

Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д.Асфендиярова

Кафедра: интернатурии и резидентуры в
психиатрии и наркологии

Тема: Диагностика больных с соматическими
заболеваниями



Выполнила: Орымбаева Н.П.

Курс: 6 ВОП

Проверила: Бастасова У.А.

* К. Шнайдер предложил считать условиями появления соматически обусловленных психических нарушений наличие следующих признаков: 1) присутствие выраженной клиники соматического заболевания; 2) присутствие заметной связи во времени между соматическими и психическими нарушениями; 3) определенный параллелизм в течении психических и соматических расстройств; 4) возможное, но не обязательное появление органической симптоматики

Вероятность возникновения соматогенных 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 предшествующий вредностей.

Таким образом, этиопатогенез психических расстройств при соматических заболеваниях определяются взаимодействием трех групп факторов:

1. Соматогенные факторы
2. Психогенные факторы
3. Индивидуальные особенности пациента

Кроме того, в процессе возникновения соматогенных расстройств могут участвовать дополнительные психотравмирующие факторы, не связанные с заболеванием.

Психические нарушения при соматических заболеваниях

- При соматических заболеваниях в зависимости от тяжести, длительности и характера болезни могут наблюдаться различные психические нарушения, которые выражаются различными симптомами.
 - При соматических заболеваниях изменение психической деятельности выражается наиболее часто невротическими симптомами.
 - При большой выраженности интоксикации и остроте развития болезни возможны соматогенные психозы, сопровождающиеся состояниями измененного сознания.
 - В ряде случаев соматические заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклероз, сахарный диабет) приводят к возникновению психоорганических расстройств.
 - Длительное соматическое заболевание, необходимость месяцами и годами находиться в стационаре, «особое положение больного» в ряде случаев приводят к изменениям личности в виде патологического развития, при котором возникают черты характера, ранее не свойственные этому человеку.
-

* Определение роли соматогенных и психогенных факторов в патогенезе психических нарушений у каждого конкретного больного с соматической патологией является необходимым условием выбора адекватной стратегии и тактики лечения. При этом правильная квалификация психического нарушения и его патогенетических механизмов возможна лишь при учете соматического и психического статуса больного, соматического и психиатрического анамнеза, особенностей лечения и его возможных побочных эффектов, данных о наследственной отягощенности и других факторах предрасположения.

Психические нарушения у больного с соматическим заболеванием делает необходимым его совместное ведение врачом-интернистом и психиатром (психотерапевтом), которое может осуществляться в рамках разных моделей. Наиболее широко используемой является модель консультирования-взаимодействия, предполагающая непосредственное и опосредованное (через консультирование и обучение специалистов-соматологов) участие психиатра в терапевтическом ведении соматических больных с психическими нарушениями: психиатр выступает в качестве эксперта-консультанта и, взаимодействуя с пациентом и врачами-интернистами, участвует в выработке и корректировке тактики лечения.

* Приоритетной для психиатра-консультанта является задача распознавания и дифференциальной диагностики психических расстройств, связанных и не связанных с соматическим заболеванием пациента, а также назначение адекватного лечения с учетом его психического и соматического статуса.

1. Соматогенные психические расстройства

Соматогенные психические расстройства развиваются вследствие непосредственного влияния заболевания на деятельность ЦНС и проявляются преимущественно в виде неврозоподобной симптоматики, однако в ряде случаев на фоне тяжелой органической патологии возможно развитие психотических состояний, а также существенное нарушений высших психических функций вплоть до деменции.

* 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).

При соответствии клинической картины заболевания критериям 1, 2 и 4 оправдан временный диагноз, а при соответствии всем критериям диагноз соматогенного (органического, симптоматического) психического расстройства может считаться определенным.

* В МКБ-10 соматогенные расстройства представлены преимущественно в Разделе F00-F09 (Органические, включая симптоматические психические расстройства) –

Деменции

F00 Деменция при болезни Альцгеймера

F01 Сосудистая деменция

F02 Деменция при других заболеваниях (при болезни Пика, при эпилепсии, при травмах головного мозга и др.)

F03 Деменция неуточненная

F04 Органический амнестический синдром

(выраженные нарушения памяти – антероградная и ретроградная амнезия – на фоне органической дисфункции)

* F05 Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоативными веществами (помрачение сознания на фоне тяжелого соматического заболевания или мозговой дисфункции)

Другие психические расстройства, обусловленные повреждением или дисфункцией головного мозга или соматической болезнью:

F06.0. Органический галлюциноз

F06.1. Органическое кататоническое состояние

F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство .

