Психомоторное возбуждение

**Психомоторное возбуждение**– это состояние патологической двигательной и психической активности, характеризующееся нецеленаправленностью действий, чрезмерной речевой продукцией и [аффективными расстройствами](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/affective-disorder). Распространенными симптомами являются суетливость, стремление сбежать, нанести вред себе и окружающим. Больные кричат, тревожны, агрессивны, озлобленны или неадекватно веселы. Критика к своему состоянию отсутствует. Диагностика проводится психиатром, выполняется методом наблюдения, опроса. Лечение медикаментозное (нейролептики, бензодиазепины).

Общие сведения

Психомоторное возбуждение – синдром, который проявляется на двух уровнях. Параллельно нарастают хаотичность и скорость движений и психических процессов (эмоций, мыслей, речи). Расстройство проявляется в остром периоде некоторых неврологических и психических заболеваний, иных состояний, может протекать изолированно или в сочетании с бредовыми, галлюцинаторными, депрессивными симптомами. Полиэтиологичность патологии не позволяет отследить общую распространенность. Например, при туберкулезе данный симптом наблюдается у 16,7% больных.

Причины

Психомоторное возбуждение является симптомом острого периода заболевания. В его основе лежит органическое поражение головного мозга или тяжелое психогенное воздействие, изменяющее функциональность центральной нервной системы. Этиология определяет наличие дополнительных симптомов, тактику лечения пациента после купирования острого состояния. Возможные причины:

[**Реактивный психоз**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/reactive-psychosis)**.** Двигательное и психическое беспокойство формируется в рамках острой реакции на стресс. Симптом проявляется сразу после психотравмирующей ситуации, может выражаться как монотонным возбуждением с нечленораздельной речью, так и паническим состоянием с попытками [самоповреждения](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/self-injurious-behavior), [суицида](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/suicide).

**Эндогенные психические расстройства.** В состоянии патологического возбуждения периодически пребывают пациенты с приступообразной и рекуррентной [шизофренией](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/schizophrenia). Также причиной может стать [биполярное аффективное расстройство](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/manic-depression): при депрессивном психозе больные мечутся и стонут от отчаяния, при маниакальном эпизоде – гиперактивны, гневливы, веселы.

**Органические поражения ЦНС.** Психомоторное возбуждение присутствует при [травмах мозга](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/brain-injury), височной эпилепсии, [деменциях](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/dementia), гипоксических повреждениях мозга. Может развиваться с ясным или помраченным сознанием, сопровождаться галлюцинациями, бредом, вегетативными симптомами.

**Интоксикации.** Острые и хронические отравления организма могут протекать с двигательным беспокойством и эмоциональным возбуждением. Расстройство провоцируется употреблением алкоголя, наркотиков ([опиатов](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/narcologic/opium-addiction), галлюциногенов, [ЛСД](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/narcologic/LSD-abuse)) и некоторых лекарств.

**Острые стадии инфекций.** Причиной патологически высокого возбуждения может стать непосредственное поражение ЦНС вирусами или бактериями, отравление продуктами их обмена. Симптом диагностируется при клещевом [вирусном энцефалите](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/viral-encephalitis), менингококковом менингоэнцефалите, [туберкулезе](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/tuberculosis).

Патогенез

В основе психомоторного возбуждения лежит дисбаланс обмена веществ, нарушение нейрорефлекторных механизмов регуляции, аутоиммунные реакции, токсические, травматические и ишемические изменения нервной передачи. Патогенез определяется заболеванием, спровоцировавшим симптом. Общими для всех случаев являются два процесса: повышение возбудимости и снижение тормозного контроля ЦНС.

Высокая возбудимость бывает обусловлена изменением свойств мембраны нервной клетки и увеличением ее деполяризации. Такие сдвиги характерны для интоксикаций, острого стресса, цереброваскулярных нарушений. Второй патологический механизм – дисфункция калий-натриевого насоса нейронов. Третий – механическое раздражение нервных клеток рубцовой или опухолевой тканью.

Снижение тормозной функции нейронов часто связано с недостаточной активностью ГАМКергических синапсов. Оно наблюдается на фоне истощения тормозных нейромодуляторов и нейротрансмиттеров (норадреналина, серотонина, ГАМК), ишемического дефицита функциональности тормозных интернейронов, угнетения активности нейронов возвратного торможения в зонах денервации.

Симптомы психомоторного возбуждения

В зависимости от синдрома, ставшего основой данного состояния, выделяют несколько вариантов его клинического течения. При галлюцинаторно-бредовом возбуждении движения больного порывистые, возможны угрожающие или защитные жесты и действия. Внимание суженное, сосредоточенное на возникающих образах и идеях. Преобладают эмоции гнева, озлобленности, подозрительности. Мимика изменчива, речь представлена несвязными обрывочными фразами.

Кататонический вариант психомоторного возбуждения проявляется вычурностью поведения, [манерничаньем](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/mannerism), импульсивными действиями пациента. Движения раскоординированные либо ритмичные, однообразные. Такое состояние характерно для шизофрении и шизофреноподобных синдромов. Дисфорическое возбуждение проявляется негативным аффектом. Пациенты напряжены, угрюмы, мрачны. Двигательная активность реализуется нападками на окружающих, провокациями драк.

