

Лекція №4

Психосоматичні захворювання. Порушення психічної діяльності при інфекційних і соматичних захворюваннях. Післяпологові психози.

Будь-яка хвороба тією чи іншою мірою змінює життєдіяльність організму, а отже, впливає на фізичний і психічний стан людини. У свою чергу, зміна функціонування психіки призводить до видозміни певних проявів захворювання. Тобто чітко проявляються взаємовпливи хвороби та психіки.

Психосоматичними (термін запропонував німецький психіатр Хейнрот у 1818р) називають функціональні та органічні розлади внутрішніх органів і систем, першопричиною виникнення і загострення яких є психологічні чинники.

Соматопсихічними є психічні розлади, які розвиваються вторинно під час соматичних недуг. До останніх належать хвороби серцево-судинної, дихальної, травної, сечостатевої, ендокринної систем, опорно-рухового апарату, очей, крові, шкіри, патологія вагітності тощо.

Розмежування психосоматичних і соматопсихічних процесів є умовним. Обидва ці процеси проходять взаємопов'язано, дуже часто – у формі зворотнього зв'язку.

За даними експертів ВООЗ, майже 50% стаціонарних лікарняних ліжок у світі займають пацієнти з психосоматичною патологією.

Як свідчать результати наших досліджень (О.К. Напрієнко, 1991р), майже у 70% соматичних хворих виявляють психічні порушення різного регістру та ступеню тяжкості.

Етіологія і патогенез.

Існує кілька теорій, що пояснюють походження психосоматичних захворювань, які в основному групуються навколо 2 підходів. Згідно з першим підходом, вони є результатом емоційного стресу. Інша група теорій пов'язує виникнення психосоматичних захворювань із внутрішнім конфліктом різноспрямованих мотивів індивідуума – наслідком внутрішнього конфлікту людини із собою.

Ще лікарі стародавньої Індії переконались, що негативні емоції – це перші шаблі до початку більшості хвороб. Древньогрецькі вчені розглядали людину як єдине ціле і великого значення при лікуванні хворого надавали його темпераменту і характеру. Гіппократ особливо підкреслював важливість вивчення особливостей психології хворих: *«Важливіше знати, яка людина хвора, ніж знати на що вона хвора»*.

У нормі взаємовплив психіки і соми найвиразніше виявляється під час емоційних реакцій. Загальновідомими є характеристики деяких емоційних реакцій: відчуття страху – «стиснулося серце», образи – «підкотив клубок до горла», несподіванки – «перехопило подих» тощо. Якщо людину в чомусь звинуватити, то при емоції обурення і гніву відмічається прискорення пульсу, підвищення АТ, збільшення об'єму циркулюючої крові. У студентів під час складання іспитів підвищується рівень холестерину. Вигляд лимона або його опіс викликає слізотечу.

Фізіологічні реакції психічних процесів можуть відбуватись у різних системах організму:

1. **Серцево-судинні зміни:** прискорення серцебиття, зміна кров'яного тиску (здебільшого підвищення), звуження або розширення судин, видимим результатом чого є блідість або почервоніння шкіри.
2. **Зміни дихання:** затримка, сповільнення або прискорення дихання, зміна його глибини.
3. **Реакція органів травлення:** посилена моторика шлунка, схильність до блювання, підвищена моторика кишечника із схильністю до проносів або сповільнення моторики із закрепамми, підвищена секреція слини тощо. *Шлунок є одним з найбільш чутливих органів і реагує майже на всі емоції. Одним з постулатів китайської медицини є теза про те, що «хвороба «хочить» через рот»*.
4. **Сексуальні реакції:** при сильному сексуальному тонусі прояви статевого збудження можуть розвинутись без реального сексуального подразника, досить однієї лише уяви.
5. **М'язові реакції:** зміна м'язового тонусу. Відомий зв'язок між психічною енергією і жувальними м'язами та м'язами язика. Чим більше виражене внутрішнє напруження й інтенсивність переживань, тим більше розвинені згадані м'язи («американське підборіддя» у енергійних, вольових і підприємливих американців).
6. **Пітливість** (особливо долонь) є загальновідомою реакцією при емоційних переживаннях.

