

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**Невротичні, пов'язані зі стресом розлади,
посттравматичній стресовий розлад**

Методичні вказівки

для підготовки студентів до практичних занять

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол №6 від 14.06.2018

Харків
ХНМУ
2018

Невротичні, пов'язані зі стресом розлади, посттравматичній стресовий розлад: Методичні вказівки для підготовки студентів до практичних занять / упоряд. Г.М. Кожина, Г.О.Самардакова, Л.Д.Коровіна, Л.М.Гайчук. – Харків:ХНМУ, 2018. – 27 с.

Упорядники: Г.М. Кожина,
Г.О.Самардакова,
Л.Д.Коровіна,
Л.М.Гайчук.

Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади

Психогенні захворювання - це велика і клінічно різноманітна група хвороб, які виникають в результаті впливу гострих або довготривалих психічних травм, виявляються не тільки психічними, а й соматоневрологічними порушеннями, і, як правило, мають оборотний характер.

Серед психогенних захворювань розрізняють невротичні, пов'язані зі стресом, розлади, гострі і затяжні реактивні психози, соматоформні та психосоматичні порушення, а також посттравматичні стресові розлади.

Причиною психогенних захворювань є психічні травми, тобто події, що стосуються значущих сторін існування людини і призводять до глибоких психологічних переживань. Це можуть бути суб'єктивно значущі події - такі, які є патогенними для більшості людей. Крім того, психотравмуючими можуть бути умовно-патогенні події, що викликають переживання у окремо взятої людини в силу особливостей його ціннісної ієрархії.

Несприятливі психогенні впливи викликають у людини стрес, тобто неспецифічну реакцію на фізіологічному, психологічному і поведінковому рівнях. Стрес може надавати позитивний, мобілізуючий вплив, але може привести і до дезорганізації діяльності організму. Стрес з негативним впливом, що викликає в організмі різні порушення і навіть захворювання, називається дистресом.

Далеко не кожний несприятливий психологічний вплив, і не у кожної людини, призводить до захворювання, так як будь-яка особистість використовує властиві їй специфічні прийоми переробки переживань, що нейтралізують їх патогенний вплив - психологічний захист. Є особистості з хорошою психологічною захищеністю і особи з поганою психологічною захищеністю, саме у останніх найчастіше розвиваються психогенні захворювання. Найбільш чутливими є так звані крайні типи вищої нервової діяльності, описані Павловим. Це слабкий, сильний нестримний, а також художній і розумовий типи. Крім конституційних (спадкових) причин психологічно слабкої захищеності, вона може бути викликана перенесеними захворюваннями, перевтомою і іншими шкідливими впливами. У розвитку психогенії грають роль також сила і особистісна значимість психічної травми, гострота і тривалість її дії, особливості інтелекту, загальне самопочуття людини на момент дії психічної травми.

Класифікація психогенних захворювань:

1. Гостра реакція на стрес (невротична реакція);
2. Неврози (невротичні розлади);
3. Соматоформні розлади;
4. Психогенні (реактивні) психози;
5. Посттравматичні стресові розлади;
6. Психосоматичні захворювання.

Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації (F. 43)

Причиною цих розладів є важкі психотравмуючі переживання, внаслідок яких розвиваються розлади адаптації або посттравматичний стресовий розлад (ПТСР, F 43.1).

Розлади адаптації виникають в результаті впливу психоемоційного стресу, який не досягає катастрофічного рівня. Хворобливі прояви розвиваються протягом місяця після психотравмуючих переживань. Виділяють 2 клінічних варіанти розладів адаптації: афективний і поведінковий. Афективний варіант підрозділяється на депресивний, тривожний і змішаний. Це може бути короткочасна депресивна реакція (F. 43.20) зі зниженням настрою, неглибокою тугою, неприємними відчуттями в ділянці серця, нав'язливими думками, що триває до 1 місяця.

Пролонгована депресивна реакція

F 43.21 - легкий депресивний стан - реакція на затяжну психотравматичну ситуацію, що триває не більше 2-х років. Хворі скаржаться на стомлюваність, зниження апетиту, порушення сну, дратівливість, зниження настрою, втрату інтересу до того, що раніше приносило задоволення.

