



Лекція 9. Сучасний погляд на проблему непсихотичних розладів психіки та поведінки

Полтавський державний медичний
університет
Кафедра психіатрії, наркології та
медичної психології

План

- ❖ Визначення поняття “Непсихотичні розлади”
- ❖ Психогенні хвороби
- ❖ Емоційний стрес та травми як основний фактор
- ❖ Загальна характеристика психогеній
- ❖ Етіологія
- ❖ Патогенез
- ❖ Неврози
- ❖ Неврастенія
- ❖ Стадій (форми) неврастенії
- ❖ Істеричний невроз
- ❖ Невроз навязливих станів
- ❖ Депресивний невроз
- ❖ Іпохондричний невроз
- ❖ Анорексія, булімія
- ❖ Дисоціативні розлади
- ❖ Реакція на важкий стрес і порушення адаптації
- ❖ Лікування неврозів



Непсихотичні розлади - це симптоми і синдроми, які супроводжуються критикою та адекватною оцінкою довколишньої дійсності, коли хворий не змішує власні хворобливі суб'єктивні відчуття і фантазії з об'єктивною реальністю, а поведінка знаходиться в рамках соціально прийнятих норм.



Психогенні хвороби — група психічних недуг, головним етіологічним чинником яких є внутрішньоособистісний конфлікт, зумовлений переживанням психотравмівної ситуації.

Психогенно травмівні обставини виступають при цьому як екзогенно-стресорний агент, що порушує гомеостаз організму.



ЕМОЦІЙНИЙ СТРЕС ТА ПСИХІЧНІ ТРАВМИ

У виникненні психогенних захворювань провідну роль відіграють два основних компоненти: психотравмівний чинник та стан суб'єкта, який зазнає його впливу. Психотравмівні чинники ділять на кілька груп:

- 1) раптові (масивні, катастрофічні), що мають загальносоціальне значення. Це природні, транспортні, техногенні катастрофи, соціальні зміни, війни і т. ін.;
- 2) гострі ситуаційні, що мають конкретну особисту значущість. Це втрата соціальних, матеріальних гараздів, смерть рідних та близьких і т. ін.;
- 3) хронічні ситуаційні чинники відносно малої інтенсивності, котрі діють постійно або тривалий період (родинні, виробничі та ін.).

Загальна характеристика та класифікація психогеній

Загальні закономірності клінічних проявів психогенних захворювань К. Jaspers (1923) сформулював у вигляді триад и:

- 1) захворювання розвивається внаслідок психічної травми ;
- 2) фабула психопатологічної симптоматики відбиває зміст психотравмівного чинника;
- 3) регрес психопатологічної симптоматики залежить від завершення психотравмівної ситуації.



Етіологія

На сьогодні загальноновизнаною є теорія поліфакторності етіопатогенезу психогенних захворювань. Можна виділити 3 основні групи етіологічних чинників.

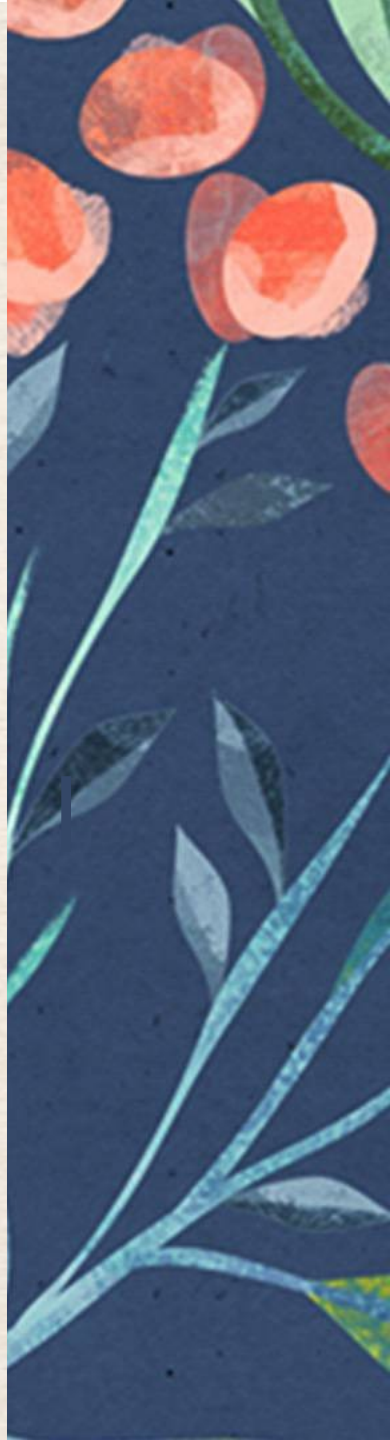
I. Біогенні. Обстеження батьків, сибсів та близнюків хворих на психогенні недуги засвідчили о статистично важливу високу психічну захворюваність порівняно із загальною популяцією .

II. Психологічні.

Конституційно-типологічні.

Різні типи акцентуації особистості (К. Леонгард, 1981) або акцентуації характеру (А. Е. Личко, 1985): астено-невротичний, лабільний, сенситивний, психастенічний, істероїдний, епілептоїдний, шизоїдний, змішаний.

III. Соціальні: мікросоціальні, макросоціальні.



Патогенез

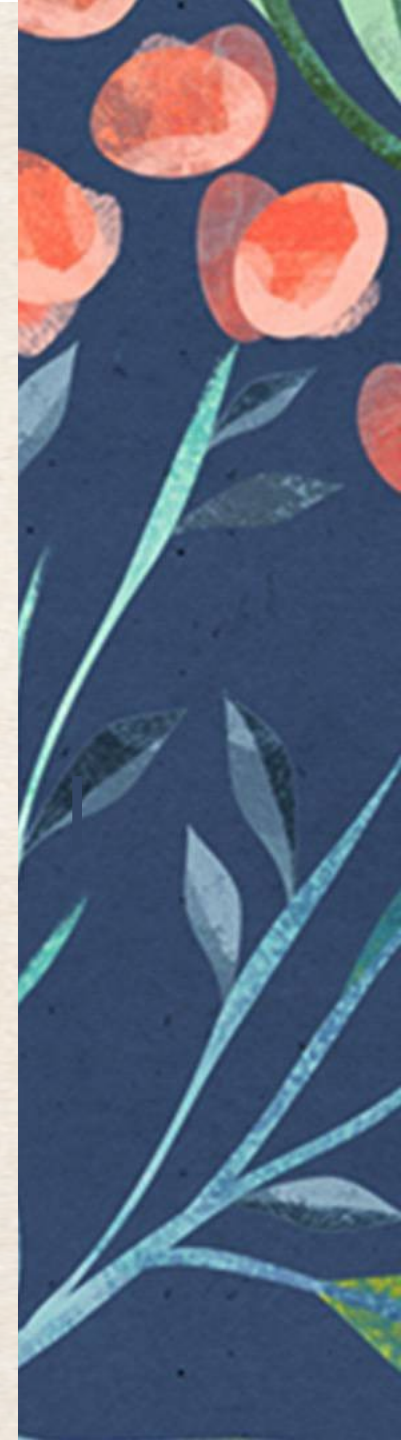
Сучасні уявлення про патогенез психогенних захворювань можуть бути сформульовані у рамках системно-рівневого підходу.

Нейрофізіологічний рівень. Виникнення психогенних захворювань та їхні клінічні прояви залежать від типології ЦНС та стану інтегративних систем мозку, що відповідають за регуляторні, адаптивні, мотиваційні й активаційні функції.

Нейрохімічний рівень. Основною патогенетичною ланкою психогенних захворювань є дисбаланс катехоламінів (підвищення рівня норадренатину та зниження — дофаміну), а також вияви вичерпання синтезу ендогенних опіоїдів (емоціогенно-компетентних нейропептидів).

Психофізіологічний рівень. Численними дослідженнями виявлено багатоланкові патофізіологічні ланцюги: психогенний чинник — центральні емоційно-вегетативні регуляторні системи лімбіко-гіпоталамічного рівня — периферичні сомато-вегетативні кореляти.

Патопсихологічний рівень. Провідною патогенетичною ланкою є виникнення гострого або хронічного психологічного конфлікту, який дана особистість не здатна залагодити.



НЕВРОЗИ (НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ)

Невроз — це психогенний (зазвичай конфліктогенний) нервово-психічний розлад, що виникає внаслідок порушення особливо значущих життєвих стосунків людини, проявляється специфічними клінічними феноменами за відсутності психотичних проявів.



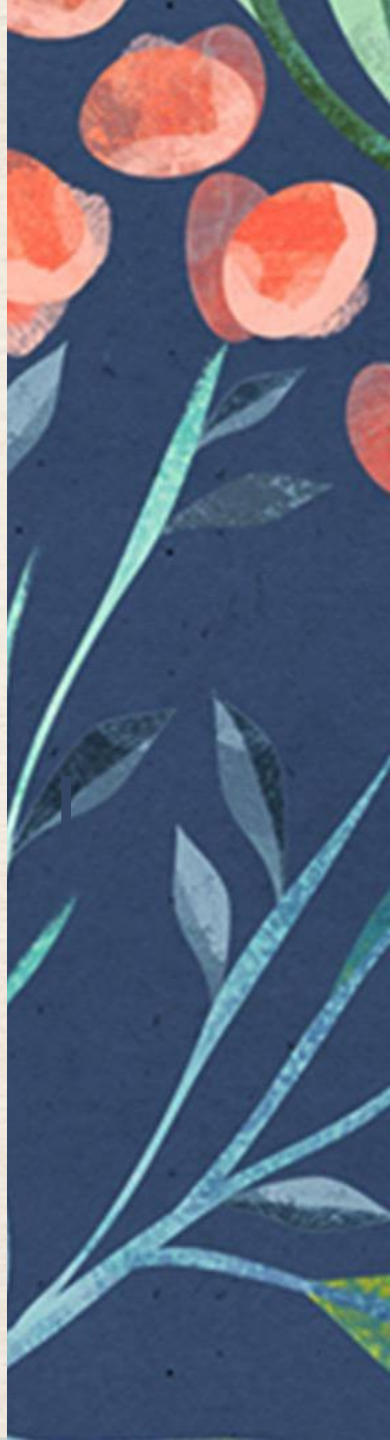
Термін «невроз» було введено шотландським лікарем Вільямом Калленом у 1769 році оскільки на думку дослідника параліч, кома, спазми і безумство (недоумства, меланхолія, манії і розлади сну) він визначив як не запальні нервові захворювання, а захворювання нервів соматогенного походження.

У міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду, на відміну від 9-го перегляду, термін «невроз» не вживається зовсім, а поняття неврозу перестає бути основою класифікації відповідної групи психічних захворювань, і тепер особливості їхнього відображення в МКХ-10 наступні: «F40-F48: Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади», деякі традиційно невротичні розлади розміщені в рубриках: «F50 — розлади харчової поведінки», «F51 — розлади сну неорганічної природи», «F52 — статева дисфункція, не обумовлена органічним розладом чи захворюванням» і т. д.



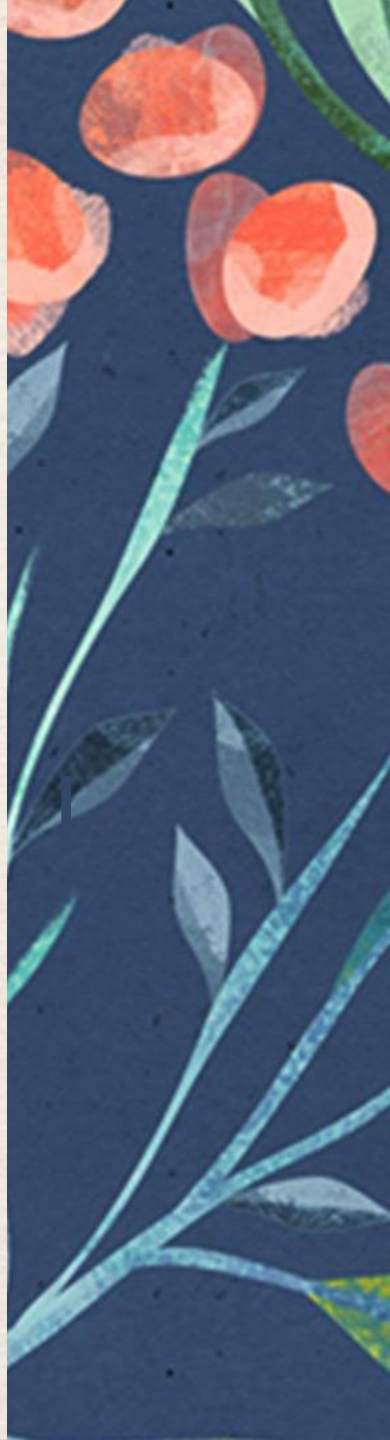
Згідно з традиційною вітчизняною класифікацією невротичних розладів, виділяють такі їхні клінічні форми:

- 1) неврастенія;
- 2) істеричний невроз;
- 3) невроз нав'язливих станів;
- 4) депресивний невроз;
- 5) іпохондричний невроз;
- 6) дисморфофобічний невроз;
- 7) фобічний невроз;
- 8) системні неврози;
- 9) нервова анорексія та булімія.



Неврастенія

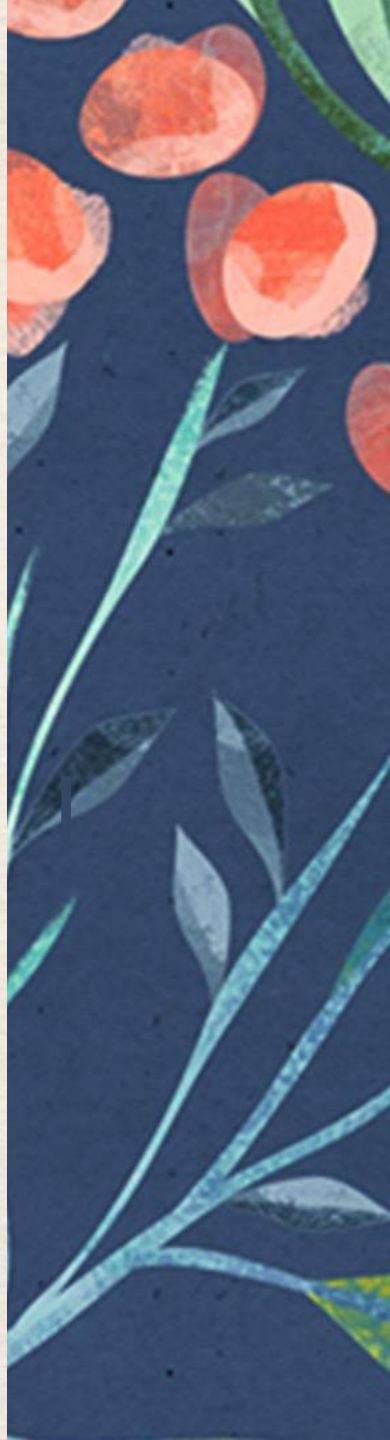
Термін "неврастенія" запропонував американський психіатр G. Beard (1869). У клінічній картині неврастенії провідним є астенічний синдром. Характерна тріада: підвищена дратливість, головний біль, порушення формули сну. Хворий скаржиться "на загальну слабкість, погане самопочуття, розбитість, невитривалість до звичних навантажень. Характерні порушення чутливості, гіперпатії (найчастіше у вигляді гіперакузії, коли звуки звичайної сили "ріжуть" вуха, а природні запахи сприймаються занадто гостро; хворобливо переносить денне світло та ін.). На тлі оптичної гіперестезії часто виникає перевтома очей — астенопія; хворі не здатні довго фіксувати об'єкти зором, особливо текст. Астенопія швидко посилюється під час читання.



Стадії (форми) неврастенії

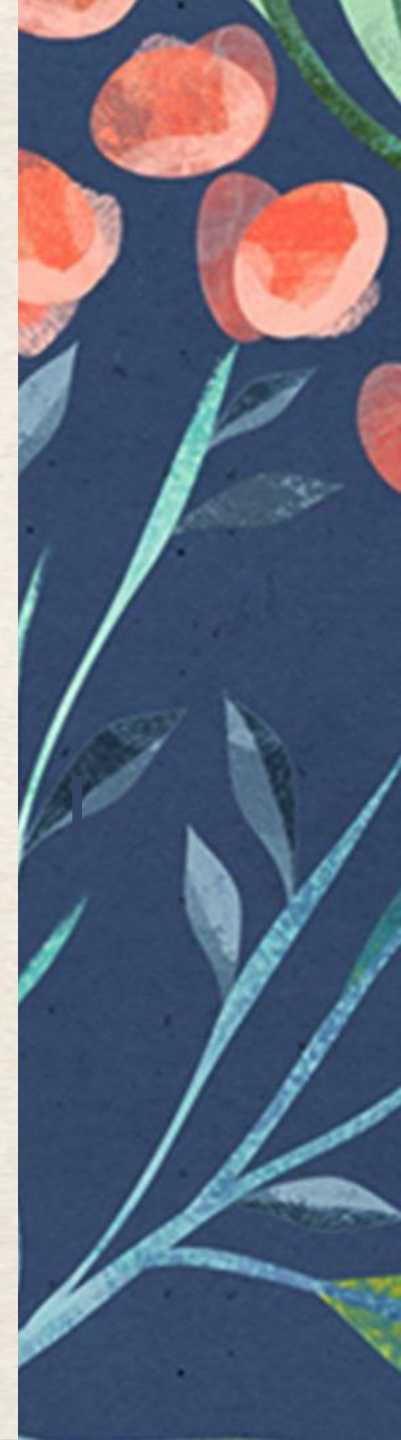
Гіперстенічна неврастенія

Початкова стадія, найчастіша форма, проявляється переважно через дратівливість і збудливість, з яких починається захворювання. Хворих дратує найменший шум, розмови людей навкруги, будь-які звуки, швидке пересування людей, просто натовп навколишніх, людні зібрання. Вони можуть закричати на близьких, співробітників, співрозмовників, здатні образити, тобто легко втрачають самовладання, вирізняються великою нетерплячістю. Разом з цим, працездатність хворих понижена, але не лише внаслідок стомлення, а на цьому етапі хвороби, головним чином, в результаті їх психічної незібраності, неувважності, нездатності зосередитися на потрібній сукупності уявлень і почати необхідну справу, тобто у зв'язку з первинною слабкістю активної уваги. Хворі відчують важкість в голові, почуття тиску в скронях, головні болі що оперізують («неврастенічна каска»).