Механізм виникнення психосоматозів: психічний стресовий фактор викликає афективне напруження. Афект розглядають як міст між психічною та соматичною ділянками. При стримуванні афекту, коли моторні і вегетативні прояви повністю або частково блоковані, активується нейроендокринна система і відбуваються зміни в судинах та внутрішніх органах.

Спочатку ці зміни мають функціональний характер, проте при більшій тривалості й частому їх повторенні можуть стати органічними і незворотними.

Класифікація. Першим найповнішу класифікацію психосоматичних розладів запропонував М.Блейлер, який поділив їх на 3 види:

1. *Класичні психосоматози* (ессенціальна гіпертензія, виразкова хвороба шлунку, ішемічна хвороба серця, бронхіальна астма, неспецифічний виразковий коліт, нейродерміт та ін.).
2. *Функціональні психосоматичні розлади*, які спостерігаються найчастіше, мають стійкий перебіг. Їх зараховують до так званих системних неврозів.
3. *Психосоматичні розлади в ширшому (непрямому) розумінні*. Здоров'я порушується через особливості поведінки людини, що пояснюється характером особистості (схильність до фізичних травм, опіків, психічного ожиріння, алкоголізму, токсикоманії та ін.).

У МКХ-10 термін «психосоматичні» не використовується, він замінений на **соматоформні розлади**.

Не менше 30-50% осіб, які звертаються із різноманітними скаргами в поліклініки і стаціонари, є практично здоровими людьми, які потребують лише адекватної корекції емоційного стану. Окрім цього, щонайменше у 25% людей, в яких насправді є соматичні хвороби велике значення в клінічній картині відіграють невротичні розлади.

У клініці внутрішніх хвороб часто приходиться спостерігати прояви *прихованої (соматизованої) депресії*, коли власне депресивна симптоматика (стійко пригнічений настрій) виявляється прихованою за маскою болю або вегетативних розладів. Близько 15-25% осіб, що звертаються до лікарів, насправді мають приховану депресію. Відомо, що прихована депресія – це стан, який може зумовлювати високий суїцидальний ризик.

Згідно з даними ВООЗ, поширеність депресії посідає третє місце після гіпертонічної хвороби і грипу. У світі на депресію страждає 4,7-25,8% жінок і 2,5-12,3% чоловіків, а економічні затрати, пов'язані з депресією, настільки великі, що експерти ВООЗ вважають її однією з найбільш «дорогих» хвороб.

На депресію люди страждають з давніх часів. Перші описи цієї хвороби ми зустрічаємо в Біблії, торкаються вони царя Саула. Похмурий і пригнічений настрій, агресія, страх, заздрість, відчуття вини перед Господом штовхають Саула до самогубства.

Засновник медицини Гіппократ запропонував для цієї хвороби термін «меланхолія», під яким вона проіснувала більше двох тисячоліть. Саме Гіппократ першим передбачив, що причина цієї хвороби лежить у мозкові. До XX століття в Європі дуже жорстко ставилися до душевно хворих. Меланхоліків, як соціально безпечних осіб, лікували обливанням величезною кількістю холодної води, зануренням у воду до перших ознак асфіксії. Меланхоліків першими намагалися лікувати опіумом і кокаїном, які тривалий час вважалися хорошими антидепресантами, доки не були відкриті їхні негативні наслідки і описана кокаїнова депресія. Наприкінці 1950-х років почалася нова ера в лікуванні депресій. Тоді з'явилися такі трициклічні антидепресанти, як амітриптілін і міліпромін.

Поширеність депресії збільшується з віком. Так, згідно з дослідженнями, прояви депресій спостерігаються у 25-30% осіб після 65 років. В осіб похилого віку, які мають декілька соматичних захворювань, поширеність депресій вища 30%. За статистикою, депресія частіше спостерігається у жінок, ніж у чоловіків і пов'язана із специфікою жіночої фізіології, специфічною ендокринною циклічністю. Крім того, у 10-15% жінок розвивається післяпологова депресія, а у 50% спостерігається передменструальний синдром, котрий характеризується поєднанням соматичної симптоматики з проявами дратівливості й депресії. Про серйозність ситуації з депресією свідчить зростання кількості суїцидів у світі: понад 80% самовбивць страждали на той чи інший ступінь депресії.

