Тема: **Психологічна та патопсихологічна характеристика органічних синдромів та їх розладів**

Помітну роль у формуванні уявлень про причини захворювання зіграла

концепція Jackson H.J. (1864) про локалізацію функцій нервової системи. Цей

автор розділив симптоми, що виникають внаслідок ураження головного

мозку на негативні, або симптоми випадіння та позитивні - пов’язані із

звільненням нижніх відділів мозку з-під контролю вищих.

Концепція Jackson знайшла своє відображення у дослідженнях Kraepelin E.

(1920) про регістри психопатологічних синдромів.

Він виділив невротичні, афективні, галюцинаторні, маячні, дискінетичні та

енцефалопатичні розлади.

Виходячи з глибини ураження психіки французькі дослідники H. Eni та J.

Rouart (1936) розробили власну шкалу, виділивши 8 груп основних

синдромів: невротичні, параноїдні, онейроїдні, сенестопатичні, маніакально-

меланхолічні, сплутано-ступорозні, шизофренічні та цементуючі.

Ідеї Jackson були трансформовані і розповсюджені на клінічну

синдромологію А.В. Цим дослідником був сформульований принцип

нозологічної специфічності психопатологічних синдромів, згідно якого по

мірі прогресування патологічного процесу синдроми перетворюються з

простих у складні та з малих у великі. Він наполягав на наявності досить

сталого співвідношення між позитивними і негативними синдромами та

нозологічними одиницями, стверджуючи, що окремо розглянутий клінічний

симптом або синдром, сам по собі ні про що не свідчить, виражаючи лише

“певний епізод безперервного розвитку хвороби”.

Він виділяв 9 груп (кіл) позитивних і 10 груп (кіл) негативних синдромів, які

розташовані один за одним виходячи зі ступеню тяжкості та наростання

нозологічної специфічності. У числі перших: емоційно-гіперестетичні,

афективні та невротичні розлади, вербальний галюциноз і паранояльні стани,

кататонічні, галюцинаторно-параноїдні, парафренні синдроми потьмарення

свідомості, парамнезії, судомні та психоорганічні синдроми. У числі других: виснажуваність психічної діяльності, суб’єктивно усвідомлена зміненість,

об’єктивно визначена зміненість, дисгармонія особистості, падіння

енергетичного потенціалу, зниження рівня особистості, амнестичні розлади,

тотальна недоумкуватість і психічний маразм.

Варто зазначити, що на сьогодні будь-яка класифікація психічних симптомів

не відповідає повною мірою різноманітності існуючих у психіатрії понять,

даючи лише загальне уявлення про їх властивості.

Критеріями діагностики симптоматичних психозів є:

а) наявність симптомів основного захворювання;

б) наявність зв'язку в часі виникнення психічних

розладів і симптомів основного захворювання;

в) наявність переважної психопатологічної симптоматики для даного основного захворювання як в статиці, так і в динаміці захворювання.

Симптоматичні психози вивчали ще в початку століття німецькі психіатри. Наприклад, Крепелін і Грезінгер вважали, що кожному інфекційному захворюванню відповідає строго певний психоз з відповідною симптоматикою.

Погляди Крепеліна і Грезінгера були піддані критиці психіатром Бонгоффером, який вважав, що мозок реагує на дію як привнесених шкідливостей, так і ендогенних чинників (гіпоксія, інтоксикація, продукти обміну і так далі) певним набором синдромів і назвав їх екзогенними формами психічного реагування. Тобто мозок має готові типи реакції на ту або іншу шкідливість.

Загальним для цих синдромів є стан зміненої свідомості. Бонгоффер виділив 5 типів екзогенних реакцій:

делірій, оглушення, аменція, епілептиформне збудження і гострий вербальний галюциноз, при якому спостерігається сплутана свідомості.

Але дані форми психічного реагування виникають, як правило, при короткочасній дії на ЦНС вираженої, достатньо сильної шкідливості.

При тривалій дії слабких по силі шкідливостей розвиваються так звані ендоформні психози, депресивні, іпохондричні сенестопатічні, галюцинаторно-параноїдні, конфабуляторні синдроми.

При дії масивних шкідливостей на ЦНС, екзогенний тип психічного реагування наступає не відразу, а через так звані «перехідні синдроми Віка».

