

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
ИНСТИТУТ ДЕТСТВА
КАФЕДРА ЛОГОПЕДИИ И ДЕТСКОЙ РЕЧИ

Соматогенные психические расстройства.

Выполнили студенты группы 3.080.1.15 и 3.080.3.15

Антонина Ивановна Леонтьева

Татьяна Николаевна Бель

Екатерина Александровна Салтевская

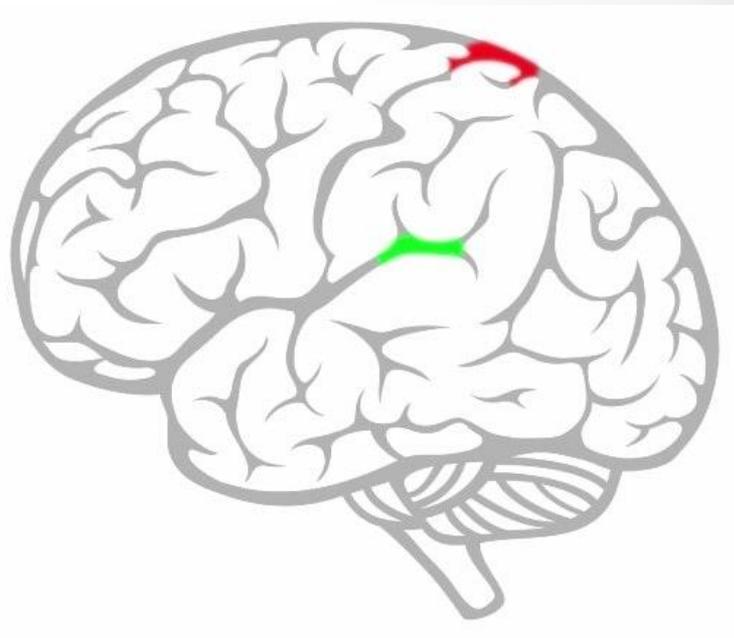
Виктория Георгиевна Быковская

- ❖ Особенности психической сферы у больных с соматическими заболеваниями издавна привлекают к себе внимание врачей. Соматические заболевания, обусловленные поражением внутренних органов или целых систем, нередко вызывают различные психические расстройства – "соматогенные психозы".
- ❖ Многочисленные исследователи и практикующие врачи обращают внимание на рост в последние годы невротизации соматических заболеваний и соматизации невротических расстройств, подчёркивают повышение роли психиатрии, психотерапии и психопрофилактики в соматической медицине и важность психологической реабилитации больных хроническими соматическими заболеваниями.
- ❖ Неврозоподобные наслоения не только сами по себе являются нежелательным «довеском» соматического страдания, но и негативно влияют на свою соматическую основу, чем усложняют лечение.
- ❖ Таким образом, любое психотерапевтическое влияние на соматических больных должно, в первую очередь, учитывать особенности их психического состояния и личностных реакций.

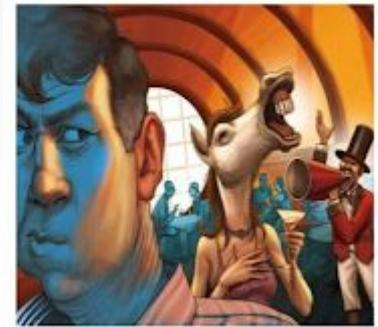


- ❖ Большинство хронических соматических заболеваний сопровождается психическими симптомами либо вследствие прямого повреждающего действия биологического патологического процесса на функционирование головного мозга (например, нервозность, возбудимость при гипертиреозе, депрессия, тревога, изменения личности при опухолях головного мозга), либо вследствие психологического реагирования на факт заболевания.
- ❖ У больных с соматическими заболеваниями может наблюдаться широкий круг психических нарушений как невротического, так и психотического или субпсихотического уровней.
- ❖ Вероятность возникновения соматогенных психических расстройств зависит от характера основного заболевания, степени его тяжести, этапа течения, уровня эффективности терапевтических воздействий, а также от таких свойств, как наследственность, конституция, преморбидный склад личности, возраст, иногда пол, реактивность организма, наличие предшествующих вредностей.

