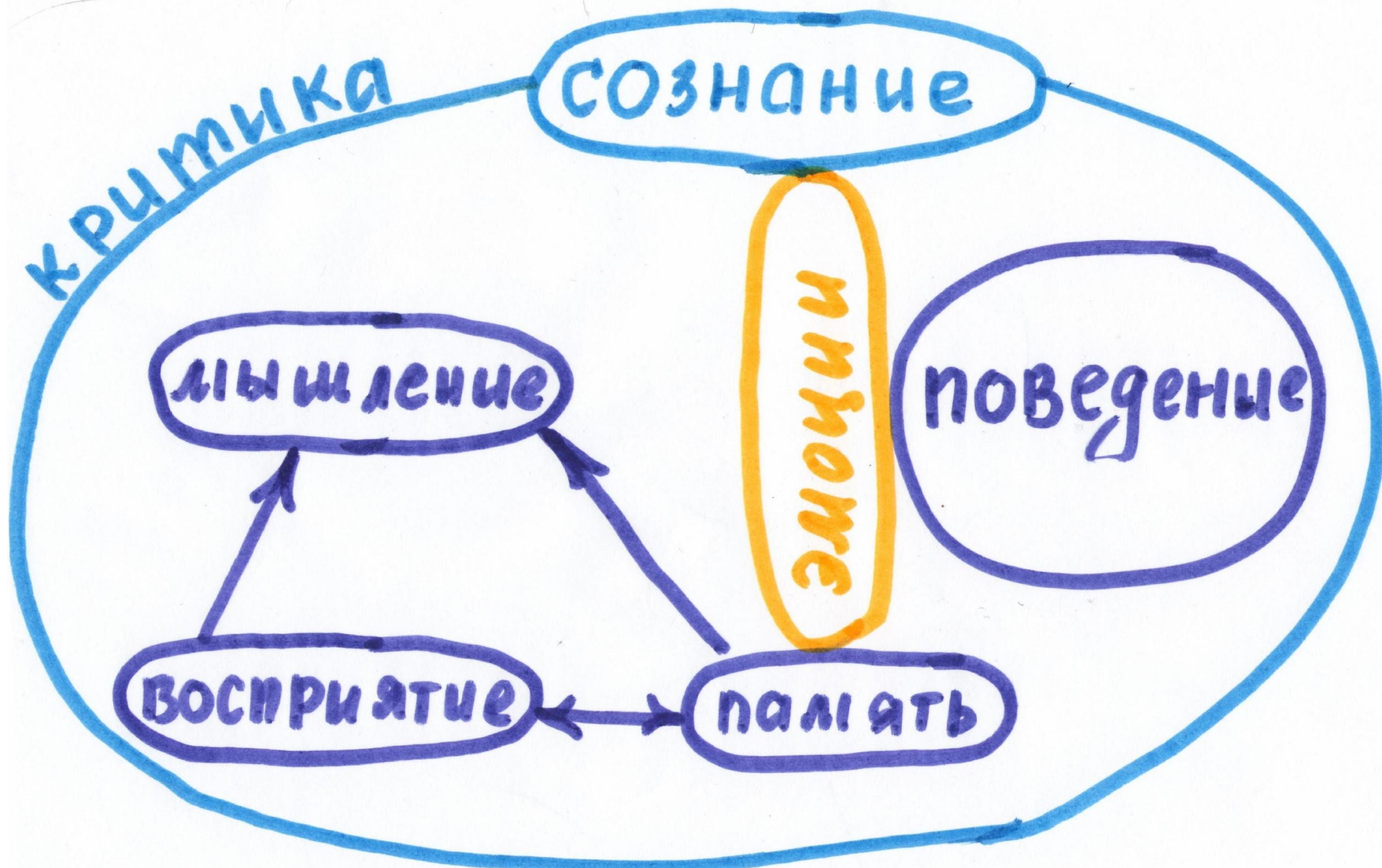


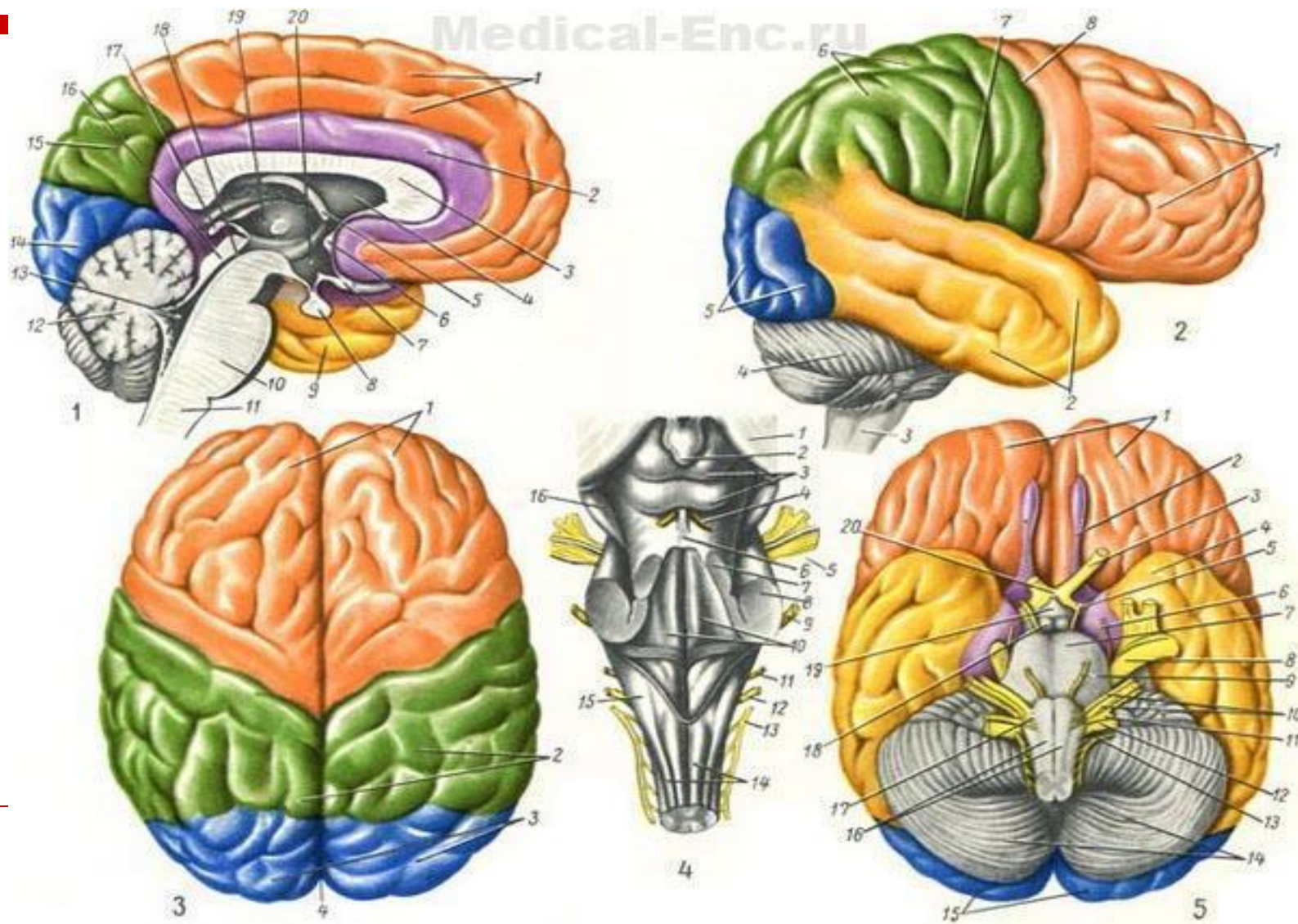
АНАТОМО-ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ БАЗА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

М. А. Березовская
КрасГМУ, кафедра психиатрии
и наркологии с курсом ПО

Блоки психики



Концепция А. Р. Лурия о 3-х блоках мозга



Блоки мозга

- **I блок** – тонуса (все структуры головного мозга, за исключением коры)
- **II блок** – хранение и переработки информации (кора головного мозга, за исключением лобных долей)
- **III блок** – активности (кора лобных долей)

