**Психические болезни в предстарческом и старческом возрасте.**

**Патогенетические механизмы инволюционных психозов изучены недостаточно. Предполагают, что эндокринные и метаболические изменения в человеческом организме, происходящие в климактерическом периоде жизни на фоне психологических проблем у больных, способствуют возникновению психических нарушений без признаков органического поражения головного мозга**. Возникновению заболевания также способствуют аутоинтоксикации. Различают инволюционную депрессию, инволюционный параноид и инволюционную истерию.

**Инволюционная депрессия**

*Эта форма инволюционного психоза встречается чаще других. У больных наблюдается устойчивое снижение настроения, на фоне которого появляется тревога с ожиданием каких-либо несчастий (в рамках бытовых ситуаций), переживанием одиночества (даже при постоянном общении с членами семьи), тоскливо-тревожным ожиданием собственного тяжёлого заболевания с обилием ипохондрических жалоб*. Нередко клиническая картина утяжеляется затяжными и мучительными сенестопатиями и формированием нигилистического бреда Котара. Он проявляется утверждениями о гибели семьи, катастрофы с городом, страной, гниением и распадом собственного тела, которое обречено на вечные мучения. *Могут появиться бредовые идеи самообвинения, самоуничтожения, которые во многом связаны с реальными событиями в жизни пациентов. Переживания больных носят чрезвычайно тревожный характер, сопровождаются двигательным беспокойством*. Больные суетливы, растерянны, требуют наказать их, совершают суицидальные попытки. Беспокойство усиливается при смене обстановки, местонахождения, при переводе в другую палату. Часто больные причитают и просят о помощи, находясь без внимания, но при попытке побеседовать с ним - сразу умолкают; а стоит только отойти от них - снова начинают причитать (симптом Клейста). Может наблюдаться иллюзорное восприятие окружающего. *Родные кажутся больному чужими людьми, которые лишь маскируются под близких*.

В благоприятных случаях инволюционная депрессия продолжается несколько месяцев и может закончиться выздоровлением . Но нередко она принимает затяжное течение.

**Инволюционный параноид**

*Начинается постепенно с развития стойких бредовых идей. Обычно бредовые идеи, высказываемые пациентами, носят конкретный, бытовой сюжет*. Такой бред называют "*бредом малого размаха*" или "*бредом обыденных отношений*". Больные высказывают обвинения в адрес родственников и соседей, что те хотят их погубить (специально портят еду, электропроводку, газовые коммуникации), чтобы занять их жилплощадь. *Супругов они обвиняют в изменах, бредовым образом трактуя любые ситуации*. В связи с такими переживаниями больные обращаются в милицию, баррикадируют двери, занавешивают окна, хранят под замком свои продукты питания. Они склонны "*сражаться с врагами до победного конца*" и проявляют в соответствии с бредом жёсткую линию поведения. В круг мнимых недоброжелателей вовлекаются всё новые и новые люди. *Прогрессирование заболевания может сопровождаться появлением слуховых и обонятельных галлюцинаций*. Течение болезни чаще длительное, хроническое.

**Инволюционная истерия**

*Это относительно лёгкая форма психических нарушений в климактерическом периоде. Она проявляется комплексом невротических расстройств с преобладанием истерической симптоматики: эмоциональной лабильностью, капризностью, слезливостью, демонстративным поведением*. Часто встречаются ипохондрические жалобы. При волнении у больных появляются спазмы в горле, тошнота, иногда рвота. Реже наблюдаются истерические парезы и параличи, расстройства чувствительности, истерические припадки. *Заболевание обычно заканчивается постепенным выздоровлением*.

Лечение инволюционных психозов от их формы и длительности течения. При инволюционной депрессии назначают антидепрессанты: *мелипрамин, тизерцин, амитриптилин, пиразидол*. В тяжёлых случаях бывает эффективна электросудорожная терапия. Показано подкожное введение кислорода.

Особенно важно правильно организовать уход и надзор за пациентом, учитывая возможность суицида.

При лечении инволюционного параноида назначают дозы нейролептиков: *трифтазин, галоперидол, мажептил*.

При инволюционной истерии назначают транквилизаторы: *седуксен, элениум, феназепам*. Обязательна психотерапия.

Во всех случаях проводят комплексную общеукрепляющую терапию. Назначают *витамины С, Е, А, глютамевит, декамевит, ноотропы*.

**Группа заболеваний, возникающих вследствие атрофических процессов в корковых и подкорковых структурах головного мозга у больных в возрасте 45-50 лет, приводит к развитию инволюционной деменции. Это болезни Пика, Альцгеймера, Крейтцфельдта-Якоба и хорея Гентингтона**.

**Болезнь Пика**

*Это заболевание характеризуется прогрессирующим слабоумием в силу атрофии преимущественно лобных и височных отделов коры головного мозга*. В начале болезни обнаруживаются изменения личности, носящие разные оттенки в зависимости от локализации атрофического процесса.

При поражении наружной поверхности лобных долей у больных наблюдаются вялость, апатия, сужение круга интересов, неожиданные неадекватные поступки.

*При атрофии в орбитальной области коры мозга более выражены расстройства морально-этических установок личности, расторможенность влечений на фоне эйфории и снижения критического отношения к своему поведению*. Эпизодически у пациентов наблюдаются извращения влечений в виде клептомании, пиромании, сексуальных девиаций.

