

- **Лекція 5. Сучасний стан вчення про симптоматичні психічні розлади. Класифікація та клініка симптоматичних розладів з позицій МКХ -10**

Кафедра психіатрії,
наркології та медичної
психології ПДМУ



Поняття «психосоматичне захворювання»

- Поняття «психосоматичне захворювання» вперше використав у 1818 р. німецький психіатр І. Гейнрот (J. Heinroth) в одній зі своїх публічних лекцій. Десять років по тому М. Якобі ввів поняття «соматопсихічне» як протилежне і водночас доповнююче щодо поняття «психосоматичне». Новаліс (Novalis) створив своєрідну психофізіологію, яка являє собою вчення про хворобу, що інтуїтивно об'єднує тіло, душу і дух індивідуума.
- Значний внесок у розробку підходів до патогенетичної терапії, соматопсихічної та психосоматичної патології зробили своїми працями Д.Д. Плетньов (1927), В.М. Бехтерєв (1928), А.Д. Епштейн (1936), незважаючи на те, що клінічні описи й спроби проведення терапії з позицій психіатрії були й раніше. Ці автори неодноразово підкреслювали, що розподіл у медицині психіки й соми не тільки нереальний, але й шкідливий.

Психосоматичні розлади – симптоми і синдроми порушень соматичної сфери (різних органів і систем), зумовлені індивідуально-психологічними особливостями людини і пов'язані зі стереотипами її поведінки, реакціями на стрес і способами переробки внутрішньо-особистісного конфлікту.





Кожному соматичному (в широкому розумінні) захворюванню властиві свої особливості перебігу гострих симптоматичних психозів. Гострі психотичні стани при грипі, малярії, ревматизмі проявляються картинами делірію, присмерковим потьмаренням свідомості, епілептиформним і тоскно-тривожним збудженням.

При гострому розвитку серцево-судинної недостатності (інфаркт міокарда, стан після операції на серці та ін.) можуть виникати короточасні розлади свідомості - оглушення, обнубіляції, деліріозні або деліріозно-аментивні стани.

- Сутінковий розлад свідомості, як правило, виникає раптово, супроводжується різким руховим збудженням епілептиформного характеру, страхом, окремими галюцинаторно-маячними проявами, що може призвести до скоєння суспільно небезпечних дій. Хворі неспокійні, тривожні, кричать, страждають, на обличчі - вираз жаху. Психоз триває від 0,5 до 1,5-2 годин і закінчується так само раптово, як і починався, його змінює глибокий сон або ступор. Після виходу з гострого симптоматичного психозу спостерігаються явища астенії, стани гіперстенічної слабкості.



- Клінічні особливості затяжних психогенних психозів значною мірою визначаються характером соматичного захворювання, на фоні якого вони розвиваються. Психічні порушення при захворюваннях серцево-судинної системи виявляються нестійкістю настрою, схильністю до тоскно-тривожного настрою, фізичною та психічною стомлюваністю, подразливою слабкістю, гіперестезією. Приступи стенокардії іноді супроводжуються тривожно-афективними розладами, страхом смерті. Після повторних приступів може розвинутисть іпохондричність, кардіофобічний синдром.



- При хронічних захворюваннях шлунково-кишкового тракту нерідко спостерігаються явища підвищеної подразливості, безсоння, емоційна нестійкість, схильність до іпохондрії, канцерофобія.



- При захворюванні печінки та нирок також можливі психічні порушення. Для них характерні астеничні розлади (тоскливість, подавленість, пригнічення психічних функцій). При тривалому перебігу захворювання розвивається психопатоподібна симптоматика. При уремії можуть виникати епілептиформні напади, деліріозно-онейроїдні й аментивні стани.



- При тяжких формах туберкульозу легень у хворих можуть розвинутися затяжні шизофреноподібні психози з депресивними та депресивно-маячними картинами. Відомі випадки підвищення сексуального потягу у хворих на туберкульоз, які не адекватні важкості соматичного стану останніх.



При злоякісних пухлинах спостерігаються виражені астеничні розлади з афективною нестійкістю. Нерідко виникають психогенні депресії, зокрема, коли діагноз стає очевидним для хворого. Психози виникають у випадках наростання кахексії, вираженим стає синдром альтернуючої свідомості, що триває від кількох хвилин до кількох годин. З погіршенням соматичного страждання наростає тривалість нападів порушення свідомості, поглиблюються загальні психічні розлади.



