при атрофических заболеваниях мозга у больного должны ассоциироваться с удовольствием, поэтому в комплекс лечебных мероприятий должна быть включена психотерапия. Следует принимать во внимание, что лечение не должно указывать больному на его неполноценность, а формировать поведенческие реакции, приемлемые в обществе.

- У больных с сенильными психозами, наряду с назначением курса ноотропных препаратов, используют нейролептики (антипсихотические препараты), при нарушениях аффекта назначают антидепрессанты. У лиц пожилого возраста при лечении психозов применяют нейролептики нового поколения в качестве монотерапии со значительным снижением обычно рекомендуемой терапевтической дозы. Используются следующие нейролептики: Азалептин (Лепонекс), Зипрекса (Оланзепин), Рисперидон (Рисполепт), Квеантин (Сероквель), Флорпентиксол (Флюанксол). В случае поведенческих расстройств в качестве корректора поведения назначают Перициазин (Неулептил).
- У больных с выраженным депрессивным аффектом назначают антидепрессанты различных фармакологических групп, учитывая тяжесть состояния больного. В качестве препаратов рекомендуют следующие лекарственные средства: Амитриптилин, Пимозид, Флуоксетин, Сертралин, Пароксетин, Тианептин, Имипрамин. Дозировку, кратность приема определяет только врач-психиатр, который лечит данного конкретного больного.

- Препараты вышеуказанных групп относятся к сильнодействующим веществам, выдаются строго по специальному рецепту и назначаются только врачом-психиатром!
- Важное значение приобретает уход за больными и принципы семейной психотерапии.
- Окружающие больного близкие люди должны знать и помнить о заболевании их родственника и соответственно выработать совместно с лечащим врачом тактику отношений, патронировать пациента в быту.

Спасибо за внимание