При тривожному варіанті (F 43.23) хворі періодично переживають відчуття психічного і фізичного дискомфорту, емоційну напруженість, нав'язливі уявлення, хвилювання з приводу майбутнього, нервозність, неможливість розслабитися. Хворі сумніваються в правильності своєї поведінки, описані порушення поєднуються з вираженими соматовегетативними розладами: головний біль, блідість або почервоніння шкіри, лабільність артеріального тиску, тахікардія, відчуття оніміння або охолодження кінцівок.

Змішана тривожна і депресивна реакція F 43.22 проявляється

тривожною і депресивною симптоматикою, що не перевищує за інтенсивністю тривожні розлади.

Тривожно-фобічні розлади

Основними клінічними симптомами цієї групи порушень, кодованої в МКХ-10, як F-40, є патологічна тривога з різними фобіями - нав'язливими страхами. Тривога - вкрай неприємне, дифузне відчуття небезпеки, що насувається, супроводжуване різними вегетативними порушеннями: серцебиття, пітливість, неприємне відчуття порожнечі в надчеревній ділянці, почуттям стискання у грудях. Пацієнти зазвичай не можуть залишатися на місці, виявляють занепокоєння.

У МКХ-10 виділяють кілька варіантів тривожних і тривожно-фобічних розладів:

F 40.0 - агорафобія

F 40.1 - соціальні фобії

F 40.2 - специфічні (ізолювані) фобії

F 41 - інші тривожні розлади

F 41.0 - панічний розлад

F 41.1 - генералізований панічний розлад

F 41.2 - змішаний тривожний і депресивний розлад

Агорафобія - хвороба відкритих просторів спостерігається приблизно у 0,6% в популяції і у 2/3 випадків поєднується з панічними атаками. Початок захворювання у 25-30 років, співвідношення чоловіків і жінок 1: 2. Частіше розвивається у акцентуованих особистостей психоастеничного, астено-невротичного і сенситивного типу.

Різні теорії етіопатогенезу можна об'єднати діатез-стресовою моделлю - генетична схильність в результаті дії стресових чинників викликає маніфест захворювання.

Розлад частіше починається з нападу паніки, який виникає після фізичного навантаження або психотравмуючих впливів. На висоті нападу хворі відчувають зупинку серця або задуху, з'являється страх «зійти з розуму». Вони викликають машину швидкої допомоги, вимагають ретельного обстеження. Напад триває 20-30 хв., досягаючи максимальної

інтенсивності до 10-ї хвилини.

Відчуваючи страх повторення нападів, хворі намагаються уникати можливості виявитися у натовпі людей, громадських місцях, самотійних поїздах. Вони обмежують виходи з дому без супроводу, бояться опинитися поза домом на самоті, в натовпі або у черзі, уникають поїздок у транспорті. Напади супроводжуються вегетативними порушеннями: прискореним серцебиттям, профузним потом, тремором, сухістю у роті, задишкою, болем і неприємними відчуттями, синдромом дереалізації і деперсоналізації.

Частота нападів - від щоденних до 1-го в кілька місяців.

Соціальні фобії зустрічаються з частотою 3-5% у популяції, починаються в підлітковому віці.

Основним симптомом соціальної фобії є страх, сором і почуття незручності в присутності оточуючих. У ряді випадків цьому передують психотравмуюча ситуація, коли щось сказане чи зроблене пацієнтом викликало подив або глузування інших людей. Хворі бояться бажати щонебудь в присутності сторонніх: говорити, писати, приймати їжу, користуватися туалетом, відвідувати вечірки, відповідати на питання викладачів в класі. Таким хворим властива низька самооцінка. Типовим є побоювання, що очікування страху глузувань буде помічене оточуючими. Самі хворі розуміють необґрунтованість такого страху, але при цьому намагаються уникати перебування у центрі уваги. Ці побоювання порушують соціальне і професійне функціонування хворих, однак уникнення значних ситуацій (виступ перед аудиторією, відвідування незнайомих компаній і т.п.) дає можливість хворим вдало адаптуватися в повсякденному житті.

Перебіг соціальних фобій хронічний. Деякі хворі з метою релаксації вдаються до алкоголю, що може призвести до залежності.

Специфічні (ізолювані) фобії зустрічаються у населення частотою 5-12%. Страх може початися в ранньому дитинстві, найчастіше це страх тварин. Хворі відчують страх перед конкретними предметами або хворобами - це - тварини, гроза, висота, хвороба, смерть. Пусковим механізмом є психотравмуючі ситуації, пов'язані з цими об'єктами. У лікарській практиці часто зустрічаються хворі нозофобіями, або хворобою (канцерофобія, снідофобія, сіфілофобія і ін.)