Діагностичні критерії депресивного епізоду за МКБ-10:

- погіршення настрою, очевидне порівняно з нормою, характерною для пацієнта, що спостерігається щоденно і більшу частину дня;
- значне зниження інтересів і задоволень від діяльності, що пов'язана з позитивними емоціями;
- слабкість і підвищена втомлюваність;
- погіршення працездатності і зосередженості уваги;
- знижена самооцінка і почуття невпевненості в собі;
- комплекс провини і самозвинувачення (навіть при легких депресіях);
- похмура і песимістичне бачення майбутнього;
- ідеї або дії, що торкаються самоушкодження або самовбивства;
- порушення сну у вигляді ранніх пробуджень;
- порушення апетиту і зменшення ваги;
- зниження або повна відсутність статевого потягу;
- вегетативні розлади: закрепи, аменорея, сухість шкіри і слизових, тяжкість у грудях.

В процесі своєї діяльності лікарі загального профілю часто фіксують **атипові депресії**. Серед них особливе місце посідають **приховані депресії (замасковані)** сомато-вегетативними проявами.

Розрізняють такі **основні форми прихованої депресії**:

1. **Алгічно-сенестопатична форма**. До найбільш поширених соматичних проявів замаскованої депресії відносяться маски у формі алгій: цефалгії, кардіалгії, абдоміналії, фіброміалгії, невралгії (трійничного і лицьового нервів, міжреберна невралгія), псевдоревматичні артралгії.
2. **Агривна форма** – проявляється вираженими розладами сну. Хворі звичайно легко засинають, але через 3-5годин раптово пробуджуються, ніби від «внутрішнього поштовху». Відтак до ранку хворі не можуть заснути або через 2-3години впадають в дрімотний стан. Вранці вони прокидаються з відчуттям загальної розбитості, сонливості, неспівності, тяжкості в голові. Працездатність знижена. Виникає підвищена подразливість. Особливо погане самопочуття в першій половині дня. До середини дня загальний стан покращується, з'являється апетит, відновлюється працездатність.
3. **Гіпоталамічна (діенцефальна) форма** – характеризується різноманітними вегетативними кризами.
4. **Обсесивно-фобічна форма** – з нав'язливими думками і страхами.
5. **Наркоманічна форма** (проявляється псевдозапоями).
6. **Порушення сексуальної сфери** (імпотенції, порушення менструального циклу).

За деякими даними, у лікарів загального профілю хворих з легкою депресією (прихованою) лікується не менше третини; вони часто впевнені в наявності у них якогось незвичайного захворювання, яке важко діагностувати і наполягають (посилаючись на некомпетентність лікаря) на численних обстеженнях.

Крім того, біологічні механізми депресії можуть безпосередньо викликати сомато-вегетативні порушення, що значно ускладнюють картину.

Для депресії характерним є *підвищення тону симпатичної нервової системи*, що обумовлює тахікардію, відчуття нестачі повітря, неприсні відчуття за грудиною, порушення

функції шлунково-кишкового тракту, ендокринні розлади, порушення циркадного ритму секреції кортизолу знижують імунітет, що сприяє виникненню інфекційних захворювань, а іноді і злоякісних новоутворень.

Навести лікаря на думку про наявність депресії можуть характерний погляд і поза хворого, невиразність рухів, невпевненість, неадекватна сором'язливість і монотонна мова.

Діагностика прихованої депресії вимагає обережності. Не можна поширювати цей діагноз на всі захворювання з неясним генезом. З діагностичного алгоритму при підозрі на приховану депресію повинна бути виключена дійсна соматична патологія, щоб не виникали випадки направлення до психіатра «іпохондриків» і «істериків» з нерозпізнаною пухлиною мозку й іншими тяжкими захворюваннями.

Критерії диференціальної діагностики прихованої депресії

- Наявність субдепресивних станів із погіршенням самопочуття і вітального (життєвого) тонуусу під кінець ночі й вранці та покращення суб'єктивного стану ввечері.
- Наявність різноманітних сомато-вегетативних поліморфних скарг, які не стосуються певної конкретної хвороби. Характерними є стійкість, тривалість, топографічна атиповість болю та неприсних відчуттів.
- Наявність розладів вітальних (життєвих) функцій (порушення сну, апетиту, схуднення, статеві порушення, менструальні розлади).
- Особливість перебігу захворювання: періодичність і хвилеподібність сомато-вегетативних та психічних розладів, спонтанність їх виникнення і зникнення, схильність до сезонності (осінньо-весняні) проявів захворювання.
- Відсутність ефекту від соматичної терапії і наявність ефекту від антидепресантів.
- Позитивна *аміназино-еозинофільна проба*. У хворого визначають кількість еозинофілів у периферичній крові натще вранці, а потім – через 30 хвилин після в/м ін'єкції 1мл 2,5% розчину аміназину. Збільшення загальної кількості еозинофілів більш як на 30% із великим ступенем вірогідності свідчить про наявність прихованої депресії.