F06.3 Органические расстройства настроения: маниакальное, депрессивное, биполярное расстройства психотического уровня, а также гипоманиакальное, депрессивное, биполярное расстройства непсихотического уровня

F06.4 Органическое тревожное расстройство

F06.5 Органическое диссоциативное расстройство

F06. Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство

F06.7 Легкое когнитивное расстройство в связи с мозговой дисфункцией или соматическим заболеванием

* 1.1. Синдромы помрачения сознания.

Наиболее часто при соматической патологии возникают делириозные помрачения сознания, характеризующиеся дезориентировкой во времени и месте, наплывами ярких истинных зрительных и слуховых галлюцинаций, психомоторным возбуждением.

При соматической патологии делирий может носить как волнообразный так и эпизодический характер, проявляясь в виде abortивных делириев, нередко сочетающихся с оглушением или с онейрическими (сновидными) состояниями.

Для тяжелых соматических заболеваний характерны такие варианты делирия, как мусситирующий и профессиональный с нередким переходом в кому

При наличии органического поражения головного мозга различного генеза также возможны различные варианты сумеречных расстройств.

*1.2. Синдромы выключения сознания.

При выключенном сознании разной степени глубины отмечается повышение порога возбудимости, замедление психических процессов в целом, психомоторная заторможенность, нарушение восприятия и контакта с окружающим миром (вплоть до полной потери при коме).

Выключение сознания наступает в терминальных состояниях, при тяжелых интоксикациях, черепно-мозговых травмах, опухолях головного мозга и др.

Степени выключения сознания:

1. сомноленция,
2. оглушение,
3. сопор,
4. кома.

* 1.3 Психоорганический синдром и деменция.

Психоорганический синдром – синдром нарушения интеллектуальной деятельности и эмоционально-волевой сферы при поражениях головного мозга. Может развиваться на фоне сосудистых заболеваний, как следствие черепно-мозговых травм, нейроинфекций, при хронических обменных нарушениях, эпилепсии, атрофических старческих процессах и др.

Расстройства интеллектуальной деятельности проявляются снижением ее общей продуктивности и нарушением отдельных когнитивных функций – памяти, внимания, мышления. Отчетливо выступают снижение темпа, инертность и вязкость познавательных процессов, обеднение речи, тенденция к персеверациям.

При прогрессировании психоорганического синдрома (например, на фоне нейродегенеративных заболеваний) возможно развитие деменции.

Характерным признаком деменции является существенное нарушение познавательной деятельности и обучаемости, утрата приобретенных навыков и знаний. В ряде случаев наблюдаются нарушения сознания, расстройства восприятия (галлюцинации), явления кататонии, бреда.

При деменции отмечаются также выраженные эмоционально-волевые нарушения (депрессии, эйфорические состояния, тревожные расстройства) и отчетливые изменения личности с первичным заострением отдельных черт и последующим нивелированием личностных особенностей (вплоть

* 1.4. Астенический синдром при соматических заболеваниях.

Астенические явления наблюдаются у большинства больных с соматическими заболеваниями, в особенности при декомпенсации, неблагоприятном течении болезни, наличии осложнений, полиморбидности.

Астенический синдром проявляется следующей симптоматикой:

1. повышенная физическая/умственная утомляемость и истощаемость психических процессов, раздражительность, гиперестезия (повышенная чувствительность к сенсорным, проприо- и интероцептивным раздражителям)
2. сомато-вегетативные симптомы;
3. расстройства сна.

Выделяют три формы астенического синдрома:

1. гиперстеническая форма;
2. раздражительная слабость;
3. гипостеническая форма.

* Характерными признаками гиперстенического варианта астении являются повышенная раздражительность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, неспособность довести до конца энергично начатое дело вследствие неустойчивости внимания и быстрого утомления, нетерпеливость, слезливость, преобладание тревожного аффекта и т.п.

Для гипостенической формы астении более характерны упорная усталость, снижение умственной и физической работоспособности, общая слабость, вялость, иногда сонливость, потеря инициативы и т.п.

Раздражительная слабость представляет собой смешанную форму, сочетающую в себе признаки и гипер- и гипостенического вариантов астении.

Для соматогенных и цереброгенных астенических расстройств характерны:

1. Постепенное развитие, часто на фоне убывания остроты заболевания.
2. Четкая, стойкая, монотонная симптоматика (в противоположность динамичной симптоматике при психогенной астении с типичным присоединением других невротических симптомов).
3. Понижение трудоспособности, особенно физической, не зависящее от эмоционального состояния (в противоположность снижению преимущественно умственной работоспособности при психогенной астении с отчетливой зависимостью от эмоциогенных факторов).
4. Зависимость динамики астенической симптоматики от течения основного заболевания.

* 1.5. Соматогенные эмоциональные нарушения.

Наиболее типичными эмоциональными нарушениями вследствие соматогенных воздействий являются депрессии.