Хворі, як правило, розуміють перебільшення своїх побоювань, але це не знижує страху і тривоги. Розлад проявляється страхами очікування психотравмуючого фактору, тривогою під час його дії, що досягає ступеня панічного нападу, супроводжується поведінкою уникнення. Соціальна

адаптація хворих залежить від змісту фобії і можливості уникнути травмуючого фактору.

Панічний розлад

Панічні напади виникають спонтанно без будь-яких провокуючих впливів. У хворих швидко формується страх очікування повторних нападів.

У стані нападу хворі відчувають інтенсивну тривогу і загальне нездужання. Напад починається раптово, досягає максимуму за кілька хвилин і триває також кілька хвилин, супроводжується вегетативними порушеннями.

Виділяють панічний розлад середньої тяжкості (не менше 4-х нападів на місяць) і важкий панічний розлад (не менше 4-х нападів на тиждень протягом місяця).

До 20% хворих намагаються релаксуватися алкоголем або наркотиками, стають залежними.

Генералізований тривожний розлад спостерігається у 2-5% населення (переважають жінки), початок захворювання у віці 20-30 років, частіше на тлі затяжних психотравмуючих впливів.

Хворі постійно відчувають почуття внутрішньої напруги, різні побоювання з приводу повсякденних справ і подій, внутрішнє тремтіння, підвищену заклопотаність звичайними, повсякденними справами, припускаючи найгірший результат подій. Іноді, зовні, виглядають надмірно бадьорими, проявляючи при цьому дратівливість і нетерплячість. Характерне внутрішнє тремтіння, часте сечовипускання і проноси.

Захворювання може тривати протягом усього життя. Самі хворі оцінюють свій стан як прояв якогось внутрішнього захворювання і до 2/3 з них звертаються до інтерністів, і тільки 1/3 - до психіатрів.

При змішаному тривожному і депресивному розладі спостерігаються деякі виражені (в однаковій мірі) тривожні і депресивні прояви. Підтвердженням діагнозу є наявність вегетативних ознак тривоги. У терапії використовуються анксиолітики і антидепресанти.

Лікування - легкі випадки агорафобії без панічних атак добре піддаються лікуванню поведінковими методами і психотерапією. Усування панічних атак проводять за допомогою трициклічних антидепресантів та інгібіторів MAO (іміпрамін, дезипрамін, нортриптилін, анафраніл). Виражені сомато-вегетативні симптоми усувають бензодіазепіновими транквілізаторами. При лікуванні соціальних фобій приділяється увага когнітивно-поведінковим методам корекції самооцінки та очікуваного сприйняття себе оточуючими.

Обсесивно-компульсивний розлад

Обсесії - нав'язливі, неприємні думки, чужі за змістом всьому ходу мислення хворого з критичним ставленням до них і бажанням їх позбутися.

Компульсії – нав'язливі, вимушені дії, безглуздо повторювані, нерідко проти волі хворого.

Захворюваність становить 0,05% у популяції, початок захворювання у 1/3 хворих в 10-15 років, у решти - до 30 років.

Обсесії та компульсії мають ряд схожих якостей. Вони характеризуються інтенсивністю і наполегливістю, з'являючись в свідомості хворого, супроводжуються тривогою і страхом, змушуючи пацієнта протидіяти, або як правило, хворий переживає їх, як щось чуже його особистості, усвідомлює їх абсурдний характер, намагається їм опиратися. Obsесивно-компульсивні розлади проявляються 4-ма основними симптомокомплексами. Найбільш частим є те, що хворі уникають можливостей торкатися до різних предметів під страхом забруднення або зараження чим-небудь. Вони багаторазово миють руки, здираючи з них шкіру. Ці порушення переважають у жінок. Друге - нав'язливі сумніви, що супроводжуються компульсивними перевірками правильності своїх дій. Вони не впевнені в тому, що зробили все необхідне так, як треба (вимкнули газ, електроприлади, зачинили двері і т.д.). У зв'язку з цим, намагаються робити все педантично, багаторазово перевіряючи себе, побоюючись втратити чогось цінного, нерідко накопичують велику кількість речей. Хворі вищеописаних груп складають близько 2/3 усієї кількості хворих з нав'язливістю. Найбільш рідко трапляються наступні 2 групи симптомів. У деяких хворих спостерігаються тільки нав'язливі думки без компульсій. Зазвичай з'являється агресивне чи сексуальне бажання до близьких, неможливість здійснення яких розуміється хворим. Наприклад, вбити свою дитину. Ці обсесії болісно переживаються пацієнтами. Іноді з'являється думка, що яка-небудь малозначуща дія може спричинити за собою хворобу або смерть близької людини. Поєднання обсесивних і компульсивних явищ призводить до нав'язливої повільності. Такі хворі багато часу витрачають на виконання звичайних повсякденних справ: прийом їжі, умивання, гоління і т.д. Серед цих хворих превалюють чоловіки.