Вік вивчав розвиток психічних розладів при дії барбітуратів на добровольцях. При масивних інтоксикаціях, інфекціях і інших шкідливостях ці синдроми спресовані в часі (години, хвилини), услід за якими наступає екзогенний тип реагування.

По ступеню тяжкості Вік розташував синдроми таким чином:

1)астенічні, астеноневротичні і псевдопсихопатоподібні синдроми;

2)афективні синдроми (депресивні, депрессивно-сенестопатичні, маніакальні, ейфорії, дисфорії);

3) галюцинаторно-маячні психози;

4) амнестичні, конфабуляторні з психомоторним збудженням - найважчі .

Перехідні симптоми виникають при переході від нормальної свідомості до порушеної (екзогенний тип реакцій), і навпаки, при виході із стану зміненої свідомості в стан ясної свідомості.

Симптоматичні психози діляться на три групи .

Гострі симптоматичні психози . Тривалість - від декількох годин до 10-15 днів. Спостерігаються при отруєннях, сильних інфекціях, декомпенсації ендокринних розладів.

У продромі - спресовані в часі синдроми Віка. Потім - синдроми зміненої свідомості ( 1 екзогенний тип реакції ).

Вихід з гострого психозу:

а) через синдром Віка до одужання ;

б) вихід в психоорганічний синдром або в деменцію ;

в) перехід в підгостру течію, де домінують синдроми Віка, а потім одужання або перехід в психоорганічний синдром ;

г) летальний результат.

При гострих симптоматичних психозах, окрім екзогенного типу реагування, описаного Бонгофером, проявляється деліріозно-онейроїдний синдром. Онейроїд характеризується мінливістю, калейдоскопічностю галюцинацій.

Симптоматичні психози вивчали ще в початку століття німецькі психіатри. Наприклад, Крепелін і Грезінгер вважали, що кожному інфекційному захворюванню відповідає строго певний психоз з відповідною симптоматикою.

Погляди Крепеліна і Грезінгера були піддані критиці психіатром Бонгоффером, який вважав, що мозок реагує на дію як привнесених шкідливостей, так і ендогенних чинників (гіпоксія, інтоксикація, продукти обміну і так далі) певним набором синдромів і назвав їх екзогенними формами психічного реагування. Тобто мозок має готові типи реакції на ту або іншу шкідливість.

Загальним для цих синдромів є стан зміненої свідомості. Бонгоффер виділив 5 типів екзогенних реакцій:

делірій, оглушення, аменція, епілептиформне збудження і гострий вербальний галюциноз, при якому спостерігається сплутана свідомості.

Але дані форми психічного реагування виникають, як правило, при короткочасній дії на ЦНС вираженої, достатньо сильної шкідливості.

При тривалій дії слабких по силі шкідливостей розвиваються так звані ендоформні психози, депресивні, іпохондричні сенестопатічні, галюцинаторно-параноїдні, конфабуляторні синдроми.

Відомо, що захворюванню внутрішніх органів відповідає особлива психологія хворих.

Симптоматичні психічні розлади - соматогенії, що виникають при різних соматичних, інфекційних хворобах і інтоксикаціях і є симптомом основного захворювання.

Не всі психози, що розвиваються при соматичних, інфекційних захворюваннях і інтоксикаціях, є симптоматичними. Нерідкі випадки, коли соматична хвороба провокує ендогенне психічне захворювання (шизофренія, маніакально-депресивний психоз і ін.).

Залежно від тривалості і інтенсивності шкідливості, що діє на організм, психози можуть протікати з екзогенними розладами, ендогенними картинами, а також залишати після себе ті або інші органічні симптоми.

В даний час прийнята наступна класифікація симптоматичних психозів.

1. Гострі симптоматичні психози, що в більшості випадків протікають із потьмаренням свідомості.

2. Протраговані (проміжні) психози без розладу свідомості.

3. Органічний психосиндром, як наслідок тривалої і інтенсивної дії тієї або іншої шкідливості на мозок.

Як правило, гострі симптоматичні психози не залишають яких-небудь наслідків.

Після протрагованих психозів можуть спостерігатися в тому або іншому ступені виражені органічні зміни. Нерідко одне і те ж соматичне захворювання може приводити до виникнення психозів гострих або протрагованих і вести до тих або інших органічних змін особі. На характер перебігу психозу робить вплив як інтенсивність і якість шкідливості, що діє, так і реактивність організму.