Первый блок – тонуса

- включает неспецифические структуры разных уровней головного мозга:
 - ретикулярную формацию ствола мозга,
 - неспецифические структуры среднего мозга, диэнцефальных отделов,
 - лимбическую систему,
 - медиобазальные отделы коры лобных и височных долей мозга
- регулирует процессы активации: общие генерализованные изменения активации, являющиеся основой различных функциональных состояний, и локальные избирательные изменения активации, необходимые для осуществления жизнедеятельности

Функциональное значение первого блока

- Обеспечение психических функций, прежде всего, общего фона, на котором осуществляются все психические функции, **общего тонуса ЦНС**, необходимого для любой психической деятельности. Этот аспект работы имеет непосредственное отношение к процессам **внимания** – общего, неизбирательного и селективного, а также **сознания** в целом.
- Является непосредственным мозговым субстратом различных **мотивационных и эмоциональных процессов** и состояний. Воспринимает и перерабатывает разную интероцептивную информацию о **состояниях внутренней среды** организма и **регулирует эти состояния** с помощью

Второй блок – приема, переработки и хранения информации

- Включает кору головного мозга без лобных долей, основные анализаторные системы: зрительную, слуховую и кожно-кинестетическую, зоны которых расположены в задних отделах больших полушарий головного мозга
- Обеспечивает переработку поступающей из внешней среды информации и ее хранение

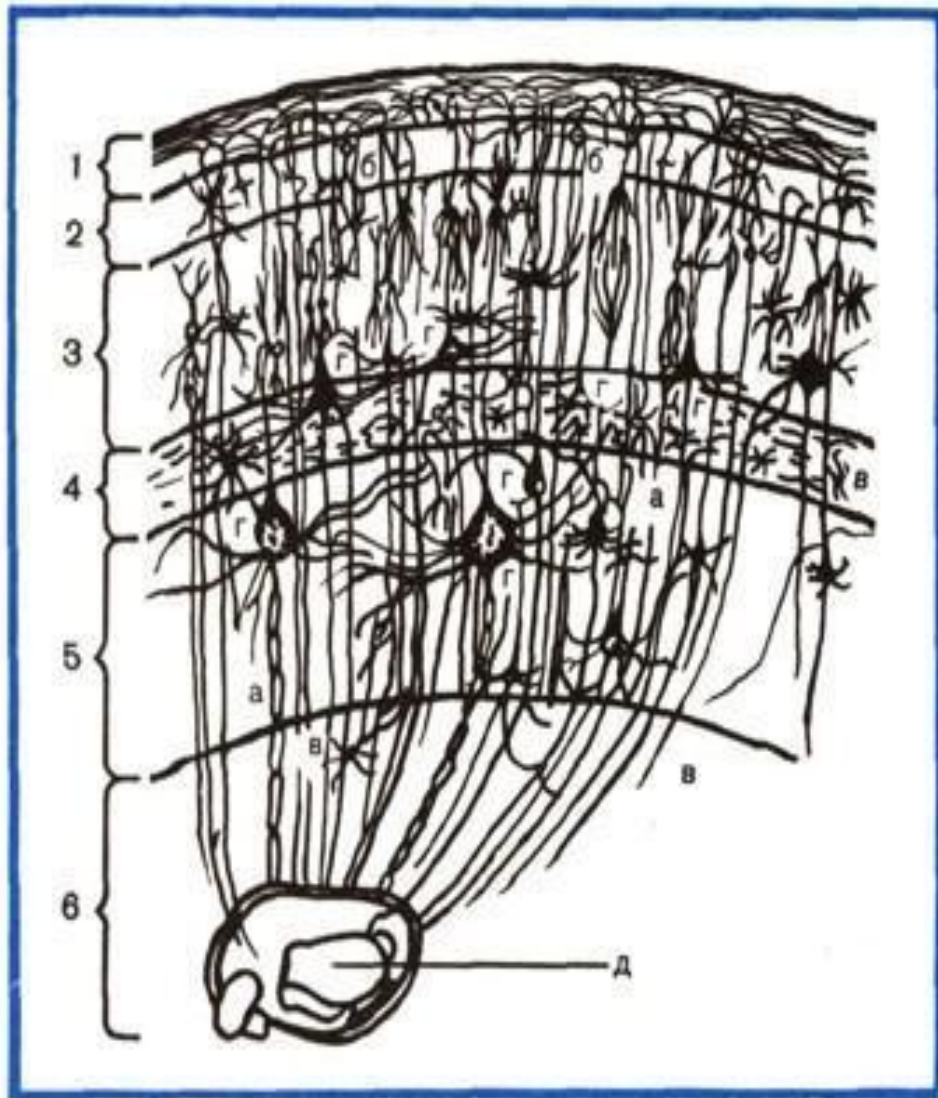
Третий блок – программирования, регуляции и контроля