Лікування депресії.

Лікарі загальної практики у 90% випадків можуть справитися з депресією своїх пацієнтів. У зв'язку з висновками ВООЗ, основним методом лікування депресивних станів є терапія антидепресантами. Виходячи з дотримання загальних принципів психофармакотерапії, при виборі конкретного антидепресанта потрібно обмежуватися *монотерапією* з використанням зручного у вживанні лікарського препарату. Приймаючи до уваги можливість підвищеної чутливості і побічних ефектів, психотропні засоби призначають у *невеликих дозах*. У пацієнтів похилого віку дозу зменшують на половину від звичайної.

Зручними у використанні є серотонінергічні антидепресанти (залок, прозак, ципралекс), які призначають у стандартній фіксованій на весь курс дозі. Хворий повинен знати, що покращення при прийомі будь-якого антидепресанта настає не раніше 12-14 днів з моменту початку його прийому.

Важливим є питання про тривалість лікування, бо передчасна відміна антидепресанта може призвести до різкого загострення симптоматики і навіть до суїциду. У зв'язку з цим відміну препарату проводять тільки після досягнення стійкого ефекту, поступово. Тривалість лікування зазвичай не менша 4-6 місяців, потрібен постійний контроль лікаря за проведенням лікування, огляд кілька разів на місяць.

Препаратом, який відноситься до числа антидепресантів з трициклічною структурою і атиповими механізмами дії, є коаксил, амітриптілін, меліпромін. Але ці препарати бажано

використовувати в стаціонарних умовах, бо для них потрібне титрування доз і корекція вегетативних проявів.

В лікуванні депресивних станів використовують ноотропи, транквілізатори, антипсихотики, вітамінотерапію, загальнозміцнювальні препарати, фізіотерапію.

Потрібно пам'ятати, що в загальній практиці 8% депресивних хворих не купують призначені ліки, а 25% передчасно припиняють лікування.

Соматоформні вегетативні дисфункції (органні і системні неврози) – це функціональні порушення, для яких характерні:

- 1) наявність стійкого іпохондричного фону;
- 2) відсутність чітко вираженого циркадного ритму зміни вітального тону;
- 3) виражені симптоми вегетативної дисфункції під час погіршення стану, що має тісний зв'язок з дією психотравмуючої ситуації.

Вважають, що сомато-вегетативні «маски» невротичного генезу розвиваються у людей, схильних до неврозів або невротичного типу від реагування.

До соматоформних вегетативних дисфункцій відносять:

- функціональні розлади діяльності серця (кардіалгії, розлади серцевого ритму, кардіофобія);
- судинна дистонія;
- психогенний абдомінальний синдром (розлади апетиту, психогенна нудота і блювання, функціональні закрепи і проноси, абдомінальні болі) або синдром "роздратованого" шлунка, "роздратованої" товстої кишки;
- психогенна ядуха;
- синдром психоневрологічних розладів (гіперестезія, головний біль, невралгії, псевдо корінцевий синдром);
- психогенний псевдоревматизм (кістково-м'язові алгії, вегетативні порушення, синдром западання стулок мітрального клапана);
- психогенні урологічні розлади (психогенна дизурія, цисталгія);
- психогенні реакції шкіри (нейродерматит);
- термоневроз;
- психогенні сексуальні розлади.

Лише на основі клінічного обстеження важко, а часом і неможливо, віддиференціювати різноманітні сомато-вегетативні прояви, викликані прихованою депресією від цих же симптомів, зумовлених органним чи системним неврозом. Для цього використовують стандартизовані тести.