У половини хворих з обсесивно-компульсивними розладами розвивається депресія з суїцидальними думками.

Захворювання у 50% випадків виникає гостро, нерідко після психотравмуючих ситуацій, протікають хронічно.

Лікування - найбільш ефективним є «Анафраніл» (кломипрамин) дозою 75-300 мг /добу. Позитивний ефект створюють селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (флуоксетин, флувоксамін, сертралін). Поряд з фармакотерапією рекомендується психотерапія, спрямована на корекцію поведінки та поліпшення взаємин у сім'ї.

Дисоціативні (конверсійні) розлади

Данні групи розладів описувалася раніше, як істеричний невроз.

Термін «істерія» (від грец. *hystera* - матка) вживався ще в давнину, коли причину істеричних проявів пов'язували з сексуальними порушеннями.

Окремі істеричні симптоми спостерігаються майже у 1/3 популяції. У лікарні загального типу надходять 15% пацієнтів з такими порушеннями. Жінки хворіють в 2 рази частіше чоловіків.

Істеричний невроз частіше розвивається у осіб художнього типу і ознаками психічного інфантилізму, емоційної незрілості, вразливості, безпосередніх. У клінічній картині істеричного неврозу спостерігаються такі групи симптомів: афективні, вегетативні, рухові, сенсорні.

Дисоціативні розлади (термін в зарубіжній літературі) - це група синдромів, що характеризуються раптовим тимчасовим порушенням нормально інтегрованих функцій свідомості, розуміння свого «я» або поведінки, в результаті чого деяка частина цих функцій втрачається. Прикладом тому є сенсорні порушення у таких хворих. Вони представлені розладом чутливості і больових відчуттів в різних органах і частинах тіла. Порушення шкірної чутливості можуть мати різну конфігурацію і розташування, найчастіше вони локалізовані в області кінцівок у вигляді рукавичок, панчох, носків.

Слід відзначити, що в зв'язку з широкою популяризацією медичних знань стався патоморфоз істеричних проявів. Так, замість повної втрати чутливості хворі скаржаться на оніміння кінцівок, відчуття повзання мурашок, відчуття жару в кінцівках. При істеричному неврозі хворі говорять про свої переживання з пафосом, підкреслюють їх винятковий характер: біль «жахлива», « нестерпна », ні з чим незрівнянна. У той же час їх не обтяжують ці порушення, вони як би байдужі до них.

Виділяють наступні види дисоціативних розладів: амнезія, fuga, ступор, транс і стан одержимості, розлади рухів і відчуттів, синдром Ганзера, розлад множинної особистості.

Диссоціативна амнезія (F 44.0) найбільш часте порушення цієї групи, виникає під час військових дій або природних катастроф, найбільш часто зустрічається у підлітків або молодих людей, причому частіше у жінок, ніж у чоловіків.

Причиною дісоціативної амнезії є психотравмуючі переживання, коли хворий є очевидцем важких пошкоджень або смерті інших людей, а також побоювання за своє життя. Пусковим фактором може бути, як реальна загрозна подія, так і фантастична.

Амнезія зазвичай виникає гостро, хворі при цьому розуміють, що втратили пам'ять, ставлячись до цього або болісно, або байдуже. Тривалість амнезії від 1 до 7 днів.

Амнезія може бути: локалізованою (від декількох годин до декількох днів); генералізованою (на весь період хвороби); селективною (на окремі події хвороби); антероградною (забування кожної події, наступного після катастрофи).

Епізод амнезії закінчується також гостро, як і починається, іноді в пам'яті з'являються деякі забуті події. Одужання зазвичай повне, рецидиви трапляються рідко.

Лікування проводиться психотерапевтичними методами - гіпноуггестивною або психоаналітичною терапією, також використовують амітал-кофеїнове розгальмування з метою створення можливості усвідомлення витісненої інформації.