Для органических депрессий (депрессий при органических расстройствах центральной нервной системы) характерны сочетание аффективной симптоматики с явлениями интеллектуального снижения, преобладание в клинической картине явлений негативной аффективности (апатия, апатия, аспонтанность, ангедония и др.), выраженность астенического синдрома. При сосудистых депрессиях также могут отмечаться множественные устойчивые соматические и ипохондрические жалобы. При мозговых дисфункциях часто развиваются дисфорические депрессии с преобладанием тоскливо-злобного настроения, раздражительностью, эксплозивностью.

Депрессии на фоне соматической патологии характеризуются значительной выраженностью астенической составляющей. Типичны явления повышенной психической и физической истощаемости, гиперестезия, раздражительная слабость, слабодушие, слезливость. Витальный компонент депрессии при соматических расстройствах часто преобладает над собственно аффективным. Соматические симптомы в структуре депрессивного расстройства могут имитировать симптомы основного заболевания и, соответственно, существенно затруднять диагностику психического нарушения.

*2. Нозогенные психические расстройства

В основе нозогенных расстройств лежит дезадаптивная реакция личности на заболевание и его последствия.

В соматопсихологии особенности реагирования личности на болезнь рассматриваются в рамках проблемы «внутренней картины болезни», отношения к болезни, «личностного смысла болезни», «переживания болезни» «соматонозогнозия» и т.п.

При психиатрическом подходе наибольшее значение имеют те дезадаптивные личностные реакции на болезнь, которые в своих проявлениях соответствуют критериям психопатологии и квалифицируются как нозогенные психические расстройства.

*2.1. Отношение к болезни

Понятие отношения к болезни связано с широким кругом психологических феноменов, рассматриваемых при исследовании проблемы взаимосвязей в системе личность-болезнь.

Формируясь под влиянием объективных и субъективных факторов, системы ценностей и в первую очередь ценности здоровья, отношение к болезни отражает личностный смысл конкретного заболевания, который и определяет внешние проявления более или менее успешной адаптации пациента к болезни.

Выработка пациентом отношения к болезни, структурно-функциональные изменения во всей системе его отношений в связи с фактом болезни закономерно влияют не только на течение заболевания и медицинский прогноз, но и на весь ход развития личности. В отношении пациента к болезни выражается неповторимость его личности, опыта, актуальной жизненной ситуации (в том числе, особенностей самого заболевания).

* Условно выделяют следующие типы отношения к заболеванию :

1) Гармоничный тип – характеризуется трезвой оценкой своего состояния и стремлением содействовать успеху лечения.

2) Эргопатический тип – проявляется «уходом в работу от болезни», стремлением компенсировать чувство личной неполноценности в связи с болезнью достижениями в профессиональной, учебной деятельности и в целом высоким уровнем активности. Характерно избирательное отношение к лечению, предпочтение социальных ценностей ценности здоровья.

3) Анозогнозический тип – проявляется частичным или полным игнорированием факта болезни и медицинских рекомендаций, стремлением сохранить прежний образ жизни и прежний образ Я, несмотря на болезнь. Часто такое отношение к болезни имеет защитно-компенсаторный характер и является способом преодоления тревоги в связи с заболеванием.

4) Тревожный тип

5) Обсессивно-фобический тип

6) Ипохондрический тип

- * 7) Неврастенический тип – характеризуется явлениями раздражительной слабости, повышенной утомляемости, непереносимостью болевых ощущений, вспышками раздражения и нетерпения в связи с болезнью с последующим раскаянием за собственную несдержанность.
- 8) Меланхолический тип
- 9) Апатический тип – характеризуется безразличием к своей судьбе, исходу заболевания, результатам лечения, пассивностью в лечении, сужением круга интересов и социальных контактов.
- 10) Сенситивный тип – проявляется повышенной чувствительностью к мнению окружающих относительно факта болезни, боязнью стать обузой для близких, стремлением скрывать факт заболевания, ожидая неблагоприятной реакции, оскорбительной жалости или подозрений в использовании заболевания в корыстных целях.
- 11) Эгоцентрический тип
- 12) Паранойяльный тип
- 13) Дисфорический тип – проявляется злобно-тоскливым настроением в связи с болезнью, завистью, враждебностью по отношению к здоровым людям, раздражительностью, вспышками гнева, требованием подчинения окружающих личным интересам, в том числе, связанным с болезнью и лечением.

* 2.2. Собственно нозогенные психические расстройства

При наличии предрасполагающих условий (особого личностного преморбида, психических расстройств в анамнезе, наследственной отягощенности психическими расстройствами, угрозы для жизни, социального статуса, внешней привлекательности пациента), дезадаптивная личностная реакция на заболевание может принимать форму клинически выраженного психического нарушения – нозогенного расстройства.