- Ендокринні розлади теж супроводжуються психічними розладами. Так, при базедовій хворобі, підвищеній функції щитовидної залози виникає підвищена збудливість, афективна нестійкість, плаксивість, вибуховість. У тяжких випадках можуть розвиватися симптоми розладнання свідомості, маячення, галюцинації. Для хворих із мікседемою (при пониженні функції щитовидної залози) характерним є стан пригніченості, депресії, іноді деліріозне та присмеркове потьмарення свідомості.



- Психічні порушення можуть виникати при отруєннях деякими промисловими та побутовими хімічними речовинами. Хронічна інтоксикація окислом вуглецю, миш'яком, ртуттю, свинцем може супроводжуватися розвитком психопатоподібного синдрому органічного типу з виразною афективною лабільністю, іноді з епілептиформними нападами, грубими розладами психіки.



- 
- 
- Післяродові (пуерперильні) психози - це особлива група психозів, до якої входять ендогенні захворювання (шизофренія, маніакально-депресивний психоз), що були спровоковані вагітністю і родами, та власне симптоматичні психози, котрі виникли у зв'язку з сомато-ендокринними змінами в організмі та післяродовими септичними процесами. Для післяродових психозів характерне гостре виникнення та порівняна короткочасність перебігу. Для них є типовими потьмарення свідомості з аментивними або деліріозно-аментивними картинами, миготливість психопатологічної симптоматики, залежність її від соматичного стану. Різні варіанти депресивного синдрому можуть спостерігатись у соматично ослаблених хворих, із тяжкими та довготривалими психотравмуючими факторами в анамнезі. В осіб із преморбідними шизоїдними рисами характеру нерідко виникають шизофреноподібні картини.

- 
- 
- Важливим і, водночас, складним в судово-психіатричній практиці є розмежування деяких форм післяродового психозу від шизофренії, що дебютує після родів. У хворих на шизофренією симптоми потьмарення свідомості звичайно виражені слабше, менш тривалі, відсутній миготливий характер порушення свідомості. Можуть спостерігатися гримаси, стереотипії, негативізм. При нормалізації свідомості в шизофренічному процесі швидко виявляється поліморфізм психопатологічної картини. Маячні картини відрізняються певною стійкістю і тенденцією до систематизації, нерідко проявляється синдром Кандинського-Клерамбо. Афективні порушення найчастіше мають змішаний характер: депресія, тривога поєднується з періодами злоби, апатії, в'ялості; нерідко звертають на себе увагу монотонність, прояви аутизму. В період виходу з психозу у хворих на шизофренію, на відміну від випадків післяродового психозу, можуть бути емоційно-вольові порушення.

- 
- 
- При ВІЛ-інфекції, зокрема при розгорнутій клінічній картині СНІДу майже в 75% випадків знаходять ураження центральної нервової системи, котрі спричиняє як вірус СНІДу, так і т. зв. опортуністичні інфекції, що активізуються на тлі різкого послаблення імунітету, коли вже захворювання переходить у стадію розгорнутих клінічних проявів СНІДу.ноді, починаючи з перших тижнів ВІЛ-інфікування і протягом приблизно трьох місяців, може спостерігатися гостра чи підгостра клінічна картина транзиторного енцефаліту і менінгіту. На тлі загального погіршення стану здоров'я і характерних неврологічних проявів з'являються астенія, мінливість настрою, напади. При розгорнутих соматичних і неврологічних ознаках відбувається потьмарення свідомості, сплутаність.

- Найчастіше психо-неврологічне порушення - підгостра енцефалопатія або СНІД-дементний комплекс, що характеризується прогресуючими змінами у поведінці хворих, пов'язаних із розвитком слабоумства (деменції), порушеннями пізнавальної діяльності, рухових функцій. Ця енцефалопатія чи деменція розвивається приблизно у третини хворих на СНІД. Звичайно, синдром деменції у цих випадках розвивається внаслідок приєднання вторинних нейроінфекцій за наявності виразного імунодефіциту (як, наприклад, цитомегаловірусна інфекція, збудник якої належить до сімейства герпес-вірусів). Однак, описані випадки розвитку деменції на тлі відносного соматичного благополуччя хворих. З іншого боку, на стадії ВІЛ-інфікування психічні порушення не завжди досягають достатньої виразності дементних проявів. З великою частотою виявляють астенію, відносно пом'якшені ознаки психоорганічного синдрому.
- Дебют енцефалопатичних, СНІД-дементних розладів, як правило, є малопомітним і спочатку переважає когнітивна дисфункція (розлад пізнавальної діяльності). До найбільш ранніх і частих ознак відноситься тремор, уповільненість та афазія (мовні порушення).