Диссоціативна fuga (F 44.1) проявляється втечею з дому, нерідко на далекі відстані з нездатністю згадати своє колишнє життя. Жебракування хворого нерідко виглядає як цілеспрямована дія. Хворі не усвідомлюють, що вони щось забули. На оточуючих хворі не справляють враження людини з неправильною поведінкою або втратив пам'ять. Вони ведуть себе спокійно, нетовариські, нічим не привертають до себе увагу. Тривалість дісоціативної фуґи від декількох годин до декількох днів. Одужання настає спонтанно і швидко, рецидиви рідкісні.

Найбільш часто зустрічається у воєнний час, внаслідок природних катастроф або в результаті інтенсивного внутрішньо-особистісного конфлікту.

Сприятливі фактори - зловживання алкоголем, акцентуація особистості емоційно-нестійкого, істеричного або шизоїдного типу. Основний етіологічний фактор - психотравмуючі переживання, що супроводжуються бажанням уникнути болючих обставин. З лікувальною

метою проводиться психотерапевтичний вплив. Крім того, необхідно таких пацієнтів навчати навичкам подолання стресових ситуацій.

Дісоціативний ступор (F 44.2). У хворих після психогенних впливів знижуються або відсутні довільні рухи, мова, а також реакції на зорові, слухові і тактильні подразники. При цьому зберігається м'язовий тонус, здатність стояти.

Дісоціативні трансї і стан одержимості (F 44.3).

Стан трансї характеризується змінами свідомості, що супроводжуються втратою почуття власної ідентичності, звуженням обсягу свідомості, коли пацієнти фокусують свою увагу на деяких подразниках, а можливість сприймати ті, що є в навколишньому - знижується. Це нерідко виникає в ситуаціях, коли обмежені можливості рухів і мови. Прикладом може служити стан медіума, який проводить спіритичний сеанс і стверджує, що його голосом говорять викликані їм духи. Підвищеною здатністю впадати в транс відрізняються особистості з високою здатністю до зосередження, жвавістю фантазії, креативністю, що поєднується з нездатністю критично оцінити невідповідність і непослідовність у своїй оцінці реальності.

Стан одержимості проявляється переконаністю в знаходженні під владою духів, потойбічної сили, божественної особи. Це відчуття з'являється мимоволі і небажано для хворого, а також не пов'язане з маренням і галюцинаціями.

Дісоціативні розлади рухів і відчуттів.

Вегетативні порушення проявляються у вигляді різноманітних неправдивих соматичних симптомів: біль у серці, прискорене серцебиття, втрати свідомості, нудота, блювота, біль у животі, задишки, напади ядухи, помилкова вагітність та ін.

Рухові розлади при істерії можуть спостерігатися у вигляді гіперкінезів або акінезії. Гіперкінези проявляються у вигляді тиків, тремору голови і кінцівок, глослабільного спазму, хореоформних рухів, судомного нападу. Істеричний судомний напад необхідно диференціювати з епілептичним. Істеричні гіперкінези, на відміну від органічних, залежать від емоційного стану хворих, супроводжуються незвичайними позами, вегетативними симптомами (ком у горлі), зникають або слабшають після ліквідації або дезактуалізації психотравмуючих впливів.

Істеричні акінезії виникають по типу моно-, гемі-і паралегії. Характерні порушення ходи: «астазія-абазія», коли хворі не можуть

стояти і ходити при відсутності органічних порушень. Деякі хворі скаржаться на слабкість в руках і ногах, що виникає при хвилюванні: ноги стають «ватяними», «важкими», «заплітаються».

Розлади множинної особистості F 44.81

Розлад характеризується тим, що хворий має кілька особистостей з певною поведінкою і установками на даний період часу. При цьому порушенні різні поєднання індивідуального досвіду, пам'яті, рис і здібностей, які складають зміст особистості, можуть піддаватися перегрупованню у свідомості, ускладнюючи його однозначне розпізнавання в клініці. Розлад частіше починається у підлітковому і дитячому віці, переважають жінки.

Перехід від одного стану особистості в інший відбувається раптово. Неактуальні на даний момент особистості амнезуються. Іноді хворий усвідомлює себе і іншу особистість одночасно, відносини між ними можуть бути дружніми або ворожими.