- ❖ Соматические заболевания приобретают самостоятельное значение в возникновении расстройства психической деятельности, по отношению к которому они являются экзогенным фактором.
- ❖ Важное значение имеют механизмы гипоксии мозга, интоксикации, нарушения обмена веществ, нейрорефлекторных, иммунных, аутоиммунных реакций.
- ❖ С другой стороны соматогенные психозы нельзя понимать лишь как результат соматической болезни. В их развитии играют роль предрасположенность к психопатологическому типу реагирования, психологические особенности личности, психогенные воздействия.



- ❖ Психические нарушения наблюдаются при острых кратковременных, затяжных и хронических соматических заболеваниях. Они проявляются в виде непсихотических (астенических, астенодепрессивных, астенодистимических, астеноипохондрических, тревожно-фобических, истероформных), психотических (делириозных, делириозно-аментивных, онирических, сумеречных, кататонических, галлюцинаторно-параноидных), дефектно-органических (нсихоорганического синдрома и деменции) состояний.



- ❖ Экзогенный характер психических нарушений неспецифического типа обычно наблюдается при остром течении соматической болезни. В случаях хронического ее течения с диффузным поражением головного мозга токсико-аноксического характера чаще, чем при инфекциях, отмечается тенденция к эндоформности психопатологической симптоматики.
- ❖ Первые признаки невротических нарушений: физическая и психическая астения, общая слабость, повышенная утомляемость, ощущение обессиливания, снижение работоспособности и концентрации внимания, ухудшение памяти, невнимательность, постсомнические нарушения. Практически все больные отмечают наличие головной боли нервно - мышечного характера, которую описывают как ощущение тяжести в голове, «шлема», «стягивающего с



- ❖ Постепенно появляются расстройства эмоционально-волевой сферы: болезненная раздражительность, вспыльчивость, колебание настроения от мрачно-пессимистического до обычного, ровного. Впоследствии в эмоциональной сфере преобладающими становятся негативные эмоции, усиливается подавленность, снижение настроения, формируется ощущение тоски, внутреннего дискомфорта с элементами тревожности.
- ❖ В то же время при изучении психического состояния больных обращает на себя внимание бледность, невыразительность, расплывчатость симптоматики, её парциальность. При беседе больные не акцентируют на ней внимание, воспринимая её как второстепенное, хотя и неприятное «дополнение» к соматическому заболеванию.



Характеристика нарушений психической сферы у

больных соматическими заболеваниями

Клинические проявления нарушений психической сферы у больных с различными соматическими заболеваниями можно выделить их в три основные группы.

1. Соматогенный астенический симптомокомплекс, который сформировался вследствие нейротоксического и психотравмирующего влияния соматических заболеваний.

- ❖ Основным патопсихологическим механизмом формирования соматогенного астенического симптомокомплекса является изменение биосоциального статуса личности в результате соматического заболевания как фактора, независимого от субъективно-волевой сферы больного.

2. Острые невротические расстройства, которые возникли у соматических больных вследствие перенесённых психотравм.

- ❖ Невротические расстройства появляются на фоне соматического заболевания, однако причинная связь их с соматическим заболеванием не прослеживается. Выявляются острые или хронические психотравмы (чаще всего семейно-бытового характера, или связанные с работой больных)

3. Невротические расстройства с затяжным течением, на фоне которых развилось соматическое заболевание

Характеристика нарушений психической сферы у

больных соматическими заболеваниями

Клинические проявления нарушений психической сферы у больных с различными соматическими заболеваниями можно выделить их в три основные группы

1) Соматогенный астенический симптомокомплекс, который сформировался вследствие нейротоксического и психотравмирующего влияния соматических заболеваний.

2) Острые невротические расстройства, которые возникли у соматических больных вследствие перенесённых психотравм.

3) Невротические расстройства с затяжным течением, на фоне которых развилось соматическое заболевание

- ❖ Невротическая симптоматика характеризуется потерей парциальности, осознанием болезненности состояния, синдромологическим усилением, потерей связи с психотравмой, ростом вегетативных и соматовисцеральных компонентов, появлением астено-депрессивных, астено-ипохондрических, обсессивно-фобических, депрессивно-фобических психопатологических синдромов, а в дальнейшем и формированием психопатизации личности больных, проявлениями ригидности и дезадаптации.



- ❖ Клинико-психопатологическое и анамнестическое исследование особенностей психического статуса больных различными соматическими заболеваниями позволяет констатировать:

- 1) клиническую неоднородность непсихотических расстройств психической сферы, которые отмечаются у соматических больных;
- 2) зависимость их от преморбидной акцентуации личности больных, давности и тяжести соматического заболевания, особенностей психотравмирующих факторов, соотношения времени появления невротических расстройств и соматического заболевания;
- 3) необходимость дифференцированного подхода при построении системы психотерапии соматических больных.