В зависимости от психопатологического уровня и клинической картины нозогенных расстройств выделяют следующие их виды:

1. Реакции невротического уровня: тревожно-фобические, истерические, соматизированные.
2. Реакции аффективного уровня: депрессивные, тревожно-депрессивные, депрессивно-ипохондрические реакции, синдром «эйфорической псевдодеменции».
3. Реакции психопатического уровня (с формированием сверхценных идей): синдром «ипохондриии здоровья», сутяжные, сенситивные реакции, синдром патологического отрицания болезни.

* Принципиальным также является разграничение нозогенных расстройств по критерию степени осознания и личностной вовлеченности пациента в ситуацию болезни. На основании этого критерия выделяют:

1. Анозогнозии

2. Гипернозогнозии

Анозогнозия – клинико-психологический феномен, характеризующийся полным либо частичным (гипонозогнозия) неосознаванием и искаженным восприятием больным своего болезненного состояния, психических и физических симптомов болезни.

Соответственно, гипернозогнозии характеризуются переоценкой пациентом тяжести и опасности заболевания, обуславливающей его неадекватную личностную вовлеченность в проблематику болезни и связанные с ней нарушения психосоциальной адаптации.

Одним из факторов риска развития гипернозогнозических реакций является некорректное (неэтичное) поведение врача (медицинского персонала), приводящее к неправильной интерпретации пациентом симптомов и тяжести заболевания, а также к формированию дезадаптивных установок в отношении болезни. При этом в ряде случаев возможно развитие (ятрогенной) невротической симптоматики с выраженным тревожным и сомато-вегетативным компонентом.

* Первичная профилактика соматогенных расстройств самым тесным образом связана с профилактикой и как можно более ранним выявлением и лечением соматических заболеваний. Вторичная профилактика связана со своевременной и наиболее адекватной терапией взаимосвязанных основного заболевания и психических расстройств.

Учитывая, что психогенные факторы (реакция на заболевание и все то, что с ним связано, реакция на возможную неблагоприятную обстановку) имеют немаловажное значение как при формировании соматогенных психических расстройств, так и при возможном утяжелении течения основной соматической болезни, необходимо применять меры и по профилактике этого рода воздействий. Здесь самая активная роль принадлежит медицинской деонтологии, одним из основных аспектов которой является определение специфики деонтологических вопросов применительно к особенностям каждой специальности.

* 3. Частные аспекты психических нарушений при соматических заболеваниях

3.1 Психические нарушения при онкологических заболеваниях

При онкологических заболеваниях могут развиваться как соматогенные, так и психогенные психические расстройства.

Соматогенные:

а) 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;

б) расстройства, вызванные интоксикацией распада тканей и наркотическими анальгетиками: астения, эйфория, синдромы помрачения сознания (аментивный, делириозный, делириозно-нейроидный), 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.

Несообщение диагноза мотивируется, прежде всего, высокой вероятностью тяжелых депрессивных реакций вплоть до суицидных попыток.

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

1. шок и отрицание заболевания;
2. гнев и агрессия (переживание несправедливости судьбы);
3. депрессия;
4. принятие болезни.

* 3.2. Психические расстройства пред- и послеоперационного периодов

Предоперационный период

Ведущим в патогенезе является реакция личности на заболевание и необходимость операционного вмешательства. Клиника в основном представлена тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами различной степени выраженности. Существенным в профилактике является адекватная предоперационная психологическая подготовка, включающая в себя разъяснение характера и необходимости операции, формирование установки на проведение операции и, при необходимости, снижение уровня тревожности как психотерапевтическими, так и лекарственными методами. Степень психологической подготовленности больного в результате психосоматических взаимоотношений во многом определяет как течение самой операции, так и послеоперационного периода.

Послеоперационный период

Возникновение психических расстройств послеоперационного периода определяется влиянием всех трех основных групп факторов. Клиника представлена основными синдромами психических нарушений, характерными для соматических заболеваний .

Основные диагностические задачи в клинике соматоформных расстройств

В соматической клинике комплекс задач психологической диагностики направлен на определение психологических факторов, участвующих в формировании и развитии патофизиологических процессов и соматических симптомов, а также на выявление изменений психической деятельности и социальных позиций больных, связанных с соматическим заболеванием. Такая направленность психологической диагностики определяется современными этиопатогенетическими представлениями о биопсихосоциальной сущности соматических заболеваний. Анализ и интерпретацию полученных психодиагностических данных необходимо осуществлять в рамках этой системной (биопсихосоциальной) модели, что будет способствовать пониманию не только сложных психосоматических и соматопсихических взаимоотношений, но и механизмов адаптации личности к болезни и оптимизации качества жизни больных.