Вторинна особистість з'являється вперше спонтанно, вона має окреме ім'я, свою манеру одягатися, стать, вік, професію, національність. У неї свій тембр голосу, словниковий запас, вираз обличчя і ін. Більш ½ хворих відчують більше двох особистостей, в середньому близько семи.

Медикаментозне лікування неефективне. Психотерапія спрямована на вироблення критики до свого стану. Лікар повинен шанобливо ставитися до всіх вторинних особистостей. Необхідно допомогти хворому відреагувати і подолати психотравмуючі переживання, що викликали порушення.

Серед інших дісоціативних (конверсійних) порушень іноді виникають так звані «істеричні психози», які проявляються такими клінічними формами: істеричне сутінкове потьмарення свідомості, синдром Ганзера, псевдодеменція, пуерилізм, синдром маячнеподібних фантазій, синдром регресу особистості («здичавіння»), істеричний ступор.

Істеричне сутінкове потьмарення свідомості характеризується неглибоким розладом свідомості, звуженням його обсягу. Його клініка подібна до клінікою гострих афективно-шокових реакцій, однак, на відміну від останніх, повного виключення свідомості не відбувається, хворі в навколишній обстановці орієнтуються не повністю, до свідомості доходять лише окремі фрагменти реальності, про що в подальшому зберігаються лише уривчасті спогади. Клінічна картина характеризується строкатістю, хворі тривожні, але в той же час в поведінці трохи демонстративні, істеричне збудження супроводжується то сміхом, то

риданнями. Часто спостерігаються яскраві зорові галюцинації. Хворобливі переживання деяких хворих за змістом протилежні психотравмуючій ситуації. Редукція психотичної симптоматики відбувається поступово. Тривалість психозу - до двох тижнів.

Синдром Ганзера є одним з варіантів істеричного сутінкового потьмарення свідомості. Він спостерігається в судово-психіатричній практиці - у обвинувачених, взятих під варту і тих, хто очікує рішення суду. У клінічній картині переважають неправильні відповіді на питання, «мимоговоріння».

Псевдодеменція проявляється звуженням свідомості і раптовим розвитком стану, що нагадує недоумство. Хворі не розуміють простих запитань, не можуть виконати простих дій, але в той же час на більш складні питання можуть давати правильні відповіді, правильно виконують складні дії. Вони не можуть визначити місце свого перебування, назвати свій вік, прізвище, стверджують, що у них 3 ноги, 5 очей, 4 руки і т.д., деякі хворі надягають на руки взуття, намагаються всунути ноги в рукава сорочки. Однак зміст відповідей і дій пов'язаний, як правило, з змістом психічної травми.

У деяких хворих псевдодеменція супроводжується психомоторним збудженням з метушливістю, кривляннями, ейфорією, що змінюється страхом або тривогою, у інших переважає загальмованість, вони приймають скорботну позу, беззвучно плачуть, зі страхом дивляться по сторонам, на запитання дають відповідь: «Не знаю», «Не пам'ятаю».

Тривалість псевдодеменції - від 2 діб до 2-3 місяців, спогади про хвороби або уривчасті, або повністю відсутні.

Пуерилізм (від лат. - дитина, дитя). Багато авторів розглядають його, як одну з форм псевдодеменції. На тлі зміненої свідомості хворі починають вести себе як діти. Їх мова рясніє дитячими інтонаціями, вони повзають, сюсюкають, не вимовляють окремих слів, звертаються до оточуючих на «ти», називають їх «тітки», «дядька». Вередують, надувають губи, проявляють інтерес до яскравих предметів, іграшок. Просять взяти їх «на ручки», укласти «в ліжечко», грають з ляльками, машинками, ходять дрібними кроками.

Поведінка цих хворих відрізняється дісоційованістю: поряд з дитячими рисами зберігаються звички дорослої людини - запалювати сірники, палити.

Неврастенія

Причиною цього неврозу є тривалий вплив несприятливих факторів, серед яких основну роль грає нервовий виробничий стрес: великий обсяг інформації, яку необхідно засвоїти в умовах дефіциту часу і високих вимог до діяльності.

Розповсюдженість неврастенії - до 5% в популяції, з симптомами цього неврозу до лікарів загальної практики звертається більше 60% хворих.