Классификация соматогенных

психических расстройств

Психические расстройства, обусловленные соматической патологией:

- ❖ Органические (заболевания ЦНС) и симптоматические (соматогенные – психические расстройства, развивающиеся вследствие непосредственного влияния заболевания на деятельность ЦНС. Влияние преимущественно обусловлено гипоксическими и токсическими эффектами. Как правило, носят монотонный характер, симптоматика достаточно стойкая и четко очерченная. Симптоматика не обростает невротическими жалобами.)
- ❖ Нозогенные – психические расстройства, обусловленные патологической личностной реакцией на заболевание, особенности лечения, обострение (лично-опосредованные расстройства).



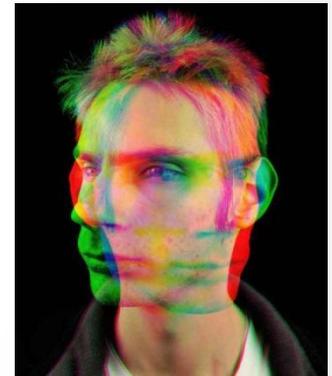
1. Пограничные непсихотические

расстройства:

а) астенические, неврозоподобные состояния, обусловленные соматическими неинфекционными заболеваниями, нарушением обмена веществ, роста и питания;

б) непсихотические депрессивные расстройства, обусловленные соматическими неинфекционными заболеваниями, нарушением обмена веществ, роста и питания, другими и неуточненными органическими заболеваниями головного мозга;

в) неврозо- и психопатоподобные расстройства вследствие соматогенных органических поражений головного мозга.



2. Психотические состояния, развившиеся в результате функционального

или органического поражения мозга:

- ❖ острые психозы - астенической спутанности, делириозный, аментивный и другие синдромы помрачения сознания;
- ❖ подострые затяжные психозы - параноидный, депрессивно-параноидный, тревожно-параноидный, галлюцинаторно-параноидный, кататонический и другие синдромы;
- ❖ хронические психозы - корсаковский синдром, галлюцинаторно-параноидный, сенестопато-ипохондрический, вербального галлюциноза и др.



3. Дефектно-органические состояния:

- ❖ простой психоорганический синдром;
- ❖ корсаковский синдром;
- ❖ деменция.



Диагностические критерии соматогенных расстройств

В МКБ-10 указываются следующие общие критерии соматогенных (в том числе органических) расстройств:

1. Объективные данные (результаты физического и неврологического обследований и лабораторных тестов) и (или) анамнестические сведения о поражениях ЦНС или заболевании, которое может вызывать церебральную дисфункцию, включая гормональные нарушения (не связанные с алкоголем или другими психоактивными веществами) и эффекты непсихоактивных препаратов.
2. Временная зависимость между развитием (обострением) заболевания и началом психического расстройства.
3. Выздоровление или значительное улучшение психического состояния после устранения или ослабления действия предположительно соматогенных (органических) факторов.
4. Отсутствие других вероятных объяснений психического расстройства (например, высокой наследственной отягощенности клинически сходными или родственными расстройствами)

К. Шнайдер предложил считать условиями появления соматически обусловленных психических нарушений наличие следующих признаков:

- ❖ присутствие выраженной клиники соматического заболевания;
- ❖ присутствие заметной связи во времени между соматическими и психическими нарушениями;
- ❖ определенный параллелизм в течении психических и соматических расстройств;
- ❖ возможное, но не обязательное появление органической симптоматики.



Психические расстройства при отдельных

соматических заболеваниях

- ❖ Психические нарушения при заболеваниях сердца
- ❖ Психические нарушения при инфаркте миокарда



Мелкоочаговый
инфаркт
миокарда

Крупноочаговой
инфаркт

инфаркт задней
стенки левого
желудочка

Постинфарктное
состояние



❖ Психические нарушения возникают также при пороках сердца.