Гострі симптоматичні психози протікають з клінічними картинами оглушення, делірію, деменції, епілептиформного збудження, гострого галюцинозу і онейроїда.

Епілептиформне збудження - раптово виникаючий розлад свідомості з різким збудженням і страхом. Хворий кидається, біжить від уявних переслідувачів, твердить одні і ті ж слова, кричить, на обличчі вираз жаху. Психоз закінчується раптово.

Його змінює глибокий, нерідко сопорозний сон. Тривалість описаного психотичного стану від півгодини до 2 годин. Нерідко епілептиформне збудження може передувати розгорненій картині соматичного захворювання, виникаючи протягом ініціального періоду (у ініциальном періоді може розвиватися і делірій).

Гострий галюциноз характеризується напливом вербальних галюцинацій коментуючого або імперативного характеру, зазвичай у вигляді діалогу. Поява галюцинацій супроводжується страхом, розгубленістю, тривогою. У нічний час галюциноз посилюється. Тривалість гострого вербального галюцинозу від декількох днів до декількох місяців.

Депресії в одних випадках супроводжуються ідеаторною і моторною загальмованістю (схожість з фазою МДП), але відрізняються від фази МДП відсутністю добових коливань настрою, слізною астенією . У інших випадках депресія схожа з картиною інволюційної меланхолії: хворі збуджені, тривожні, часто спостерігається вербігерація. Виснажуваність, збудження, астенія, відрізняють слізну депресію при симптоматичних психозах від інволюційної меланхолії. Увечері і вночі при симптоматичних психозах нерідкі епізоди делірію.

Депресія може змінитися депресією з маячінням, що вказує на прогредієнтность соматичного захворювання.

Депресії з маячінням. Для цих станів характерні вербальні галюцинації, маячіння засудження, нігілістичне маячіння, слізні астенічні розлади, деліриозні епізоди. Зміна депресії з маячінням галюцинаторно-параноїдним станом - показник погіршення соматичного стану хворих.

Галюцинаторно-маячні стани близькі до гострого параноїду з маячінням переслідування, вербальними галюцинаціями, ілюзіями, помилковими впізнаваннями. Ці галюцинаторно-маячні стани зникають при зміні місцеперебування хворого. У важких випадках галюцинаторно-параноїдні стани мінялися картиною апатичного субступора, на висоті якого можливий розвиток окремих кататонічних розладів.

Маніакальними станами є непродуктивні веселі манії без інтелектуального збудження і прагнення до діяльності. Вони супроводжуються вираженими астенічними розладами, особливо увечері. На висоті їх нерідко розвиваються так звані псевдопаралітичні стани з ейфорією, але без маячіння величі і маячіння багатства. Деяка переоцінка своєї особистості і своїх матеріальних можливостей, не виходить за межі вірогідних життєвих ситуацій.

Конфабульоз - особливий вид розладу без порушення пам'яті, затьмарення свідомості, що виражається в розповідях хворих про події, що насправді не відбувалися (подвиги, героїчні і самовіддані вчинки). Настрій підвищений, але оповідання про подвиги ведеться спокійно, «тоном хронікера». Стан має чітку обкресленість: раптово виникає і так же раптово закінчується. Після зникнення конфабуляторних розладів хворі відносяться до них з повною критикою.

Транзиторний (скороминучий) Корсаковський синдром. По його завершенні пам'ять достатньо повно відновлюється.

Виникнення конфабуляцій і поява конфабуляторной сплутаної свідчать про погіршення стану хворого.

Органічний психосиндром (психоорганічний, енцефалопа-тичний синдром) - стан, що характеризується необоротними змінами особистості, з появою психічної безпорадності, зниженням пам'яті, кмітливості, ослабленням волі, афективною лабільністю, зниженням працездатності і здібності до адаптації.

У легких випадках можливі психопатоподібні зміни органічного характеру: нерізко виражені астенічні розлади, дратівливість, афективна лабільність, зниження ініціативи.

У розвитку власне органічного психосиндрому (К. Шнейдер) виділяють астенічний, експлозивний, ейфоричний, апатичний варіанти (стадії).

Астенічний варіант органічного психосиндрому визначається переважанням виражених астенічних розладів, необоротних або оборотних частково, з підвищеною фізичною і психічною виснажуваністю, явищами дратівливої слабкості, гіперестезією, афективною лабільністю.