- Включает моторные, премоторные и префронтальные отделы **коры лобных долей мозга**
- Многочисленные корково-корковые и корково-подкорковые связи конвекситальной коры лобных долей мозга обеспечивают возможности, с одной стороны, переработки и интеграции самой различной информации, а с другой – осуществления различного рода регуляторных влияний. Анатомическое строение третьего блока мозга обуславливает его ведущую роль в программировании замыслов и целей психической деятельности, в ее регуляции и осуществлении контроля за результатами отдельных действий, а также всего поведения в целом.

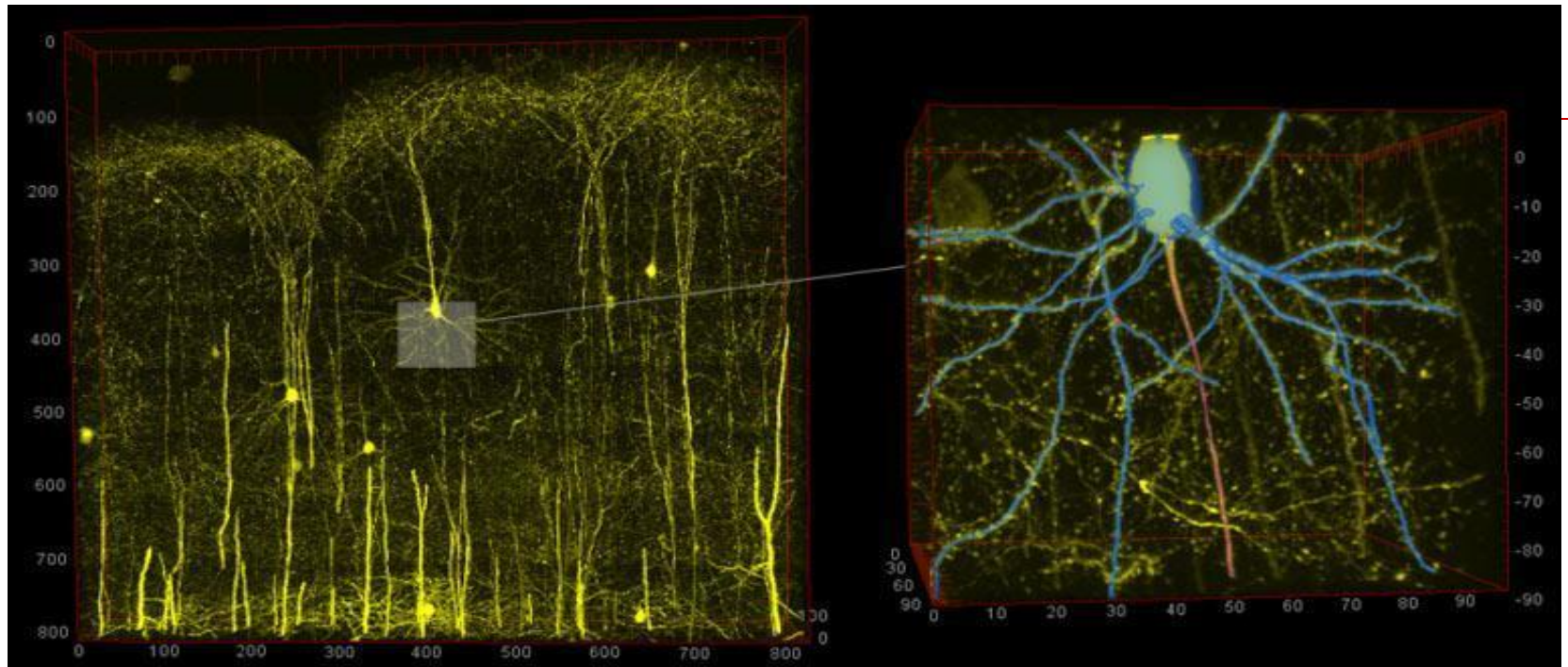
Функциональные зоны коры головного мозга