- ▶ До цього часу, зазвичай, звертають на себе увагу порушення пам'яті на поточні події, а згодом поступово забуваються події віддаленого минулого, аж до нездатності називати імена близьких родичів, упізнавати їх. При амнестичній дезорієнтованості більш виразними бувають ознаки порушень хронологічного орієнтування, тоді як відносно збереженим дуже довго залишається аутопсихічне орієнтування. Порушення пам'яті можуть виявлятися по типу фіксаційної амнезії, з яскравими конфабуляціями та псевдоремінісценціями. Зорова пам'ять порушується за типом звуження її об'єму, а слухова вражається вибірково.
- ▶ Наростаючим порушенням пам'яті відповідає прогресуюче зниження здатності до інтелектуальної діяльності. Поряд із наростаючими інтелектуально-мнестичними розладами підсилюються розлади мови, її організації, розуміння зверненої мови. Відбувається прогресування перебігаючого процесу з розвитком тяжкого слабоумства. У термінальній стадії захворювання можуть з'явитися мутизм, ступор, нетримання сечі, калу, втрата зору та пареплегія. Разом із зростанням загально мозкових явищ, затяжною лихоманкою може порушуватись і свідомість хворих від початкових явищ сплутаності аж до її виключення у ступені сопора і коми. Смерть може наступити за 2 місяці, від моменту виникнення грубих психічних порушень і за 3-6 місяці, з часу переходу ВІЛ-інфекції у стадію розгорнутих клінічних проявів СНІДу.

Психоорганічний синдром

- Психоорганічний синдром – психопатологічний симптомокомплекс, проявами є поруш інтелекту, пам'яті і афективної сфери. Виникає при атрофічних процесах і судинних захворюваннях головного мозку, черепно-мозкових травмах, різних інтоксикаціях Найбільшою мірою клінічна картина виражена у хворих похилого віку. Порушення інтелекту проявляються зниженням критики при самооцінці і оцінці оточуючих. Погіршується здатність до придбання нових знань і одночасно знижується обсяг і якість наявних знань. Коло інтересів обмежений, хворі погано осмислюють те, що відбувається Збіднюється словниковий запас, Порушення пам'яті поширюються на всі її види..Поряд зі зниженням пам'яті звужується коло інтересів, втрачається критика.

Психоорганічний синдром: причини, класифікація, особливості перебігу.

- **Психоорганічний синдром**- стан психічної слабкості, обумовлений органічним ураженням головного мозку У найбільш легкій формі синдром є астенічним станом із слабкістю, підвищеною виснаженістю, емоційною лабільністю. Можливі істеричні напади. Настрій може бути безтурботно-благодушним з розгальмуванням потягів або байдуже-апатичним з втратою спонукань і аспонтанністю.Психоорганічний синдром виникає при черепно-мозкових травмах, судинних захворюваннях головного мозку, інтоксикаціях, пухлинах і абсцесах головного мозку, захворюваннях нервової системи, ендокринопатіях, тощо.Перший і самий початковий етап - астенічний з характерними проявами астенічного симптомокомплексу, Особливо характерна підвищена чутливість хворих до зміни барометричного тиску При різкій зміні кліматичних умов стан хворого, як правило, погіршується. наступний етап синдрому - експлозівний. Хворий стає злісним, дратівливим, гнівливим, вкрай збудливим.

Контрольні запитання

- 1. Хто і в якому році ввів поняття «психоматичне захворювання»?
- 2. Що таке психосоматичні розлади?
- 3. Які психічні порушення спостерігають при серцево-судинній патології?
- 4. Які характерні явища та психічні порушення спостерігають при захворюваннях ШКТ, печінки, нирок, ендокринних розладах, злоякісних пухлинах?
- 5. Післяпологові психози ?