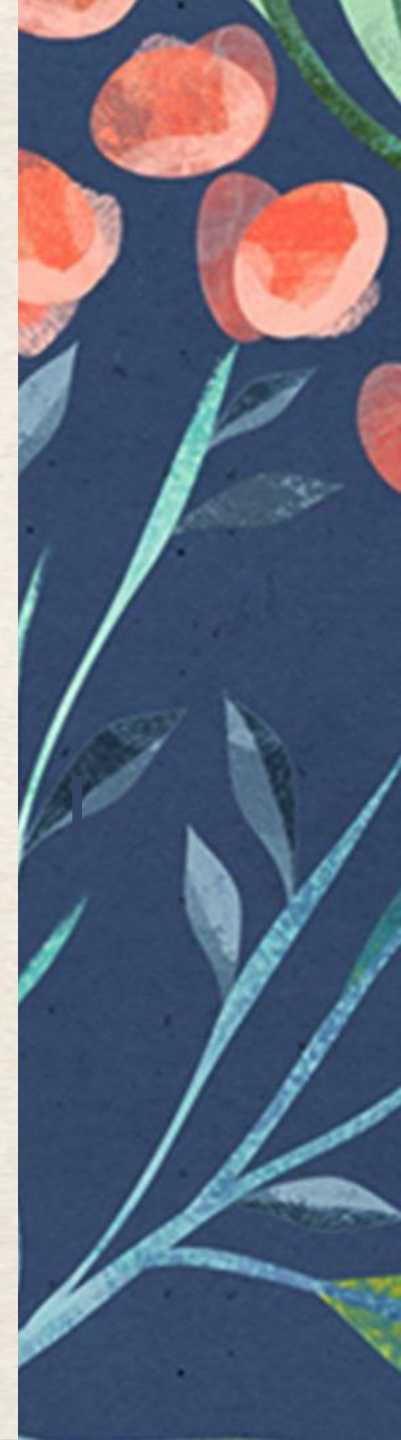
Дратівлива слабкість

Відзначається так званою дратівливою слабкістю (головний клінічний зміст другої форми неврастенії) — поєднанням підвищеної збудливості й дратівливості зі стомлюваністю й швидким виснаженням. Через випадкові та незначні підстави у хворого виникають бурхливі напади роздратування або спалахи збудження, які є зазвичай нетривалими, але частими. Підвищена збудливість нерідко виражається в слізливості, раніше не властивій хворому, або ж в нетерплячості, метушливості. Характерна хвороблива нездатність переносити гучні звуки, шум, яскраве світло, різкі запахи. Зникає здатність контролювати зовнішні прояви своїх емоцій. Відбувається розлад активної уваги. Виникають скарги на неувважність, погане запам'ятовування.



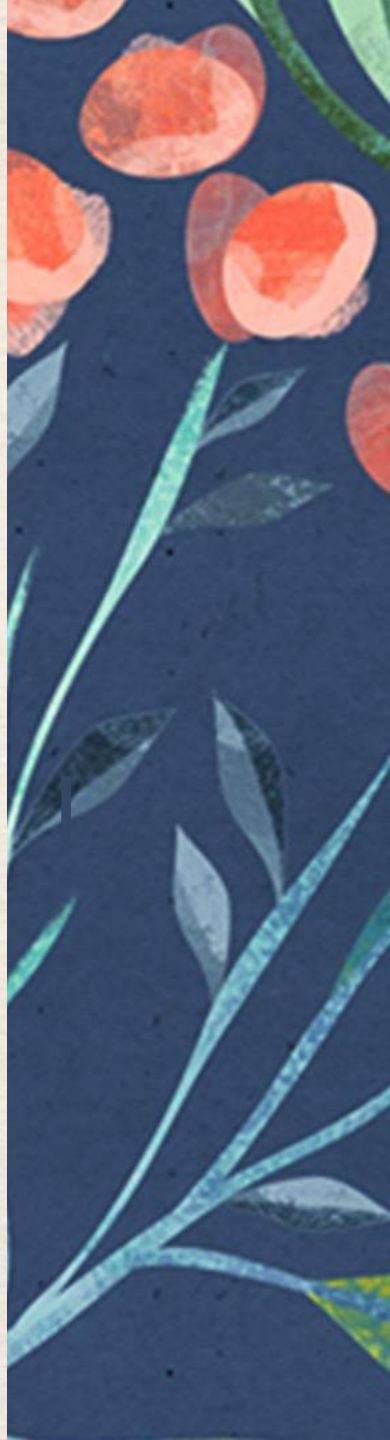
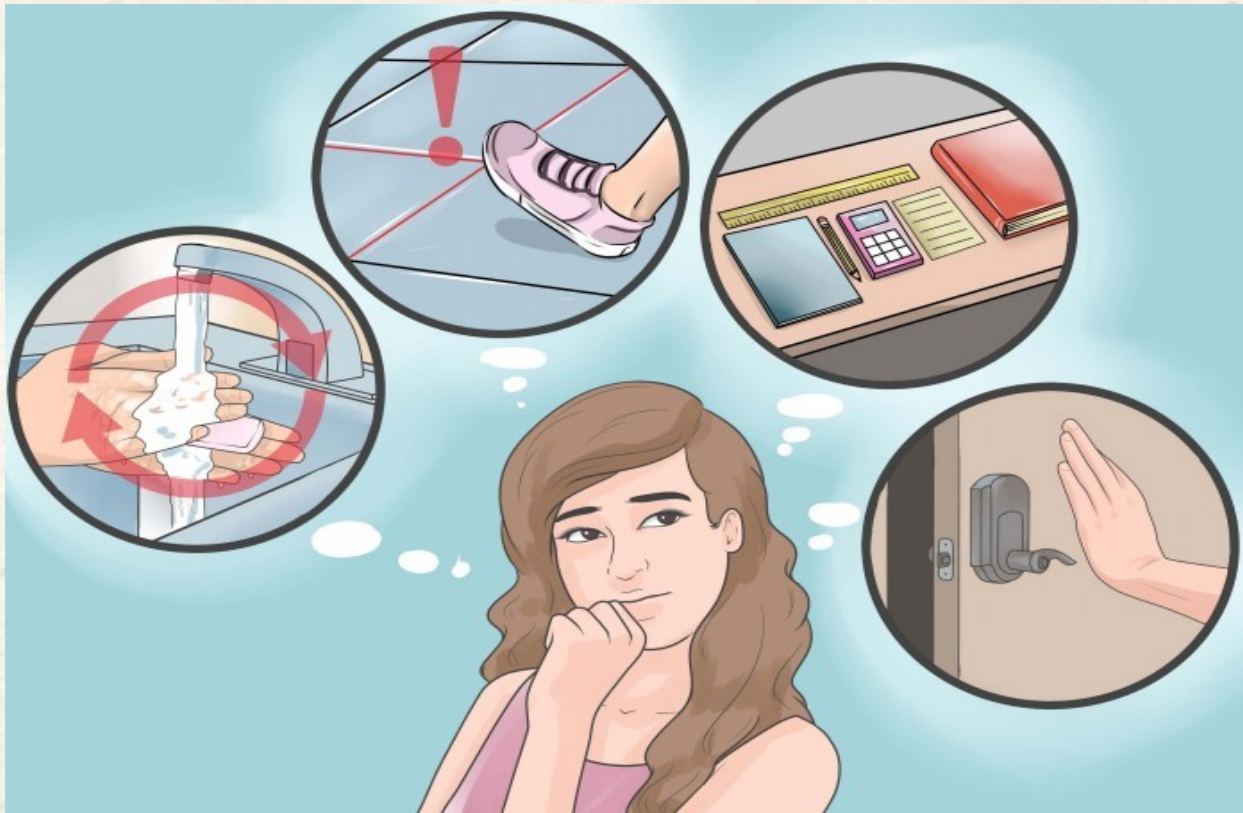
Гіпостенічна неврастенія

Основні симптоми — млявість, апатія, підвищена сонливість, пригніченість. Хворі не здатні мобілізувати себе на робоче зусилля, вони постійно переживають почуття великої втоми, пригнічені думками про свої соматичні відчуття. На цьому етапі хвороби наявна постійна масивна астения на тлі погіршеного настрою. Фон настрою дещо тривожний, з відтінком смутку й послабленням інтересів. Тут немає афектів туги або тривоги, понижений настрій має невротичний характер, просякнутий астениею, й вирізняється слізливістю та емоційною лабільністю. Часті іпохондричні скарги й зациклення хворих на своїх внутрішніх відчуттях.



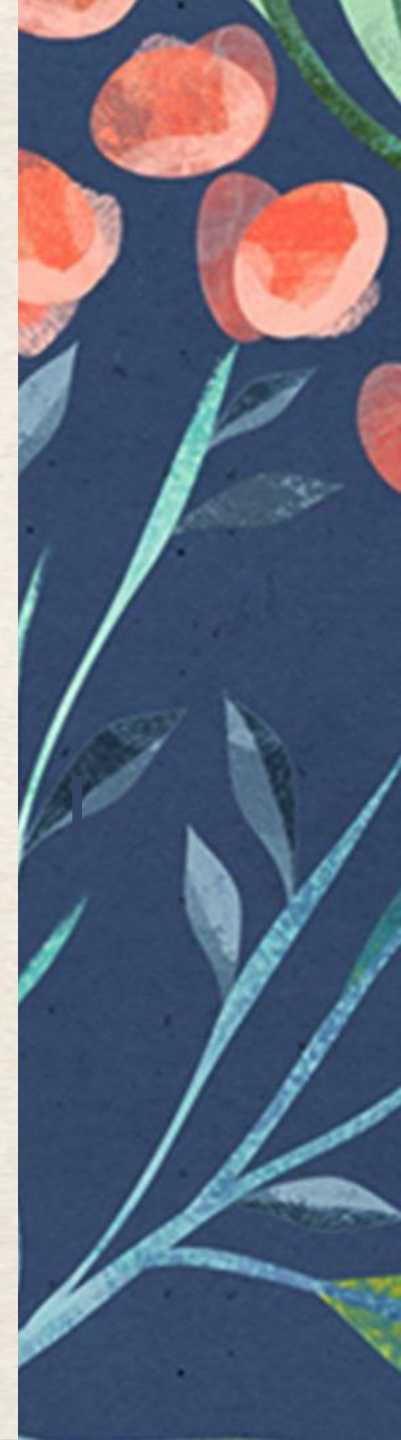
Обсесивно-компульсивний розлад (невроз нав'язливих станів, психастенія, або невроз нав'язливості)

Загальна назва неврозів, що виявляються нав'язливими страхами, уявленнями, спогадами, сумнівами, діями, що виникають всупереч бажанням хворого, але з усвідомленням їхньої хворобливості та з критичним ставленням до них.