- Третичная кора
- Вторичная кора
- Первичная кора

*а — аксоны пирамидных клеток;
б — зернистые клетки;
в — аксоны сетевидной системы;
г — пирамидные клетки,
д — подкорковые ядра.*



Первичная кора



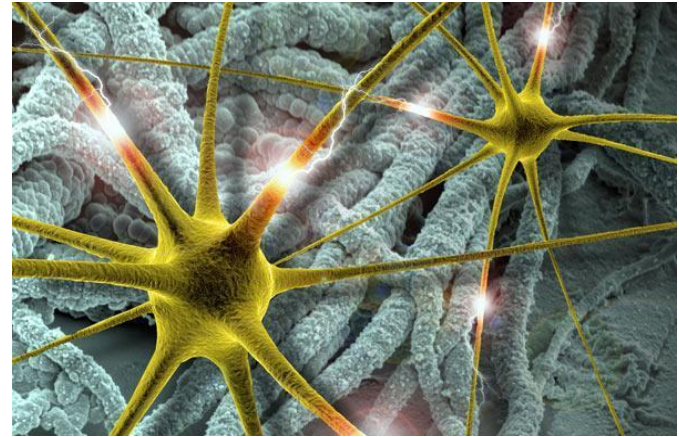
Состоит в основном из средних и больших пирамидальных клеток. Как и все пирамидальные нейроны, гигантские пирамиды длинными апикальными дендритами простираются к поверхности коры вплоть до молекулярного слоя, а базальными дендритами распространяются преимущественно вглубь коры головного мозга.

Вторичная кора

- Состоит в основном из пирамидальных нейронов средней величины
 - Не имеет выхода на периферию
 - С клетками первичной коры связан дендритами
-

Третичная кора

□ Звездчатые клетки отличаются слабым развитием дендритов и мощным развитием аксонов, которые не выходят за пределы поперечника коры и охватывают своими разветвлениями группы пирамидных клеток



□ Звездчатые клетки выполняют роль воспринимающих и синхронизирующих элементов, способных координировать (одновременно тормозить или возбуждать) пространственно близкие группы пирамидных нейронов

Уровни поражения

- Висцеральная патология
 - Вертебро-висцеральная патология
 - Вертебро-церебральная патология
 - Церебральная патология:
симптомы раздражения и
разрушения,
локальные и общемозговые
-

-
- Симптомы общемозгового раздражения – нарушения сознания
 - Симптомы разрушения – грубая неврология, грубые интеллектуальные расстройства
 - Локальное раздражение – извращение функции
 - Локальное разрушение – выпадение функции
-

Извращение функций

- Связаны с нарушением тонуса сосудов
 - Связаны с отеком клеток
 - Связаны с необратимыми изменениями (спайки, склероз)
-

Общие принципы диагностики

- Этиологический
 - Клинический
 - Патогенетический
-

Варианты течения болезни

- Болезнь заканчивается выздоровлением
 - Болезнь заканчивается летально
 - Болезнь периодически возвращается
-

Законы течения болезни

- Если начало острое – быстрое выздоровление или летальный исход
 - Если начало медленное – риск летального исхода относительно
 - С каждым новым этапом увеличивается значение внутренних механизмов самоусложнения
 - Через 5 лет болезнь становится малокурабельной и обратное развитие маловероятно
-

Группы психических заболеваний

- Психогенные
 - Органические
 - Эндогенные
-

Психогении

(«болезни от неприятности»)

- этиологическим фактором выступает микросоциальный конфликт, психотравма – взаимодействие личности с неприемлемой для нее ситуацией в системе отношений
 - в биологической структуре мозга изменений нет
-

Критерии психогенного расстройства

- развитию расстройств предшествует **психотравма**, т.е. имеется хронологическая связь причины и психического расстройства;
- в болезненных переживаниях эта **психотравма** отражается, т.е. причина должна быть четкая, привязка к причине быстрая и логическая;
- после **прекращения** действия ~~психотравмирующего фактора или его~~ **дезактуализации** болезнь прекращается

Органические заболевания головного мозга

имеет место биологическое
воздействие на мозг (экзогенное,
соматогенное) со **структурным
повреждением** ткани мозга