Постепенно у больных нарастают расстройства речи в виде персевераций (многократного повторения слов, фраз), эхолалии, исчезновения способности к спонтанным высказываниям. Появляются и нарастают расстройства по типу амнестической афазии с невозможностью дать характеристики предметам. Уменьшается словарный запас вплоть до наступления мутизма. *Возникают явления агнозии и апраксии. Мимика больных становится скудной, невыразительной, доходя до выраженной амимии*. За 5-7 лет течения болезни Пика развивается картина глубокого маразма.

**Болезнь Альцгеймера**

*Атрофический процесс при данном заболевании преобладает в теменных и височных областях коры головного мозга*.

Проявления заболевания обычно начинаются с нарастания расстройств памяти, нарушений ориентировки в пространстве, явлений апраксии. *Подобного рода нарушения при сохранности критической самооценки порождают у больных чувство растерянности, недоумения, снижения настроения*.

Постепенно нарастает расстройство письменной речи вплоть до алексии и агрофии. В устной речи появляются расстройства по типу сенсорной афазии. Появляются и усиливаются проявления дизартрии, и речь постепенно становится всё более непонятной. *Наблюдается постепенная утрата накопленных знаний и навыков, распад мыслительных операций*.

На этом фоне иногда наблюдаются тревожно-депрессивные состояния, острая речевая спутанность, бредовые идеи, эпилептические припадки. *В конечной стадии слабоумие сопровождается растормаживанием примитивных рефлексов в виде оральных автоматизмов*.

**Болезнь Крейтцфельдта-Якоба**

*Дегенерация нейронов при данном заболевании происходит в коре лобных, височной долей, мозжечке и подкорковых ядрах*. Деменция прогрессирует крайне злокачественно (до 6 месяцев) и носит тотальный характер. Она сопровождается *дизартрией, миоклониями, экстрапирамидными нарушениями и резким снижением веса тела*.

**Хорея Гентингтона**

*Атрофические процессы при этой болезни захватывают преимущественно лобные доли головного мозга*. В начале заболевания появляются гиперкинезы (хорея), постепенно падает активность, инициативность, способность к планированию и последовательным действиям. *На фоне нарастающей интеллектуальной недостаточности отмечается депрессивный фон настроения с раздражительностью, плаксивостью, с суицидальными тенденциями*. Деменция прогрессирует относительно медленно.

**Психические нарушения возникают в возрасте 65-70 лет вследствие атрофических процессов в нейронах головного мозга. Этому способствуют психотравмирующие ситуации, перенесённые инфекции, тяжёлые соматические заболевания**.

**В начальной стадии** - *постепенно замедляется темп психических процессов, снижается психическая активность, медленно прогрессируют личностные изменения*. Заостряются черты характера. Нарастает неприятие всего нового, консерватизм. Больные начинают восхвалять прошлое и постоянно к нему возвращаться в воспоминаниях. Они становятся раздражительными, ворчливыми, склонными к постоянным поучениям, упрямыми и поучительными. *Ослабевают душевные привязанности к близким и способность к сопереживанию, при этом нарастает слабодушие*. Снижается спектр эмоциональных реакций.

Параллельно с нарастанием изменений личности возникают и утяжеляются дефекты памяти. *В первое время пациенты затрудняются воспроизводить имена, даты, терминологию, затем с трудом припоминают недавние факты, постепенно забывая всё более отдалённые события*. Развивается фиксационная амнезия с конфабуляциями (Корсаковский синдром).

**В стадии деменции** - *обнаруживается и прогрессирует снижение интеллектуальной деятельности*. Утрачиваются многие приобретённые в процессе жизни навыки. Возникает амнестическая дезориентировка во времени и пространстве, ложное узнавание в окружающих своих живых и умерших родственников, людей, которых они встречали в молодости. Больные перестают узнавать себя в зеркале, принимая отражение за постороннего человека. Возникает феномен "жизни в прошлом" при котором пациенты, считая себя молодыми, строят отношения с окружающими, используя искажённую фабулу событий собственной молодости. При этом они деловиты, суетливы и неадекватно активны. *Постепенно нарастают агнозия, афазия и апраксия, очаговая неврологическая симптоматика, расстройства сна и кахексии*.

На первое место в клинической картине могут выходить и аффективные нарушения *в виде депрессивного синдрома с нелепым ипохондрическим бредом, идеями самообвинения и бредом Котара*.

Завершает развитие старческого психоза стадия физического и психического *маразма*. Больные утрачивают все навыки, прожорливы, неопрятны в постели. Большую часть времени они лежат в эмбриональной позе: ноги резко согнуты в коленных суставах, руки скрещены на груди. Речь почти полностью отсутствует. В этой стадии у больных часто возникают пролежни, сепсис, пневмония, и они могут погибнуть от присоединившейся инфекции.

Для диагностики психических заболеваний пожилого и старческого возраста, помимо клинических данных, чрезвычайно важными являются *нейропсихологические исследования состояния высших психических функций, патопсихологическое изучение психических процессов, а также выявление структуры и функционирования интеллекта пациентов в целом*.

Лечение

Лечение больных с пресенильными и сенильными деменциями сводится к организации квалифицированного ухода за ними и проведению симптоматической и общеукрепляющей терапии. Необходимо оберегать их от различных *соматических осложнений, регулярно осуществлять гигиенические мероприятия, проводить профилактику пролежней*. При наличии возбуждения и психотических симптомов устанавливают наблюдение за пациентом и назначают *нейролептики в небольших дозах*. На ранних этапах развития болезни положительный эффект оказывают ноотропы - *пирацетам, аминолон, энцефабол*.

З