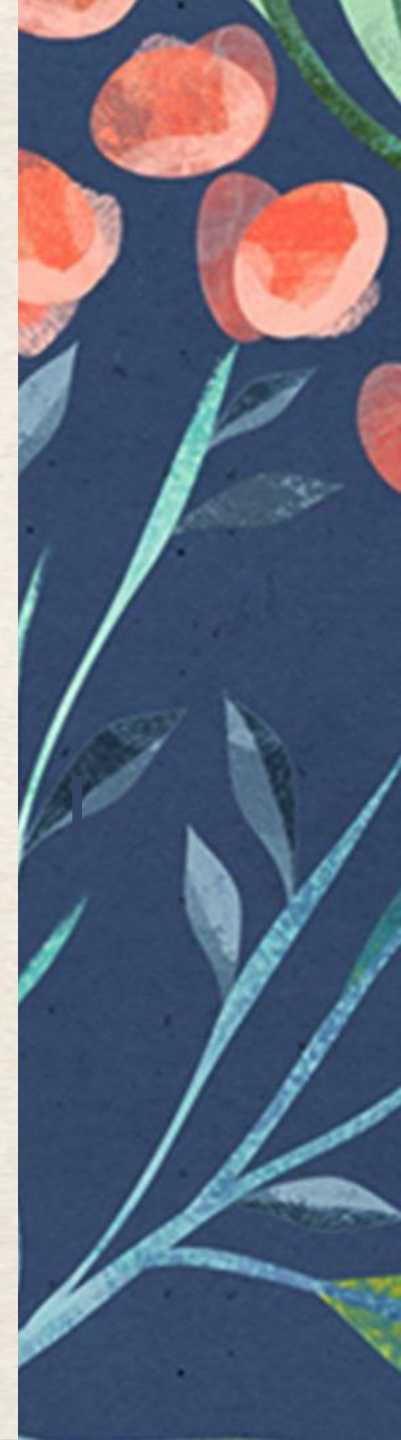


Загальні риси:

- хворий усвідомлює нав'язливості як хворобливі, що виникли в його власній свідомості, а не пов'язані ззовні будь-якими сторонніми особами або силами;
- нав'язливості багаторазово повторюються, оцінюються як безглузді і неприємні для хворого;
- пацієнт пробує протистояти їм, хоча й безуспішно, протистояння з часом слабшає і приносить лише короточасне послаблення емоційного напруження і тривоги;
- обсесії (думки) або компульсії (дії) викликають дистрес, заважають соціальному та індивідуальному функціонуванню хворого.

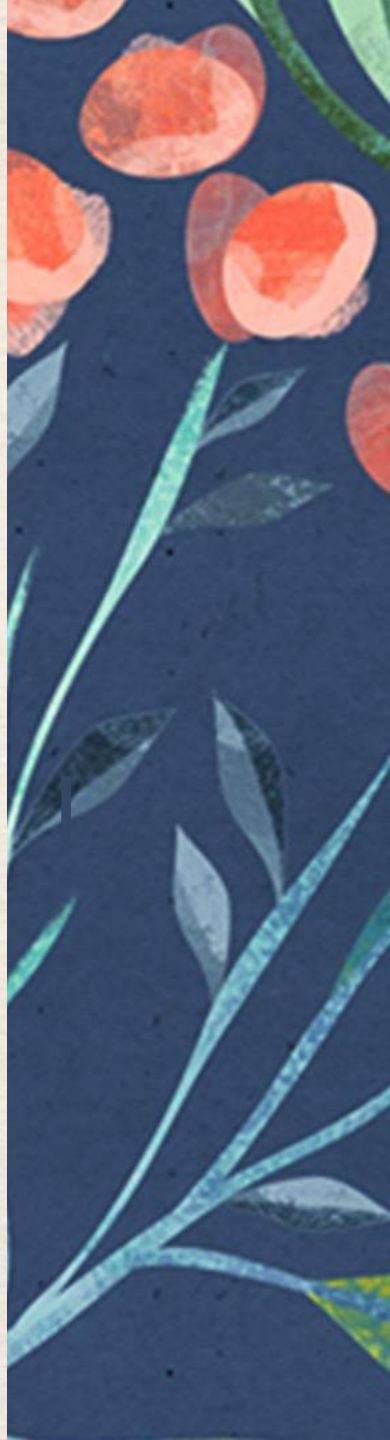


Найбільш часто зустрічаються нав'язливі страхи (фобії) коли під впливом психічної травми виникає спочатку вегетативна реакція у вигляді неприємних відчуттів в серці, животі, що супроводжується тривогою. Якщо трапляється якийсь напад, непритомність ("стало погано в метро"), то при повторенні його формується страх. Він постійно переслідує хворого, особливо сильно проявляючись у тих місцях і ситуаціях, де виник вперше. Таким чином, формується нав'язливий страх смерті, страх захворіти важкими хворобами (інфаркт міокарда, рак, сифіліс, СНІД), тощо.



Страхи можуть стосуватися не тільки хвороб, а також:

- висоти (гіпсофобія),
- темряви (ніктофобія),
- закритих (клаустрофобія) і відкритих (агорафобія) просторів,
- страх переходити вулицю ("раптом потраплю під машину"),
- боязнь ескалатора,
- гострих предметів (оксіфобія) ("раптом вдарю ножем").

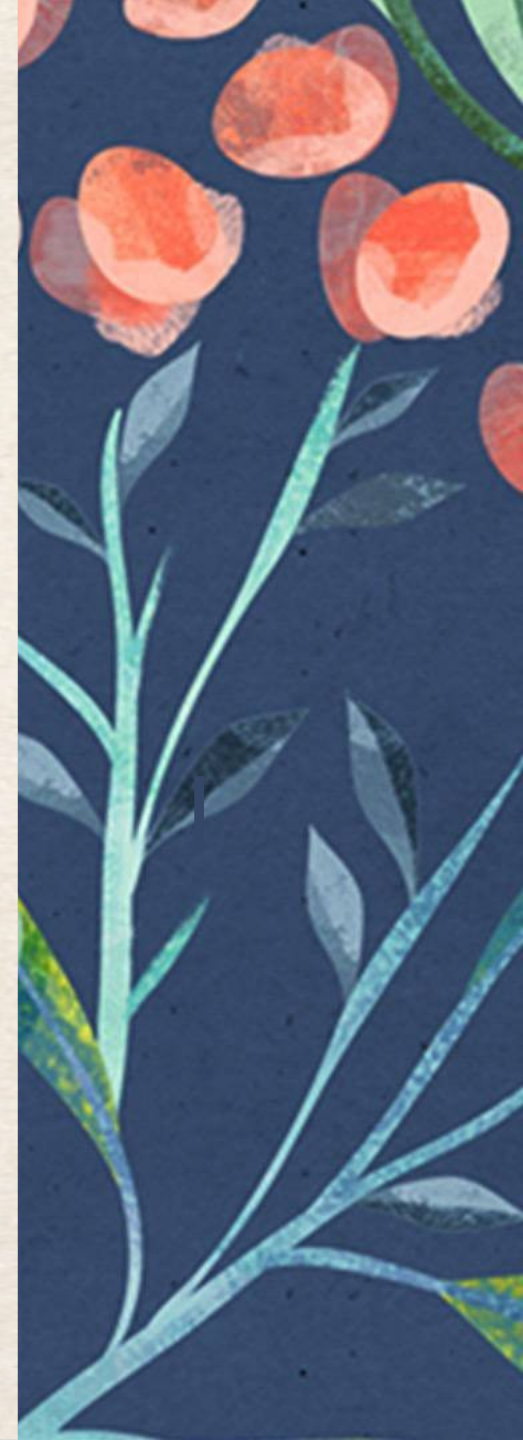


Досить часто виникають нав'язливі контрастні потяги (бажання), тобто бажання зробити недозволене, що суперечить вихованню і установкам самого хворого.

Наприклад,

- непереборне бажання вилаятися голосно на площі,
- образити вголос випадкову людину,
- смикнути за ніс зустрічного,
- вискочити з машини на найбільшій швидкості.

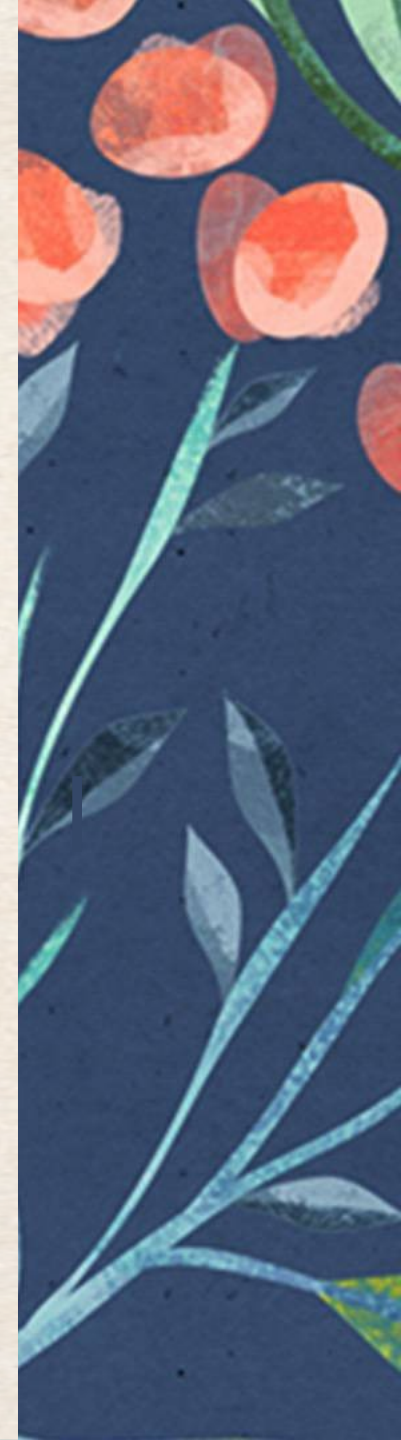
Особливість подібних потягів в тому, що вони зазвичай не переходять в дію, але для людини дуже неприємні і болісні



Нав'язливі сумніви - постійні сумніви з приводу, чи правильно людина зробила ту чи іншу справу, чи закінчила її.