Больные с [гебефреническим возбуждением](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/hebephrenic-syndrome) дурашливы, эмоционально неустойчивы, необоснованно веселы, иногда озлобленны. Их моторика отличается бессмысленными порывистыми жестами и действиями, носящими [агрессивный характер](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/psycho-emotional/aggressivity). Маниакальная форма проявляется повышенным настроением, непоследовательностью поступков, ассоциативностью мышления. Пациенты стремятся к активным действиям, но остаются нецеленаправленными.

Психомоторное возбуждение тревожного типа сопровождает [депрессивные расстройства](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/depression). Его основные симптомы – [беспокойство](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/psycho-emotional/anxiety), бесцельное хождение, раскачивание туловища, стереотипные движения (потирание рук, теребление одежды). В речи присутствуют стоны, звучные вздохи, обрывочные слова. При усилении тревоги больные проявляют ауто- и гетероагрессию, кричат, мечутся.

При эпилептиморфном возбуждении преобладают аффективно-двигательные симптомы – метание по комнате, переживание страха и паники, стремление убежать. При попытке препятствовать действиям больного вспыхивает агрессия. Возможны [галлюцинации](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/hallucination), бред, [дезориентация](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/disorientation) в пространстве и времени. При [олигофрении](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/oligophrenia) наблюдается эретическое беспокойство с действиями разрушающего характера, криками.

Психомоторное возбуждение психогенного происхождения сопровождается сужением сознания, концентрацией на травмирующих событиях. Больные находятся в паническом состоянии, бессмысленно мечутся, испытывают неуправляемый страх. При психопатическом варианте расстройства наблюдается повышенная аффективная вспыльчивость: пациенты кричат, бранятся, направляют агрессию на лиц, с которыми возник конфликт. Реже их неуправляемая двигательная активность направляется на самих себя.

Осложнения

Неадекватная помощь больному – оставление его без надлежащего наблюдения и контроля, недооценка опасности психомоторного возбуждения, отказ от вызова бригады скорой помощи, пренебрежение физическим удержанием повышают риск нанесения вреда пациентом самому себе либо окружающим. Возбужденное состояние становится причиной травм с последующей инвалидизацией, спонтанных суицидальных попыток со смертельным исходом, насилия над другими людьми.

Диагностика

Психомоторное возбуждение первично диагностируется персоналом бригады неотложной медицинской помощи, а затем [врачом-психиатром](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychiatric-consultation/psychiatrist). Обычно определение такого состояния не представляет особых трудностей. Задача специалистов – оценить степень возможной агрессии пациента, установить причину возбуждения. После устранения острых симптомов проводится дифференциальная диагностика ведущего этиологического фактора. Первичное обследование больного включает:

**Наблюдение.** Патологическая двигательная активность проявляется суетливостью, стереотипными движениями, хаотичными жестами. Наиболее выраженная симптоматика – метания по кабинету или палате, удары о стену (кулаками, головой), агрессивные нападки на персонал. Моторные проявления сопровождаются стонами, криками, сильным аффектом – страхом, гневом, смехом.

**Опрос.** Выраженное психомоторное возбуждение пациента мешает врачу провести опрос, но при легких и умеренных симптомах применяется короткая беседа, направленная на установление причин состояния – интоксикации, ЧМТ, психического расстройства. По возможности опрашиваются члены семьи больного, лица, находившиеся рядом в момент начала беспокойного поведения.

**Осмотр.** Оценка физического состояния может указать на наличие черепно-мозговых травм, следов от введения наркотических средств, запах алкоголя. Осмотр необходим для установления причины возбужденного состояния и определения необходимости оказания неотложной помощи.

Лечение психомоторного возбуждения

Психическое и двигательное беспокойство на высоте проявления утрачивает этиологические признаки и требует быстрой симптоматической терапии. Помощь пациенту нацелена на купирование возбуждения, предупреждение его возможных неблагоприятных воздействий. Обычно она проводится в три этапа:

**Уход и надзор.** До прибытия скорой и полиции проводятся мероприятия, обеспечивающие безопасность пациента и окружающих его людей. Из помещения выводят всех посторонних либо изолируют больного в отдельную комнату. Его осматривают, исключают наличие потенциально опасных предметов, организуют надзор, принимают меры по предупреждению возможного бегства. Если сознание остается ясным, проводят успокаивающую беседу.

**Фиксация.** Сильное психомоторное возбуждение и невозможность установить с больным продуктивный контакт являются основанием для применения мер физического удержания. Пациента укладывают на спину или усаживают на стул, фиксируют крупные суставы повязками, удерживают в таком состоянии до приезда врачей или до начала действия лекарств.

[**Медикаментозное лечение**](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/mental-sphere/drug-therapy)**.** Для купирования возбуждения на догоспитальном этапе применяются типичные нейролептики в комплексе с бензодиазепинами или без них. В стационаре отделения психиатрии чаще назначается парентеральное введение атипичных антипсихотиков, не провоцирующих экстрапирамидные и холинолитические побочные эффекты. Если возможно, проводится внутривенное вливание антипсихотического препарата, так как внутримышечные инъекции задерживают действие лекарства.

Прогноз и профилактика

Психомоторное возбуждение успешно купируется при помощи медикаментов. При правильном лечении основного заболевания прогноз благоприятный. Профилактические меры включают отмену приема наркотических веществ и алкоголя, при наличии инфекционных, психических или неврологических заболеваний – регулярное наблюдение у врача и выполнение его лечебных рекомендаций.