Органические расстройства

- заболевание возникает на фоне воздействия вредности;
 - тяжесть расстройства зависит от силы и характера повреждающего фактора;
 - течение болезни также зависит от силы и характера воздействия повреждающего фактора
-

Эндогенные заболевания

- Отсутствие психотравмирующей ситуации либо повреждающего фактора
 - Нет структурной основы
 - Течение и исход заболевания не зависят от действия вредностей, болезнь протекает по своим внутренним законам
-

Основные понятия

- Симптом – признак болезни
 - Синдром – закономерное сочетание синдромов
 - Болезнь – закономерная смена синдромов
 - Состояние – набор статических признаков
-

Группы симптомов

- **Продуктивные** – обозначают признаки патологической продукции психической деятельности. Это динамичные образования, указывают на активное течение болезненного процесса, относительно мало специфичны для того или иного заболевания.
- **Негативные** - признаки обратимого или стойкого прогрессирующего, стационарного или регрессирующего ущерба, выпадения, изъятия, дефекта того или иного психического процесса. Определяют выраженность инвалидизации, т.е. тяжесть разрушения. Они стабильны, малокурабельны, могут только нарастать. Эти симптомы более специфичны.

Клиническая психопатология

Психопатология — это раздел психиатрии, цель которого — изучение общих закономерностей и природы психических расстройств

Исследование психического состояния, т.е. оценка психопатологической картины, представляет собой сложный процесс — от оценки явных признаков до познания сущности расстройства, которое не может быть воспринято непосредственно, а определяется в результате наблюдения и обобщения признаков и построения на этой основе

Непсихотические синдромы

- адекватность психических реакций реальности по содержанию, но часто неадекватная заостренность по силе и частоте в связи с тем, что резко изменяется чувствительность, реактивность, и поводом для реакции становятся малозначащие по силе, частоте и т.д. ситуации;
 - сохранение критики, но нередко утрированной, сенситивно заостренной;
 - ограничение способности регулировать свое поведение в соответствии с ситуационной зависимостью психопатологических проявлений.
-

Психотические расстройства

- Грубая дезинтеграция психики – неадекватность психических реакций и отражательной деятельности процессам, явлениям, событиям, ситуации;
 - Исчезновение критики – невозможность осмысления происходящего, реальной ситуации и своего места в ней;
 - Исчезновение способности произвольно руководить собой, своими действиями, своим поведением. Возникают неадекватные реакции на события, на ситуации и на самого себя.
-

Патокинез и патогенез синдромов

Закономерность смены синдромов позволяет судить:

- о нозологической принадлежности заболевания
 - о прогрессивности или регрессивности течения болезни
 - о локализации патологического процесса
-

Варианты смены синдромов

фиксационная амнезия с
конфабуляциями и
псевдореминисценциями

прогрессирующая амнезия

афазия (амнестическая,
сенсорная, моторная)

Варианты смены синдромов

обсессии, ментизм

симптомы овладения (с-м
Кандинского-Клерамбо)

парафрения

Варианты смены синдромов

синдром инсценировки

острый фантастический бред

онейроидное состояние

Варианты локализации процесса

- Конвекситальная поверхность лобных долей – апатия, вялость, аспонтанность
 - Орбитальная поверхность лобных долей коры головного мозга – развитие псевдопаралитического синдрома, нарушение морально-этических установок, сексуальная расторможенность, пуэрильная эйфория, потеря критики
-

Алгоритм диагностики

- Выявление симптомов и оценка психического статуса
 - Формирование предположения о нозологической принадлежности расстройств
 - Поиск признаков, подтверждающих или опровергающих наши предположения
 - Заключительный вывод
-

Специфичность синдромов

Основная задача общей психопатологии – решение вопроса о специфичности синдромов, исследование причин, обуславливающих их развитие и изменение под влиянием различных факторов

Специфичность синдромов

- Возрастная специфичность
 - Нозологическая специфичность
-

Возрастной аспект

- **Детский возраст** – страхи, бредоподобные фантазии, отсутствие типичных сочетаний симптомов;
 - **Пубертатный период** – крайняя незавершенность и полиморфизм синдромов;
 - **Поздний возраст** – преобладание бредовых синдромов ущерба, сутяжничества
-