Так, лікар, що виписав хворому рецепт, потім безкінечно сумнівається, чи не зробив

він помилки в дозі; друкарка багато разів перечитує надрукований текст і, не знаходячи помилки, проте знову відчуває сумніви; Найбільш частий вид нав'язливих сумнівів: чи вимкнула людина перед виходом газ, чи погасила світло, чи замкнула двері. Нерідко страждаючи такими нав'язливими сумнівами хворий по кілька разів повертається додому, щоб перевірити, чи закрив двері, але варто йому відійти, як він знову починає турбуватися, завершив він цю дію, чи не забув повернути ключ, вийняти його із замка тощо.

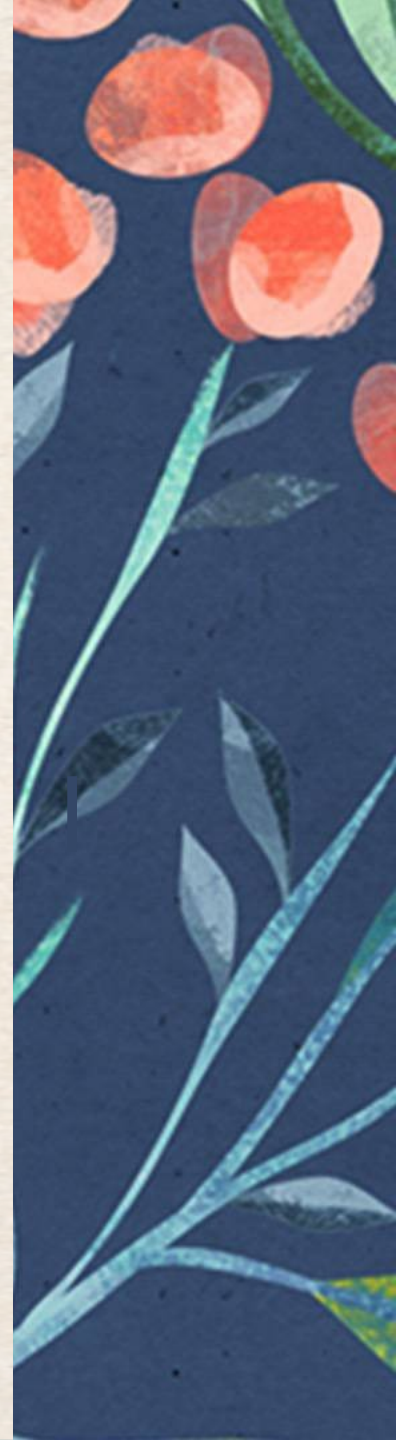


Відзначаються також і різні нав'язливі дії характеризуються мимовільним виконанням рухів, найчастіше скоєних автоматично. Людина під час розмови:

- крутить у руках шматок паперу,
- креслить олівцем фігури,
- накручує на палець пасмо волосся,
- без всякого сенсу переставляє предмети на столі,
- під час читання гризе нігті,
- смикає себе за вухо.

Сюди ж відносять і такі дії і рухи, як шмигання носом, покусювання губ, постійне осмикування піджака, мимовільне потирання рук та ін..

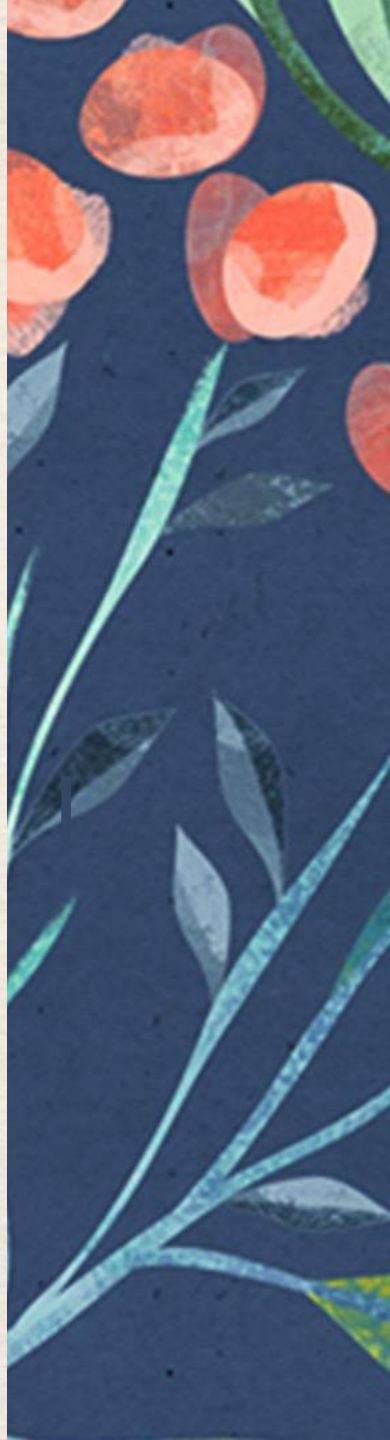
На відміну від інших нав'язливостей ці рухи і дії вчиняються автоматично, виконання їх не супроводжується жодними неприємними відчуттями, їх просто не помічають.



Невроз нав'язливих станів в МКХ -10 не виділяється, а кожну з нав'язливостей

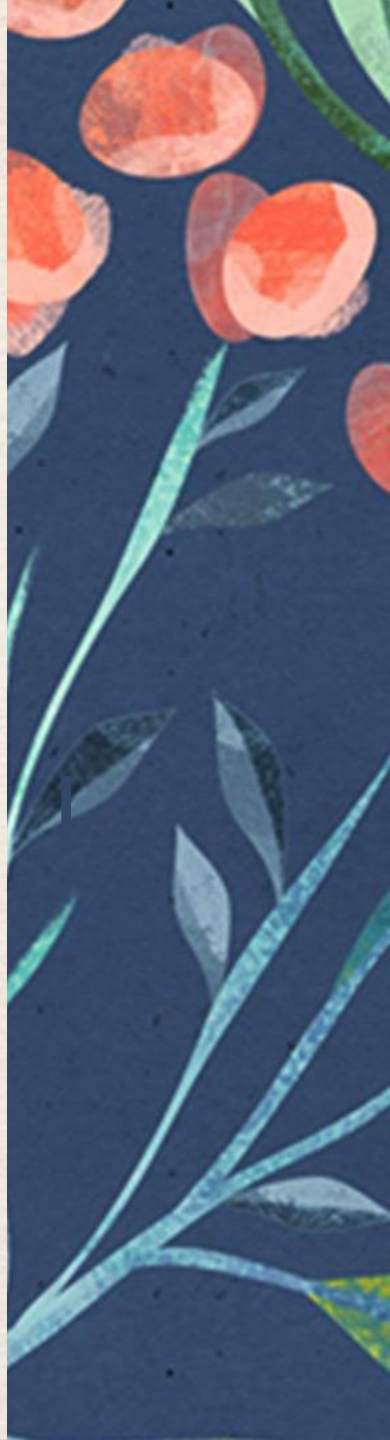
розглядають як окремий патологічний стан та виділяють:

- F40 Тривожно - фобічні розлади:
- F40.0 Агорафобія
- F40.1 Соціальні фобії
- F40.2 Основні специфічні ізольовані фобії
- F41.0 Панічний розлад
- F41.1 Генералізований тривожний розлад
- F41.2 Змішаний тривожно-депресивний розлад
- F42 Obsесивно-компульсивний розлад
- F42.0 Переважно нав'язливі думки або міркування
- F42.1 Переважно компульсивні дії
- F42.2 Змішані obsесивні думки та дії



Депресивний невроз

Термін "невротична депресія" було введено Е. Краєрелін (1985). У клінічній структурі її переважає депресивний синдром на астенічному тлі. Депресія не має вітального характеру, її прояв ситуційно залежний. Туга неглибока, не буває брадикінезій (загальне сповільнення рухів), слабо виражені сомато-вегетативні стигми. Добова динаміка оборотна порівняно з ендогенною депресією (при неврозі стан погіршується у вечірні години). Найчастіше депресивний невроз розвивається у пізньому віці та пов'язаний із певною ситуацією. Характерні дифузні іпохондричні та астенічні скарги, сльозливість, порушення сну із частим прокиданням. В ці проміжки з'являється тривога, виникають серцебиття, страхи, побоювання за своє життя.



Іпохондричний невроз

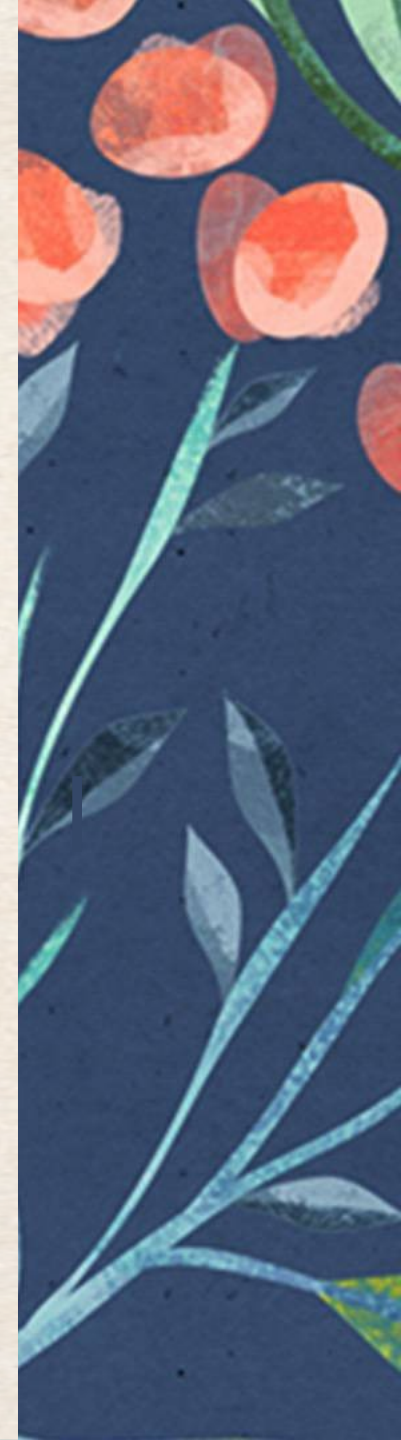
Основним клінічним проявом іпохондричного неврозу є формування неадекватно перебільшеної заклопотаності станом власного здоров'я. Облігатні компоненти клініки іпохондричного неврозу: сенестопатії, емоційно-афективні розлади, порушення мислення за типом надцінності.