❖ При ревматических пороках сердца **В. В. Ковалев** выделил следующие варианты психических расстройств:

- ❖ пограничные (астенические)
- ❖ психотические (кардиогенные психозы)
- ❖ энцефалопатические (психоорганические)



- ❖ *Психические расстройства, возникающие после кардиохирургического вмешательства, являются следствием не только церебрально-сосудистых нарушений, но и личностной реакции. В. А. Скумин выделил «кардиопротезный психопатологический синдром», часто возникающий при имплантации митрального клапана или многоклапанном протезировании.*



- ❖ *Психические расстройства у больных с почечной патологией*



- ❖ Психотические расстройства в случае затяжных и хронических заболеваний почек



- ❖ Психические нарушения при заболеваниях пищеварительного тракта



❖ Психические расстройства при онкологических заболеваниях.

Соматогенные:

- Опухоли с первичной локализацией в головном мозге или метастазы в мозг: клиника определяется зоной поражения, представлена неврологической симптоматикой, недостаточностью или разрушением отдельных психических функций, а также астенией, психоорганическими синдромами, общемозговой симптоматикой, судорожным синдромом и реже галлюцинозами;
- Расстройства, вызванные интоксикацией распада тканей и наркотическими анальгетиками: астения, эйфория, синдромы помрачения сознания (аментивный, делириозный, делириозно-онейроидный), психоорганический синдром.

Психогенные:

- Представляют собой результат реакции личности на заболевание и его последствия. Одной из наиболее существенных составляющих является реакция на диагноз онкологического заболевания. В связи с этим нужно понимать, что вопрос сообщения диагноза онкологическому больному остается неоднозначным. В пользу сообщения диагноза, как правило, указывают:



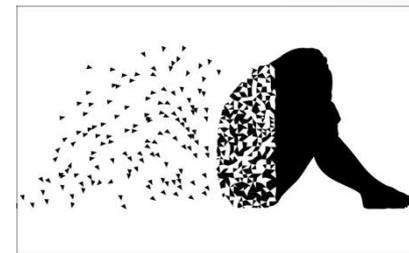
1. возможность создать более доверительную атмосферу во взаимоотношениях между больным, врачами, родными и близкими, уменьшить социальную изоляцию больного;

2. более активное участие больного в лечебном процессе;

3. возможность принятия больным ответственности за свою дальнейшую жизнь.

Так или иначе, независимо от источника информации о наличии у него онкологического заболевания человек проходит через кризис, характеризующийся следующими **этапами**:

- ❖ шок и отрицание заболевания;
- ❖ гнев и агрессия (переживание несправедливости судьбы);
- ❖ депрессия;
- ❖ принятие болезни.



Принципы построения системы

психотерапии соматических больных

Учитывая отмеченные выше особенности личности соматических больных, реагирование их на заболевание, клиническую неоднородность непсихотических нарушений психической сферы, психотерапевтическое влияние на соматических больных, как утверждают Б. М. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев должно быть системным и многоуровневым, сориентированным в трёх основных направлениях:

Первое направление — биологическое, в котором выделяется пять уровней реализации психотерапевтического влияния:

- уровень организма – наивысший и общеобъёмный уровень, который предусматривает влияние на весь организм, как тотальную биологическую систему, или систему систем;
- уровень функциональных систем (по П. К. Анохину — совокупность физиологических систем, взаимодействующих в выполнении определённой работы);
- уровень физиологических систем (системы пищеварения, дыхания, кровообращения, мочеиспускания, эндокринная и др.);
- уровень органов (например, внутреннее спокойствие работы сердца или ощущения тепла в области желудка, почек и т. п.);
- уровень отдельных групп клеток. Невзирая на известную судьбу условности этого уровня, исследования, проведённые под руководством профессора А. Т. Филатова, доказали реальность реализации гипнотического влияния на клеточном уровне.

Второе направление — психологическое (психическое), в котором выделяют три уровня:

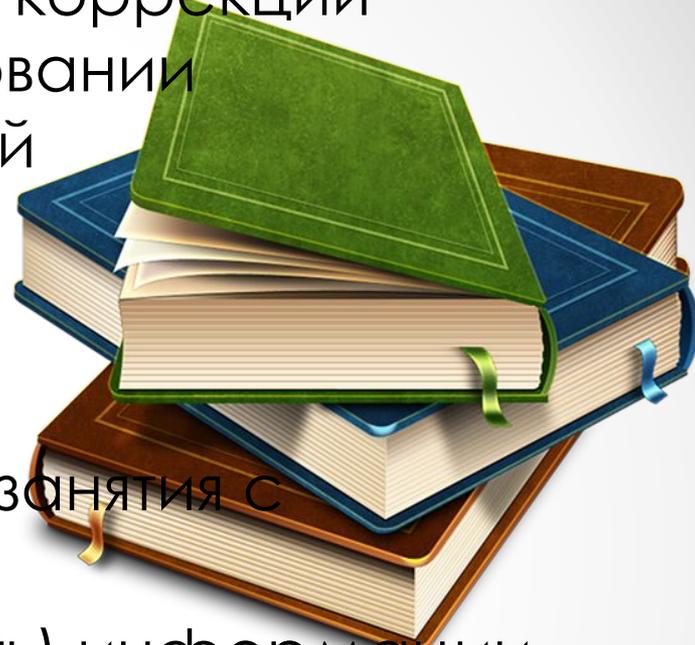
- уровень личности – это наивысший и тотальный уровень, который предусматривает коррекцию личностных установок, системы моральных ценностей и т. п.;
- -уровень сфер психики (восприятие, эмоции, память, мышление и др.);
- -уровень отдельных свойств сфер психики (например, укрепление и потенцирование уверенности, покоя, выдержки и т. п.).

Третье направление — социальное, которое также предусматривает три уровня:

- уровень макросоциальной реадaptации личности (восстановление или коррекция ролевой позиции личности);
- уровень микросоциальной реадaptации личности (восстановление или коррекция микросоциальных ролевых позиций в семье и других микросоциальных группах);
- уровень аутореабилитации.

Система психотерапевтической коррекции должна также строиться на основании дидактического подхода, который предусматривает:

- ❖ Этапность влияния.
- ❖ Связь каждого последующего занятия с предыдущим.
- ❖ Доступность (вразумительность) информации.
- ❖ Соответствие заданий возможностям больного.
- ❖ Систематичность в овладении навыками психической саморегуляции.



В процессе психотерапевтического влияния выделяется три этапа:

Седативно-адаптирующий.

- Основные задания:
- установление эмоционального контакта с больным;
- формирование доверия к врачу, адекватного отношения к психотерапии;
- дезактуализация острой невротической симптоматики.
- На этом этапе, учитывая наличие у большинства больных существенных проявлений астенизации и отсутствие определённых навыков, методы аутопсихотерапии, как правило, не используются.
- Основными методами при этом являются: гипносуггестивная, рациональная, косвенная психотерапия (потенцирование комплекса медикаментозного лечения, физиотерапия, диеты и тому подобное, а также врача-интерниста, как ключевой фигуры лечебного процесса).
- Главная направленность психотерапии этого этапа — симптоматическая.

Лечебно-корректирующий.

- Основные задания:
- достижение позитивной динамики эмоционального состояния больных;
- осознание больными связи факторов и проявлений невротических расстройств с особенностями их личности и поведения, конфликтами, нерешёнными эмоциональными проблемами;
- коррекция масштаба переживания болезни, её социальной значимости;
- перестройка личности больного, системы его отношений, реадaptация в макро- и микросоциальной среде.
- Основные методы: коллективно-групповая, рациональная психотерапия, методы психической саморегуляции, самовнушение; вспомогательные — гипносуггестия, внушение наяву, косвенная психотерапия.
- Главная направленность психотерапии второго этапа — патогенетическая.

Профилактически-закрепляющий.

- Основные задания:
- закрепление достигнутого терапевтического результата и навыков психической саморегуляции;
- коррекция системы жизненных целей, ценностей, отношения к заболеванию, своему «Я» и окружающей среде.
- Психотерапевтическая работа с больными на этом этапе осуществляется, в первую очередь, путём доработки навыков психической саморегуляции, рациональной психотерапии, внушения наяву.
- Главная направленность психотерапии этого этапа — профилактическая.



Системность и
многоуровневость влияния.

Этапность психотерапевтических
мероприятий, которая базируется на
дидактическом подходе.

Комплексность, использование нескольких
методов психотерапии, с последовательным
изменением их роли в зависимости от заданий
этапа системы.

Дифференцированное сочетание и иерархичность патогенетической,
симптоматической и профилактической направленности
психотерапевтических мероприятий в зависимости от клинико-
психопатологических и психоанамнестических особенностей соматических
больных, а также особенностей соматического страдания и личностного
реагирования больных на него.

Максимальная индивидуализация
психотерапевтического влияния при
преимущественно групповой форме
работы с больными.

Спасибо за внимание!