Возрастные особенности при экзогенных типах реакций:

- **В младенчестве** основной формой реакции на вредный фактор является судорожный синдром;
 - **В детском возрасте** — эпилептиформные состояния;
 - **В зрелом возрасте** — вербальный галлюциноз, делирий;
 - **В старческом** — abortивные виды делириозных состояний
-

Нозологическая специфичность

Астенические расстройства
Аффективные расстройства
Галлюцинаторно-параноидные
Эпилептоидные состояния
Дисмнестические расстройства

специфичность

неспецифичность

Психозы на почве грубоорганических поражений головного мозга

Тотальное паралитическое слабоумие, псевдопаралитическое состояние, органический симптомокомплекс, парциальное (дисмнестическое) слабоумие, амнестический (корсаковский) синдром

Генуинная эпилепсия

Эпилептические припадки
дисмнезии

Симптоматические психозы

Делирий, аменция, сумеречное помрачение сознания,
оглушение, истинный вербальный галлюциноз

Группа шизофрении

Синдромы гебефренический, кататонический
(возбуждение – ступор), кататононевроидный,
парафренический, параноидный, паранойяльный

Маниакально-депрессивный психоз

Синдромы
маниакальный,
депрессивный

Неврозы
астенические,
истерические явления
навязчивости,
психопатические и
психопатоподобные
состояния

Предпочтительность расстройств

Астения

Астения – бессилие,
несобранность
(По Е. Краепелин)

Астенический синдром **(«астеническая триада»)**

- Повышенная психическая и физическая истощаемость (собственно астения)
 - Висцеро-вегетативные расстройства
 - Нарушения сна
-

Клинические формы(стадии)

- гиперстеническая
 - раздражительной слабости
 - гипостеническая
-

Этиологические формы астении

Астенический синдром может быть связан

- с усталостью
 - с дефицитарностью мозга
 - с эндогенным заболеванием
-

Дифференциальный диагноз с утомлением

Признак	Утомление	Астения
Длительность нагрузки	12-14 часов в сутки	6-8 часов в сутки
Время появления	В одно и то же время	С каждым днем все раньше
Реакция на 10 ч. сна	Проходит	Сохраняется
Реакция на отдых	Проходит	Сохраняется

Для астении при органическом поражении головного мозга (травма, энцефалит, алкоголизм и т.д.) характерны:

- массивные и застывшие вегетативные реакции;
 - пароксизмальность и асимметрия этих вегетативных расстройств;
 - крайне устойчивые головные боли (распирающие изнутри);
 - быстрая физическая утомляемость, истощаемость;
 - пароксизмальность страха, тревоги, дисфории и т. д.
-

Астения при шизофрении

- вегетативные проявления, истощаемость, отвлекаемость **отсутствуют**;
 - легко появляются **нарушения мышления** при незначительном умственном напряжении («разговор ни о чем»);
 - **монотонность и однообразие** эмоциональных нарушений;
 - постоянная **дисфорическая окраска** настроения
-

Психоорганический синдром

Триада Вальтер-Бюэля:

- *Снижение памяти (по закону Рибо)*
 - *Ослабление понимания, т.е. снижение способности к абстрагированию*
 - *Недержание аффекта, т.е. эмоциональная лабильность*
-

Стадии психоорганического синдрома:

- **ПЕРВАЯ СТАДИЯ – АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИХ** расстройств, которые при обычном осмотре не выявляются, нужно проводить психологическое обследование. Патология определяется в сфере эмоций и вегетативных функций.
- **ВТОРАЯ СТАДИЯ – ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ПСИХОПАТИЧЕСКАЯ)** – психические расстройства проявляются в сфере поведения и осмысления, понимания.
- **ТРЕТЬЯ СТАДИЯ – ДЕМЕНЦИИ**, выявляются ведущие расстройства, т.е. нарушения памяти и абстрагирования

Дисфренический синдром

ТРИАДА ОСТАНКОВА:

- расстройства в эмоциональной (равнодушие, неадекватность)
 - расстройства в волевой (пассивность, парамимии, парапраксии)
 - расстройства в ассоциативной сферах психической деятельности
-

Дисфренический синдром

- Схизис
 - Аутизм
 - Эмоциональное
однообразие
-