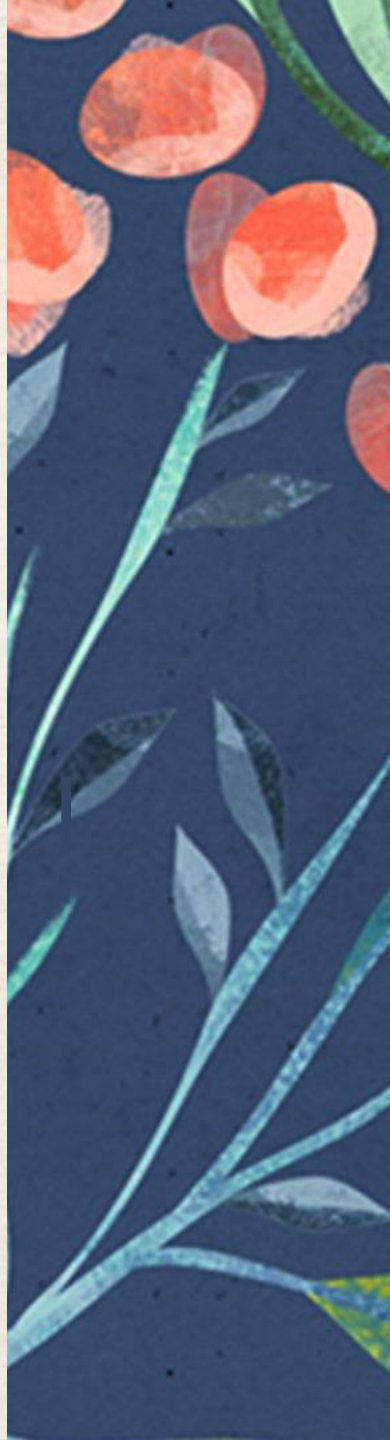
Дисоціативні (конверсійні) розлади

Загальні ознаки, притаманні дисоціативним і конверсійним розладам, полягають у частковій або повній втраті хворими нормальної інтеграції між пам'яттю на минуле, усвідомленням своєї ідентичності та безпосередніх відчуттів, а також – над контролем рухів тіла. При дисоціативних розладах цей свідомий і елективний контроль може бути порушеним до такої міри, що їх клінічні прояви можуть змінюватися від доби до доби і навіть від години до години. Ступінь утрати функції, що знаходиться під свідомим контролем, як правило, важко оцінити.

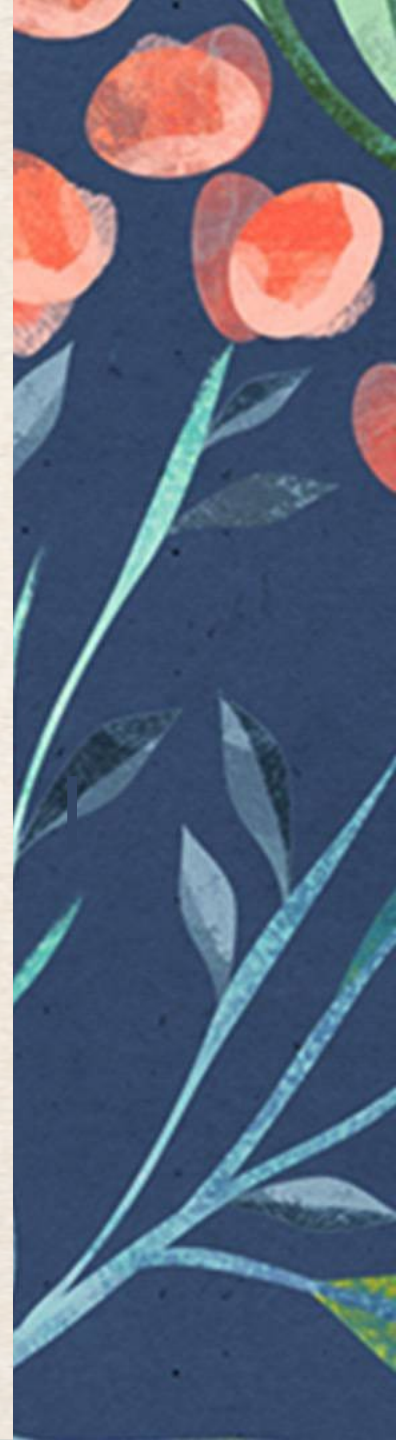
Ці розлади зазвичай класифікувалися як різноманітні форми «конверсійної істерії». Однак цей термін вживати небажано, в зв'язку з його багатозначністю. Вважається, що дисоціативні (конверсійні) розлади є психогенними за походженням. Вони досить тісно пов'язані за часом свого виникнення з психотравмуючими подіями і можуть зникати після вирішення або пом'якшення психотравмуючих обставин.



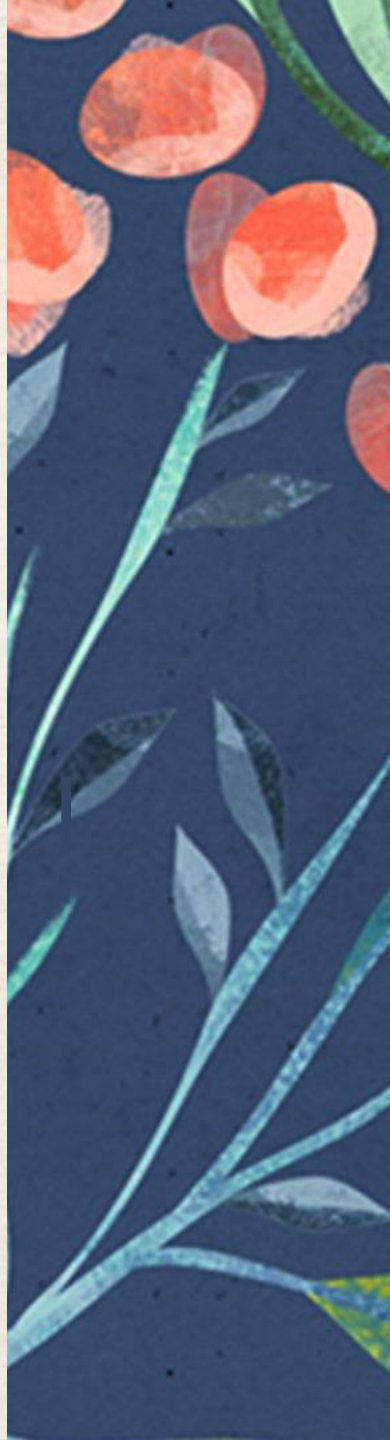
Дисоціативна амнезія – найпоширеніший дисоціативний розлад, що виникає після загрози смерті, психологічного конфлікту, емоційної травми і виявляється у частковій втраті пам'яті на психотравмуючу ситуацію у людей, в котрих не виявлені органічні ураження мозку чи інтоксикація (Karon B.P., Widener A.J.). Розлад часто виникає у людей, які пережили стихійне лихо, реальну загрозу для власного життя та життя близьких, у дітей, які зазнали сексуальне насилля, а також може формуватися й при втраті близької людини або при гнітючому почутті провини (D. Spiegel). Хворий усвідомлює розлад пам'яті, але не висловлює стурбованості з цього приводу. Стан триває кілька днів, починається і закінчується раптово. На висоті розладу протягом одного-двох днів він може супроводжуватися дисоціативними паморочними проявами, коли пацієнт дезорієнтований, не впізнає знайомих, безцільно блукає, не дотримується особистої гігієни та режиму харчування й сну. При наявності вираженої вторинної вигоди або повторному впливі стресора можливе затягування епізоду або його рецидивування. Частіше спостерігається у молодих чоловіків і підлітків.



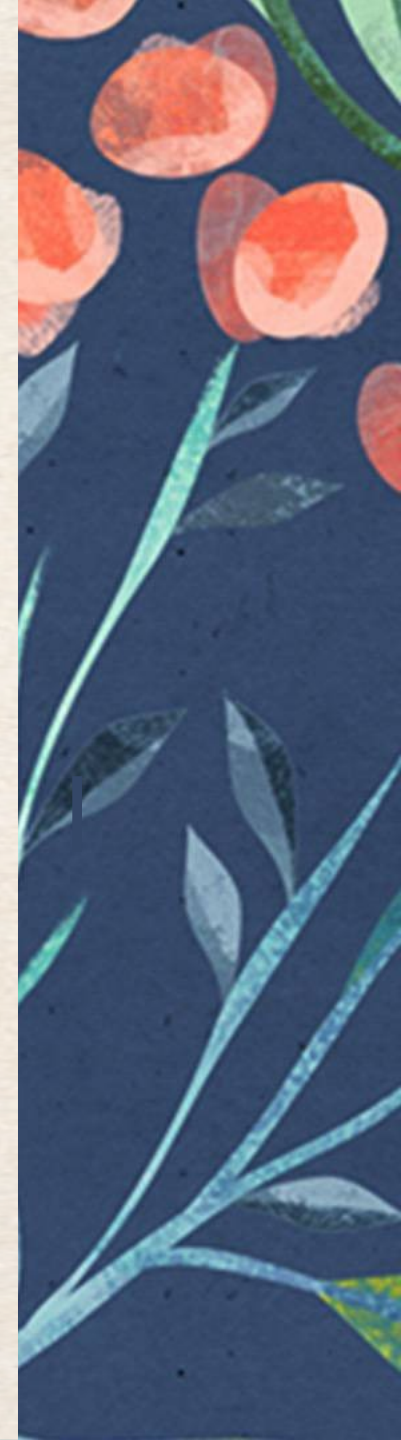
Дисоціативна fuga (лат. fuga біг, втеча) від дисоціативної амнезії відрізняється тим, що після психотравми хворий, не усвідомлюючи розладу пам'яті і не виглядаючи дезорієнтованим, здійснює цілеспрямовані подорожі (часто у місця, які є для нього емоційно значущими). Амнезія стосується лише особистих спогадів, загальні та універсальні знання і навички зберігаються. Хворий зовні справляє враження упорядкованої людини, дотримується особистої гігієни та режиму харчування, здатний до простої соціальної взаємодії, часом навіть може займатися досить складною діяльністю (амбулаторний автоматизм), але при цьому його особистість нерідко відрізняється від попередньої. Закінчення fugи раптове. Увесь період дисоціативної fugи амнезується.