Лікування. При лікуванні органних неврозів слід дотримуватись таких правил:

- лікування психосоматичних хвороб є тривалим;
- неправильне лікування органних неврозів призводить до переходу функціональних змін в стійкі органічні, до розвитку медикаментозної хвороби, невротичного розвитку особи;
- на відміну від лікування прихованої депресії, хворим на органні неврози призначають менше антидепресантів, але більше транквілізаторів та седативних засобів;
- деяким хворим із вираженими невротичними проявами при неефективності медикаментозної терапії дози препаратів потрібно не збільшувати, а, навпаки,

зменшувати. Особливо це стосується осіб із слабким типом нервової системи (меланхоліків):

- чим стійкіші явища органного неврозу, тим делікатніше потрібно проводити лікування, не форсуючи його. Бажання якнайшвидше вилікувати хворого із застосуванням масивної терапії часто викликає «ефект маятника». «Поспішати треба повільно, не можна насилувати невроз, не можна нервові напруження лікувати перегальмуванням.» (Й.А. Касирський)

Якщо психосоматичні хвороби супроводжуються вегетативними розладами, їх необхідно ліквідувати, бо жодна психотерапія чи транквілізатор самі по собі не заспокоюють хворого, коли в нього виникають вкрай неприсмні відчуття, які виснажують фізично і зумовлені розбалансованою вегетатикою.

Г.Сельс, автор теорії стресу, характеризує діалектику стресу такими словами: *«Мета фактично не в тому, щоб уникати стресу. Стрес є складовою частиною самого життя. Це природний побічний продукт будь-якої нашої діяльності, уникати стресу було б так само неправильно, як відмовлятися від їжі, від фізичних рухів або ж від кохання. Для того, щоб найбільш повно проявити себе, необхідно спочатку визначити свій оптимальний стресовий рівень і, згідно з ним, використовувати свою адаптаційну енергію тією мірою і в тому напрямку, який найкращим чином відповідає природженому влаштуванню думки і тіла. Дослідження стресу показали, що повний відпочинок не виявляє доброї дії на організм і окремі органи. Стрес у помірних дозах є необхідним для життя. Крім того, вимушена бездіяльність може викликати більше стресу, ніж нормальна діяльність».*

Порушити психологічний спокій хворого може також **ятрогенія** – патологічний стан, зумовлений необережними висловлюваннями чи діями медичних працівників.

Відповідаючи на запитання хворих про ті чи інші прояви хвороби, медична сестра повинна продумати, чи не спричиняться її відповіді до марних переживань хворого, чи не призведуть вони до фобій, тобто страху захворіти на ту чи іншу хворобу (наприклад, канцерофобії – страху захворіти на рак, кардіофобії – страху мати захворювання серця тощо).

Не можна зловживати в присутності хворого професійними, особливо жаргонними термінами і висловами, які можуть травмувати психіку хворого (неврастенік, істерик, ревматик, артерії твердуваті, склерозовані, аорта дуже ущільнена та ін.).

Документи, які відображають результати лабораторних та інструментальних досліджень, повинні бути недоступними для хворого. Їх не потрібно обговорювати з хворим, оскільки не виключено, що лікар вже інформував хворого про них, а інтерпретація цих даних медичною сестрою може бути дещо іншою, це породить сумніви і недовіру до лікаря і може стати причиною фобій, непереборних нав'язливих страхів.

Однією з форм ятрогенії є так звана **німа ятрогенія**, вона виникає як наслідок бездіяльності або неуваги персоналу до хворого, нероз'яснення йому діагнозу (тоді він отримує спотворену інформацію з інших джерел).

Проте в появі ятрогенії певне значення має й емоційний стан лікаря або медичної сестри під час спілкування з хворим. Вони зобов'язані особливо піклуватися про те, щоб їх особисті роздратування, фрустрація (власне моральне травмування) і емоційні проблеми не передавалися пацієнтові, також повинні пам'ятати, якщо вони знизять самоконтроль, етичну самодисципліну, то болючіше вразять хворого, ніж здорову людину.

Негативний вплив на хворого, викликаний неправильним стилем роботи медичної сестри, особливостями її особистості, нетактовністю, називають **сороригенними** психічними шкідливостями. Якщо негативну ятрогенну дію на хворого частіше чинять лікарі (їх слова для хворого більш авторитетні), то сороригенний вплив більш характерний для діяльності медичної сестри.