Посилення перерахованих розладів можливе після інтеркурентних захворювань, інтоксикацій, порушень режиму.

Є певна залежність між вираженістю астенічних розладів і зміною барометричного тиску: при зміні погоди у хворих посилюються прояви астенії, а іноді з'являються і нові її симптоми (симптом Пирогова).

Експлозивний варіант органічного психосиндрому виявляється в першу чергу крайньою дратівливістю, брутальностью, афектною лабільністю, зниженням адаптації, нерізкими дисмнестичними розладами. Хворим властиві формування надцінних ідей, схильність до кверулянтства. Вони наполегливо відстоюють свої права, пишуть численні листи в різні інстанції, вкрай вимогливі до оточуючих і поблажливі до себе.

Нерідко хворі вживають алкоголь, спочатку для релаксації і зменшення експлозивності. У подальшому дози алкоголю зростають, можливий розвиток алкоголізму з вираженим і рано виникаючим синдромом похмілля. Він у свою чергу поглиблює основні прояви органічного психосиндрому, сприяє його динаміці.

Як при астенічному, так і при експлозивному варіантах органічного психосиндрому спостерігається виражена динаміка стану залежно від інтеркурентних захворювань, інтоксикацій, метеорологічних умов і психічних травм.

Під дією психогеній можуть розвиватися різноманітні істеричні розлади у вигляді нападів, сутінкових станів, явищ псевдодеменції. Розвиток таких розладів пов'язаний не тільки з психогеніями, але і з органічною недостатністю у цих хворих.

Ейфоричний варіант органічного психосиндрому виражається підвищеним фоном настрою з відтінком ейфорії і добросердя, нетямущістю, різким зниженням критики до свого стану, дисмнестичними розладами, підвищенням потягів. Виникають гнівливість, злість, агресивність, що змінялися підвищеною стомлюваністю, безпорадністю, слізливістю, нетриманням афекту.

Виявляються значне падіння працездатності і відсутність оцінки своїх реальних можливостей.

В окремих випадках виявляється неповна амнезія психотичного стану, хворі згадують окремі епізоди психозу.

Психоз супроводжується різноманітними діенцефальними розладами: підвищенням температури, коливаннями арте-ріального тиску, підвищеним апетитом і надмірною спрагою, дісменорєєю, аменореєю, полиурією, глюкозурією і т. д..

Між нападами органічний психосиндром поглиблюється.

Діагностика періодичних органічних психозів поза сумнівом розширюється за рахунок рекурентної або приступоподібної-прогредієнтної шизофренії, особливо тоді, коли хвороба розвивається у хворого з резидуально-органічними порушеннями.

У дитячій психіатрії виділяютья галюцинаторно-параноїдні, депресивно-параноїдні, афективні періодичні органічні психози. Проте при описі цих варіантів періодичних органічних психозів не обговорюється стан свідомості хворих. Разом з тим синдроми потьмарення свідомості іншої нозології досить часто супроводжуються галюцинаторно-маячними і афективними розладами.

Симптоматичні психози при деяких соматичних неінфекційних захворюваннях.

Серцева недостатність. При гостро розвинутій серцевій декомпенсації спостерігаються картина оглушення, а також аментівні стани. Хворі з хронічною серцевою недостатністю виявляють млявість, апатію, безініціативність, дизмнестичні розлади. Ці явища то зменшуються, то посилюються, то зникають, залежно від соматичного стану хворого.

Інфаркт міокарду. У гострій стадії - страх, тривога, неспокій, нерідкі аментівні або деліріозні стани. У підгострій стадії - легке оглушення, велика кількість сенестопатій; часто спостерігається подвійне орієнтування (хворий стверджує, що він знаходиться і удома, і в лікарні). Нерідкі ейфоричні стани, коли свідомість хвороби відсутня. При поліпшенні виявляється підвищений настрій з прагненням рухатися і працювати або депресія з недовірливістю, іпохондрічністью, фіксацією на своїх хворобливих відчуттях, надмірною турботою про своє здоров'я.

Психічні порушення після операцій на серці. Безпосередньо після операції - адинамія, крайня виснажуваність, явища обнубіляції. Надалі розвивається дратівлива слабкість разом з іпохондрічностью, рідше - підвищений настрій з безпечністю. У хворих довго (5-7 міс.) спостерігається підвищена стомлюваність, дратівливість, лабільність афекту.