Транси і стани одержимості. Транс (лат. trans – перехід в інший стан) – психічний розлад, що виникає в результаті тривалого значного психічного перенапруження у людей, які не страждають шизофренією, гострим психозом, множинним розладом особистості, епілепсією, інтоксикацією психоактивними речовинами, а також не мали черепно-мозкової травми. У стані трансу втрачається почуття власної ідентичності, надзвичайно звужується свідомість з вибіркоvim фокусуванням на певному об'єкті і обмеженням повторюваного набору рухів, поз і висловлювань. Стан виникає мимовільно, заважає людині повноцінно активно функціонувати у професійній діяльності та в особистому житті.



Розлади множинної особистості – дисоціативний психічний розлад, при якому у свідомості людини формуються дві (дуже рідко більше) субособистостей. Характеризується раптовими переключеннями від однієї субособистості до іншої, яке, ймовірно, спровоковане стресовою подією різного ступеня вираженості (Dell, Eisenhower) або у стані трансу чи гіпнозу. У кожен конкретний момент проявляється лише одна субособистість, яка має власну пам'ять, особливості поведінки, стать, вік, фах, манери і, з'являючись, повністю контролює вчинки хворого, "панує" над ним. Після закінчення епізоду амнезується як субособистість, так і сам епізод. Спогади кожної із субособистостей недоступні для іншої, тому намагання переконати людину у тому що вона робила вчинки, про які не пам'ятає, можуть виступити як чергова психотравмуюча ситуація, що спровокує чергову зміну субособистостей, яка теж буде амнезована.

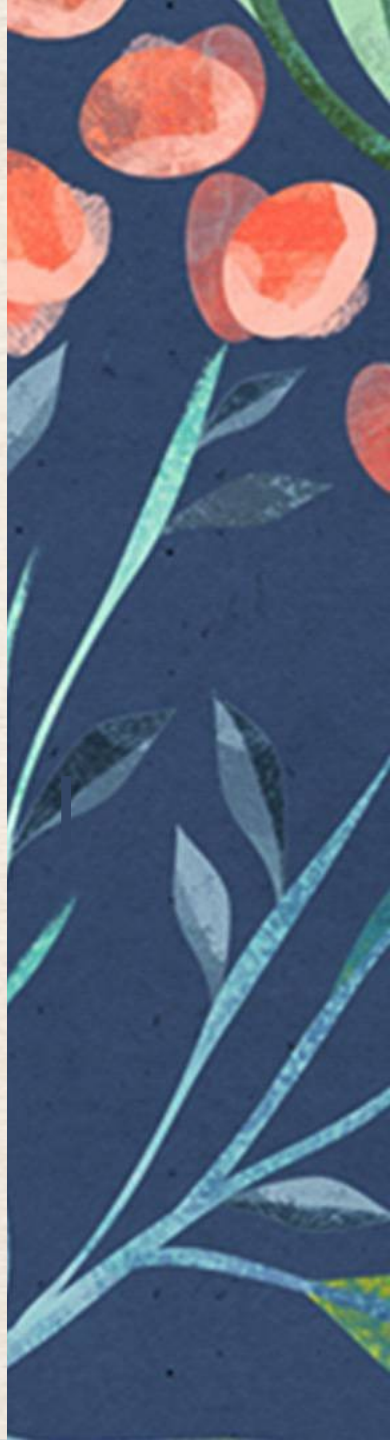


РЕАКЦІЯ НА ВАЖКИЙ СТРЕС І ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ

Гостра реакція на стрес (F43.0)

Клінічні діагностичні критерії:

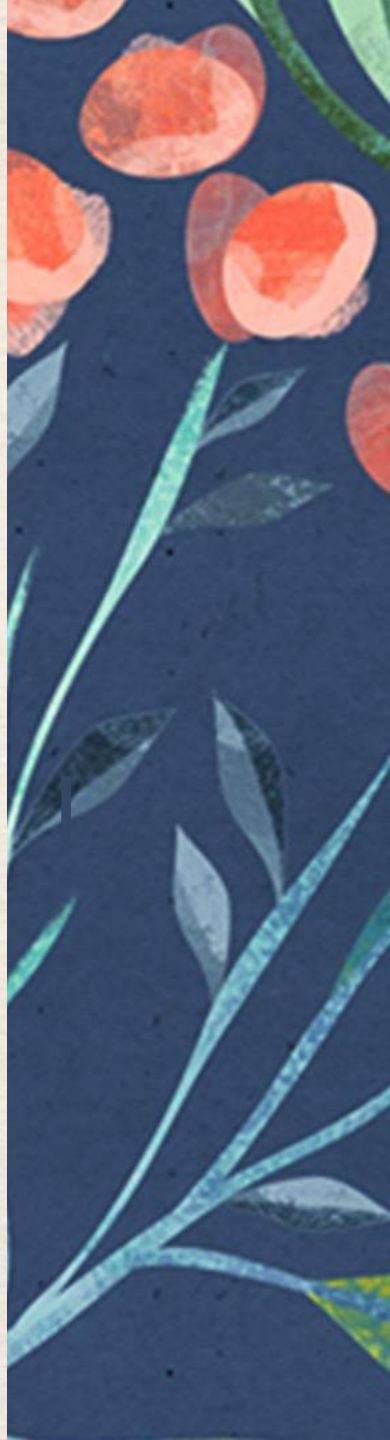
- Наявність незвичайного емоційно-стресорного фактору.
- Швидкий початок безпосередньо після стресорної події.
- Ініціальний стан оглушення; звужений об'єм уваги, тривога, гнів, відчай, безпосередність, надмірне горе.
- Присутність вегетативних симптомів.
- Часткова амнезія епізоду.
- Швидке припинення після усунення стресових обставин.



Посттравматичний стресовий розлад (F43.1)

Клінічні діагностичні критерії:

- Наявність стресової події катастрофічного рівня.
- Нав'язливі спогади (ремінісценції) про подію, у тому числі раптові (флешбеки), нав'язливі сновидіння.
- Уникнення обставин, які асоціюються із стресорною подією.
- Емоційна відчуженість, зникнення соціальної активності.
- Гострі спалахи страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними спогадами про стресорну подію.
- Вегетативні розлади.
- Початок від 2 до 6 місяців після стресорної події.



Розлади адаптації (F43.2)

Клінічні діагностичні критерії:

Розвиток протягом 1 місяця після стресової події або зміни в житті.

Зв'язок симптоматики зі стресовою подією.

Тривалість рідко більше 6 місяців.

Короткочасна депресивна реакція — транзиторний легкий депресивний стан не триваліше 1 місяця (F43.20).

Пролонгована депресивна реакція — легкий депресивний стан тривалістю не більше 2 років (F43.21).

Змішана тривожна і депресивна реакція — сполучення чітких тривожних і депресивних симптомів (F43.22).

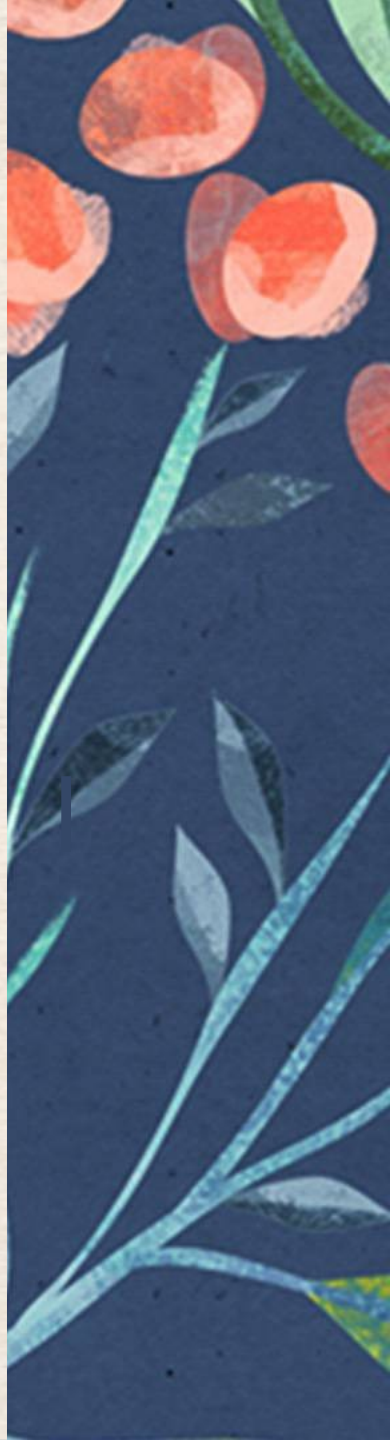
З переважанням емоційних порушень (F43.23).

З переважанням порушень поведінки (F43.24).

Змішаний розлад емоцій і поведінки (F43.25).

Інші реакції на важкий стрес (F43.8).

