Соматопсихические расстройства

Кафедра психиатрии им. проф. В.И. Багаева
Кировский ГМУ

Соматопсихические расстройства

- Психические нарушения вызванные различным соматическими и инфекционными заболеваниями или экзогенными воздействиями (ЧМТ, интоксикации, радиации и др.).

Этиология соматопсихических расстройств

- Соматические болезни
- Общие инфекционные заболевания
- Нейроинфекции
- ЧМТ
- Онкологические заболевания
- Интоксикации

Имеют значение сила, темп воздействия, качество и характер причины, вызвавшей психические нарушения.

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ (ЭКЗОГЕННЫЕ) ПСИХОЗЫ

К симптоматическим психозам (СП) относятся психотические состояния, развивающиеся при общих интоксикациях, соматических и инфекционных заболеваниях, как одно из проявлений основного заболевания.

Острые симптоматические психозы

СП предшествует кратковременный продромальный период с головной болью, вялостью или беспокойством, нарушениями сна, беспокойством, тревогой, астенией.

Синдромология:

1. Симптомы помрачения сознания (делирий, онейроид, аменция, сумеречное состояние);

2. Психотические синдромы (острый галлюциноз, острый параноид, маниакальное возбуждение, психотические депрессии, корсаковский психоз)

Симптоматические психозы

Онейроидные состояния внешне проявляются заторможенностью, отрешенностью от окружающего мира с переживанием сценоподобных фантастических псевдогаллюцинаций, двойной ложной ориентировкой в собственной личности, последующей частичной или тотальной конградной амнезией.

Делирий начинается с симптомов гиперестезии, тревоги, бессонницы, с последующим появлением парейдолических иллюзий, гипногогических или гипнопомпических, истинных устрашающих галлюцинаций, психомоторным возбуждением с аффектом страха, агрессивным поведением, дезориентировкой в месте и времени, тотальной конградной амнезией.

Аменция развивается на фоне истощенного болезнью организма и выражается хаотическими стереотипными движениями в пределах постели, бессвязностью мышления, невозможностью контакта с пациентом, отрывочными бессмысленными словами или фразами, тотальной конградной амнезией. В легких случаях может наблюдаться аментивная спутанность в форме выраженной астении, психической истощаемости, невозможности сосредоточения внимания на вопросах, сбивчивых ответов, отрывочных идей отношения, преследования, галлюцинаторных включений с аффектом страха и растерянности, стереотипных движений.

Сумеречное расстройство сопровождается внезапным возбуждением, страхом, дезориентировкой, жестокими немотивированными опасными действиями, резким прекращением психоза с последующим длительным сном и тотальной конградной амнезией.

Симптоматические психозы

Острый вербальный галлюциноз характеризуется внезапным появлением слуховых галлюцинаций (комментирующих, угрожающих, императивных) сопровождающихся аффектом страха, тревогой, растерянностью, совершением опасных действий в отношении себя и окружающих.

Депрессивно-бредовые состояния характеризуются бредом отношения, осуждения, обвинения, нигилистическими бредовыми идеями и отдельными вербальными галлюцинациями. Пациенты подавлены, растеряны, испытывают выраженный страх, ужас, тревогу. В вечернее время нарастает астенизация и слезливость, в ночное время могут наблюдаться делириозные расстройства.

Острый параноид указывают на ухудшение соматического состояния пациента. Бредовые идеи отношения, осуждения, обвинения, преследования обыденного содержания сопровождаются вербальными галлюцинациями.

Апатический ступор развивается при крайне тяжелых соматических (нередко с летальным исходом) состояниях и проявляется обездвиженностью, аспонтанностью, безразличием, безучастностью к происходящему вокруг и к своему состоянию.

Маниакальные состояния проявляются непродуктивными маниями с веселостью, бездеятельностью, эйфорией на фоне выраженной астении. На высоте психоза может наблюдаться

Симптоматические психозы

После окончания острого СП у пациентов наблюдаются длительные астенические состояния с преобладанием симптоматики эмоциональной гиперэстетической слабости (раздражительность, капризность, быстрая физическая и психическая утомляемость, обидчивость, эгоцентричность) с формированием подавленного ипохондрического настроения, а у детей и подростков могут появляться психопатоподобные нарушения поведения и невротические симптомы (тревога, страхи, кошмарные сновидения).

Диагностика СП

- Соматический и неврологический статус.
- Лабораторные исследования (ОАК, ОАМ, глюкоза крови, биохимический анализ крови, гормональный статус, др.)
- Инструментальные исследования соматических органов (ЭКГ, УЗИ внутренних органов, МРТ органов, др.).
- Инструментальное обследование головного мозга (ЭЭГ, МРТ, др.).

Тактика купирования СП

- Терапия основного соматического заболевания.
- Дополнительная консультация психиатра при затяжных СП для назначения симптоматической психофармакотерапии.

ИНФЕКЦИОННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Психические расстройства при СПИДе в инициальном периоде проявляются стойкими астеническими симптомами. В ответ на известие о диагнозе у пациентов часто наблюдаются психогенные реакции с последующим формированием патологических форм ВКБ (отрицание и игнорирование заболевания; тревожные навязчивые мысли о неблагоприятных последствиях заболевания; депрессия с апатией и суицидальными идеями и др.); и нарастающими личностными изменениями в виде озлобленности, обиды, гнева, желания отомстить окружающим.

Экзогенно-органический характер поражения ГМ при СПИДе обусловлен тяжелым течением оппортунистических инфекций и нейротропизмом вируса иммунодефицита человека. У пациентов на фоне лихорадки, астении, соматических расстройств появляются общемозговые и очаговые неврологические симптомы менингитов или энцефалитов, расстройства сознания (делирий, оглушение, сопор, кома). Впоследствии у больных нарастают мнестико-интеллектуальное снижение (ПОС, деменции), аффективные колебания (дисфории, депрессии, мории).

Нейроревматизм развивается в результате сосудисто-воспалительных (ревмоваскулиты) изменений ГМ. Психические расстройства при нейроревматизме могут возникать в различных фазах заболевания, при латентном течении ревматизма клиническая симптоматика длительное время может отсутствовать и подтверждаться только биохимическими, иммунологическими исследованиями. При остром течении ревматизма чаще возникают синдромы помрачения сознания. Латентный вариант течения и межприступные периоды заболевания характеризуются проявлениями астенического синдрома, тревожно-депрессивного расстройства с ипохондрическими мыслями о неминуемой смерти. В клинике ревматических психозов наблюдается параноидная (шизофреноподобная) симптоматика, вербальные галлюцинозы, продолжительностью от 2 месяцев до 1 года, после которых сохраняется затяжная церебрастения. При длительном течении нейроревматизма развивается психоорганический синдром и пароксизмальные расстройства.

ИНФЕКЦИОННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Сифилис мозга характеризуется преимущественным поражением сосудов и оболочек мозга. На первой стадии заболевания клиника проявляется быстро нарастающими симптомами сифилитической неврастенией (физическая и умственная утомляемость, истощаемость и снижение когнитивных функций, эмоциональная лабильность, цефалгии), появлением неврологических симптомов (вялая реакция зрачков на свет, анизокория). Вторая стадия продолжительностью 2-3 недели проявляется клиникой менинго-васкулитов и васкулярных менинго-энцефалитов (нестерпимые цефалгии, повторяющиеся рвоты, парезы и параличи черепно-мозговых нервов, оглушение, сопор, кома). Психические расстройства могут быть в виде галлюцинаторно-бредовых психозов, делириозных и сумеречных расстройств. В третьей стадии поражаются сосуды головного мозга, проявляясь ОНМК и инсультам (парезы, параличи, афазии, агнозии, апраксии), которые могут иметь обратимый характер при ранней диагностике и проведении специфической антибактериальной терапии. Часто развиваются эпилептические припадки (до статуса), реже наблюдаются галлюцинаторно-бредовые психозы (вербальные галлюцинации комментирующие или императивные, идеи преследования). При прогрессировании болезни у пациентов развивается постинсультная (лакунарная) деменция или псевдопаралитические состояния (эйфоричность, экспансивный бред величия, гениальности, богатства или апатия, депрессия, бредовые идеи преследования, ревности; фиксационная, ретро-антероградная амнезия, конфабуляции).

Прогрессивный паралич (болезнь Бейля) развивается в результате сифилитического менинго-энцефалита с поражением вещества мозга. Инициальная стадия начинается с симптомов нарастающих церебрастении (физическая и психическая утомляемость, раздражительность, сентиментальность, слабодушие, дневная сонливость в сочетании с бессонницей), апатии, безразличия, когнитивного дефицита (снижение памяти, концентрации внимания, утрата профессиональных навыков), аффективных колебаний (депрессия и эйфория), отсутствием критики, морально-нравственным огрубением (отсутствие такта, стыдливости) и расторможенностью влечений (прожорливость). Характерны неврологические расстройства в виде: дизартрии, заикания, замедленности или ускорения речи, дискоординации движений, неуверенной походки, глазодвигательных парезов, тремора конечностей, анизокории, вялой реакции зрачков на свет). В стадии расцвета заболевания появляются преходящие симптомы делириозного или сумеречного помрачения сознания, нарастанием изменений личности (легкомысленность, благодушие, сквернословие, плоский юмор, нелепость поступков, доверчивость, внушаемость, утрата стыда, отсутствие критики), эйфории (нелепая веселость, переоценка своих возможностей, хвастовство, необдуманная трата денег, раздаривание подарков, грандиозные обещания, неразборчивость в знакомствах) с экспансивными бредовыми идеями (величия, богатства, гениальности) или депрессивной (тревожно-тоскливой) симптоматикой с нигилистическим бредом Котара (о собственной смерти или неизлечимом заболевании,

Спасибо за внимание!