Психози розвиваються, як правило, між 2-м і 3-м днем після операції і супроводжуються деліріозними і аментивними розладами свідомості тривалістю від декількох годин до декількох днів, а також депресивно-маячними і субступорозними станами трохи більшої тривалості. Через декілька років після операції піддаються зворотному розвитку (повному або частковому) астенічні і неврозоподібні розлади, нерідко спостережувані у хворих з вадами серця. У хворих з інтелектуальною недостатністю або олігофренією психічний стан поліпшується в результаті підвищення активності, згладжування порушень моторики і мови. Чим молодше оперований, тим більше виражена позитивна динаміка у віддалених термінах після оперативного втручання.

Ревматизм. Для активної фази ревматизму характерні астенічні стани різної глибини і вираженості: від нерізкої фізичної стомлюваності і фізичної виснажуваності до станів з крайньою і швидкою психічною виснажуваністю, гіперестезією, явищами дратівливої слабкості, вегетативними порушеннями; в окремих випадках ці стани супроводжуються фобіями і іпохондричністью.

Рідше розвиваються істероформні розлади у вигляді вегетомоторних нападів з адинамією, утрудненням видиху або астазії-абазії, субмутизму. Можливе виникнення деліриозних станів, оглушення, психосенсорних розладів.

При серцевій декомпенсації можуть розвинутися депресії з маячінням, стани з тривогою, великою мінливістю психопатологічної картини.

Підгострий септичний ендокардит. Астенічні розлади виникають зазвичай на тлі зниженого настрою і адинамії. Рідше зустрічаються ейфоричні стани з метушливістю, значним зниженням критики. Як астенічні, так і ейфоричні стани свідчать про загострення захворювання. Психози при підгострому септичному ендокардиті можуть супроводжуватися розладами свідомості у вигляді делірію, аменції, епілептиформного збудження, а також депрессивно-ажитованих станів, що нагадують інволюційну меланхолію і галюцинаторно-маячні картини.

Злоякісні пухлини. Гострі симптоматичні психози виявляються, як правило, картиною делірію з нерізким збудженням, нечисленними галюцинаціями, ілюзіями, розвитком на висоті делірію оніричних станів. У важких, нерідко претермінальних станах розвиваються картини муситуючого делірію або аменції.

Рідше виникають протраговані симптоматичні психози у вигляді депресій або маячних станів. Депресії супроводжуються тривогою, іноді тугою. Глибина і вираженість депресії мінливі. Можливі епізоди делірію. Маячні стани виявляються підозрілістю, малою доступністю, окремими маячними ідеями конкретного змісту, тривогою, астенічними розладами. Розвиток апатичного ступору свідчить про вкрай важкийє соматичний стан.

Системний червоний вовчак. Психічні порушення виникають часто, їх діапазон широкий; від астенічних і сенестопатически-ипохондрических розладів до афективних, афективно-маячних і онейроїдно-кататонічних станів. Психічні розлади у вигляді афективних, афективно-маячних, онейроидно-кататонических станів спостерігаються при полісиндромной вовчаку. При розвитку гарячкового синдрому виникає делірій. У претермінальній стадії у хворих виникає оглушення, перехідне в сопор і кому. Між загостреннями вовчаку спостерігаються астенічні і сенестопатичні-іпохондричні стани.

Перніціозна анемія. Можлива астенія з дратівливою слабкістю і іпохондрією, у важчих випадках - депресія з тривогою і ажітацією; надалі на тлі депресії виникають маячіння і галюцинації. Нерідко розвиток психозу співпадає із загостренням перніціозної анемії.

Пелагра. При неважкій пелагрі виявляється знижений фон настрою, підвищена стомлюваність, гіперестезія, дратівлива слабкість. Перед розвитком кахексії виникають делірій, аменція, сутінковий стан, при кахексії - депресія з маячінням, стан з тривогою, ажітацією, маячінням Котара, галюцинаторно-параноїдні стани і апатичний ступор.

Ниркова недостатність. Психічні порушення різноманітні, але вдається встановити кореляції між особливостями соматичного стану і психічними порушеннями. Астенічні розлади спостерігаються при компенсації і субкомпенсації хронічній нирковій недостатності. Адінамічні варіанти астенічного синдрому властиві декомпенсації соматичного стану.

Гострі симптоматичні психози у вигляді оглушення, делірію, аменції указують на різке погіршення соматичного стану хворих.