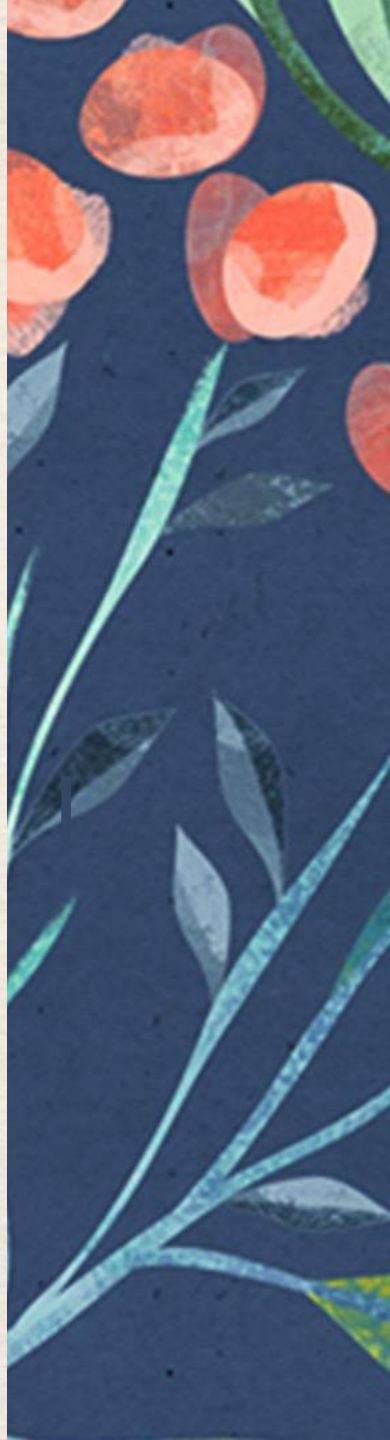
Реакція на важкий стрес, неуточнена (F43.9).



Соматизований розлад (F45.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- Наявність протягом не менше 2 років безпідставних множинних соматичних скарг.
- Наявність безпідставних ідей про існування важких соматичних захворювань.
- Неможливість раціонального переконання пацієнта у відсутності соматичної хвороби.
- Відсутність даних про відповідне морфофункціональне органічне системне порушення.
- Певний ступінь демонстративної поведінки.



Лікування

Загальні принципи терапії неврозів: етапність, індивідуальність, комплексність, спадкоємність, особисте та соціальне спрямування.

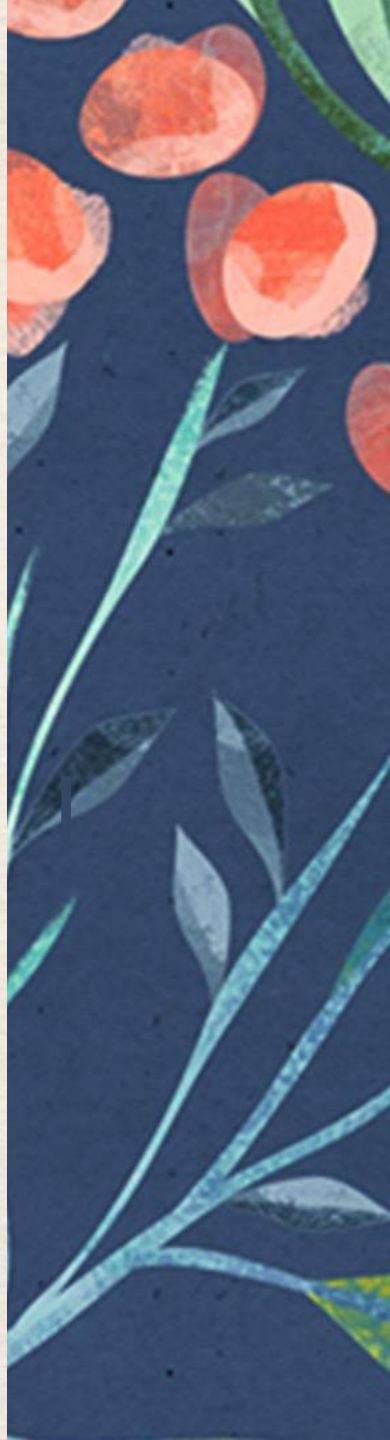
Виділяють 4 етапи лікування: підготовчий, основний, підтримувальний, протирецидивний. Методом вибору є психотерапія, тобто система лікувального впливу на хворого, опосередкована через психічну сферу. Вибір конкретної психотерапевтичної техніки залежить від особливостей пацієнта, клінічної форми неврозу.



Для лікування неврозів використовують такі види психотерапії:

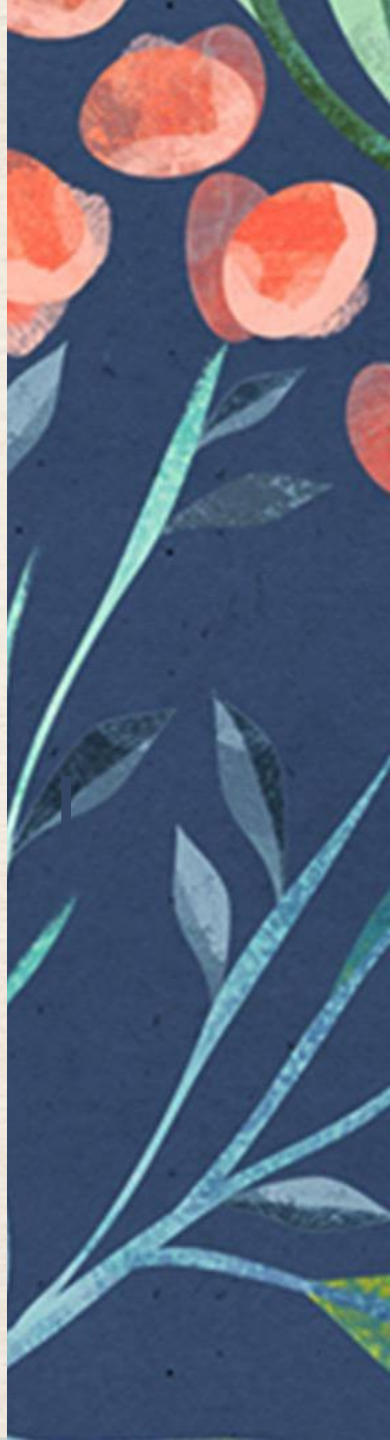
- аутопсихотерапія (проводить сам хворий);
- гетеропсихотерапія (проводить психотерапевт);
- індивідуальна (бере участь один пацієнт);
- групова (бере участь терапевтична група).

За характером техніки, що використовується, психотерапію поділяють на сугестивну, раціональну, групову, аналітичну, біхевіоральну, екзистенційну та ін.



Медикаментозна терапія. Найчастіше з психофармакологічних засобів застосовують транквілізатори, коректори поведінки та антидепресанти.

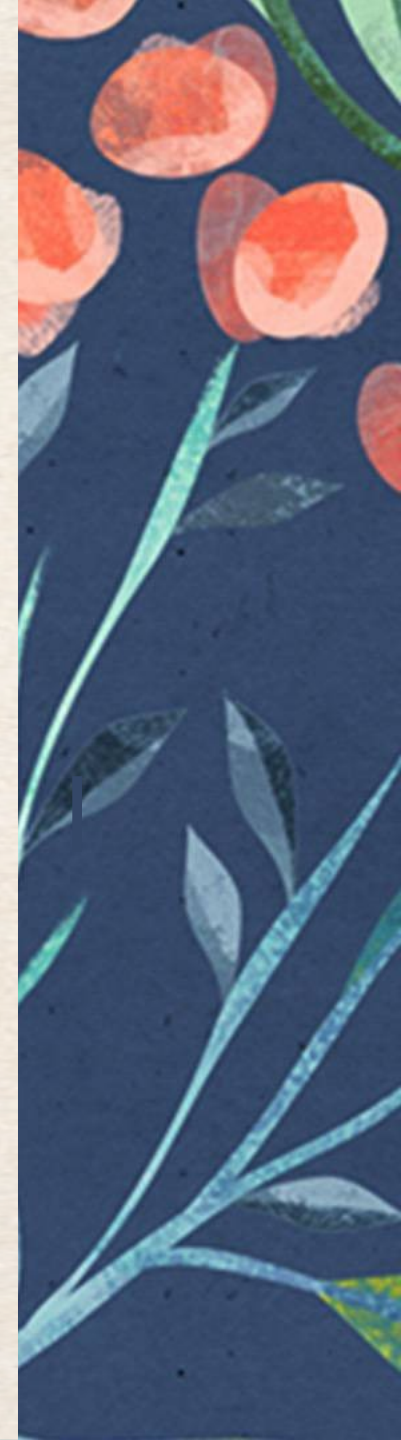
Фобічний синдром (обсесивно-фобічний, тривожно-фобічний). Показані: бензодіазепінові похідні — рудотель (медазепам), по 10—30 мг; радедорм (нітразепам), по 5—10 мг; транксен, по 20—200 мг; івадал, по 10—15 мг; хлордіазепоксид, по 20—60 мг; діазепам, по 15—20 мг; феназепам, по 1,5—2,0 мг на добу. Під час загострення ефективна парентеральна психофармакотерапія. У разі вираженого обсесивного компоненту застосовують френолон — до 30 мг/добу.



Лікування хворих з депресивним синдромом проводять за допомогою перерахованих вище та інших антидепресантів, транквілізаторів у середньотерапевтичних дозах.

При астеничному синдромі поєднують середньотерапевтичні дози седативних та психостимулювальних засобів (сиднокарб, сиднофен — 10—20 мг на добу, кофеїн, кордіамін — до 10 мг на добу)

При іпохондричному синдромі поряд із транквілізаторами використовують антидепресанти (іміпрамін — до 50 мг), амітриптилін (до 100 мг), ципраміл (до 60 мг), прозак (до 60 мг на добу), золофт (по 25—100 мг на добу), психостимулятори (сиднокарб, сиднофен — до 10—15 мг на добу).



Контрольні запитання

1. Чим відрізняються психотичні розлади від непсихотичних?
2. Що таке неврастенія?
3. Як відрізнити істеричний напад від епілептичного?
4. Що таке психогенні хвороби?
5. Чим відрізняється дисоціативна фуга від дисоціативної амнезії?