Основними клінічними проявами неврастенії є дратівлива слабкість. Хворі скаржаться на стомлюваність, слабкість, зниження працездатності. З ранку дуже важко «збиратись», до передобідні часу трохи знижуються симптоми астенії і дещо підвищується працездатність, але дуже швидко знову розвивається втома, кожна дія вимагає неймовірних зусиль. Хворі стають нетерплячими, не можуть переносити очікування. У них легко виникають афекти, після яких астенія ще більш посилюється, виникає почуття провини за те, що було сказано або зроблено в стані афекту. У багатьох пацієнтів з'являється гіперестезія до зорових, слухових і навіть тактильних подразників, їх дратують звуки капання води, звук цокання годинника, дотики до шкіри.

Значно порушується сон. Одні пацієнти не можуть довго заснути, інші швидко засинають, але в обох випадках сон поверхневий з частими пробудженнями і відсутністю почуття відпочинку після сну. У день хворі відчують сонливість, але навіть при можливості відпочити вони не можуть заснути. Однією з постійних скарг таких хворих є скарга на головний біль (здавлювання, стягання, поколювання); яка зазвичай посилюється після фізичного і розумового напруження.

Більшість хворих відзначають неприємні відчуття в різних органах. З цього приводу вони звертаються до різних фахівців, і хоча останні ніякої патології не виявляють, пацієнтів це не заспокоює. Вони фіксують свою увагу на цих відчуттях, думають, що захворіли на якесь важке невиліковне захворювання. Іпохондричні симптоми нерідко супроводжуються іншими симптомами неврастенії.

В перебіг хвороби можуть спостерігатися гіпостенічна (з переважанням астенії) і гіперстенічна (з переважанням дратівливості) форми. Результат неврастенії сприятливий, у більшості хворих після лікування настає одужання.

Тривожні розлади

Розлад адаптації може виявлятися різноманітними емоційними симптомами: тривога, депресія, неспокій, гнівливість, внутрішнє напруження – F. 43.23. У деяких хворих на перший план виступають порушення поведінки, агресивні або асоціальні його форми в структурі реакції горя в підлітковому віці – F. 43.24. У хворих короткочасно виникають реакції дратівливості, агресивності, гнівливості. Характерна нетерпимість до всього оточуючого, тенденція звинувачувати інших у своїх невдачах. Такі форми поведінки з'явилися після дії психотравмуючих чинників і не були характерні для хворих раніше.

Всі вищеописані форми порушення адаптації тривають не більше 6 місяців з моменту припинення дії стресу, за винятком пролонгованої депресивної реакції. Перебіг може бути прогресуючим (з наростанням хворобливої симптоматики і трансформацією в інші нозологічні форми), рецидивуючим (ремісії і рецидиви), регредієнтним (помітне зниження інтенсивності і частоти хворобливих проявів).

Посттравматичний стресовий розлад

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - стан, що розвивається після стресової події або ситуації виняткового / катастрофічно загрозливого / всеохоплюючого дистресу.

Для цього захворювання характерний початок через латентний період (від кількох тижнів до кількох місяців), хвилеподібний перебіг захворювання, а в деяких випадках закінчуватися стійкою зміною особистості (F. 62.0).

За даними літератури, приблизно у 25-30% пацієнтів розвивається даний розлад, від всіх, хто пережили «травму». Причому, поширеність ПТСР знижується від 30% в 1-й місяць після впливу травми, до 17-20% до кінця року після травми.

Підсумовуючи наявні у нас джерела, можна сказати, що це віддалена (але не більше 6 місяців) реакція на виключно загрозливу (для будь-якої людини) травматичну ситуацію (Купер Дж.Е., 2000., Дмитрієва Т.Б. і співавт., 2011) . Клінічно у ПТСР хвилеподібний перебіг, він часто має коморбідність і не виключає формування стійких змін особистості.

Взаємодія травми і людини

Травма викликає у людини після експозиції певні емоційні, фізичні, когнітивні, поведінкові, екзистенційні реакції. Вони можуть бути негайні і уповільнені.

Негайні реакції виникають у індивіда безпосередньо після впливу травми. До емоційних реакцій відносяться оніміння (заціпеніння), тривога,

вина, безпорадність, відчуття нереальності, відчуття некерованості, параліч емоцій, заперечення, гнів, печаль, афект. До фізичних відносяться сомато-автономні порушення (нудота, піт, тремор, непритомність, тахіпное, блідість, млявість, втома, тахікардія і т.д.). До когнітивних реакцій відноситься утруднення концентрації, румінація і персеверація (щодо травматичної ситуації), спотворення часу і простору, щодо травми - амнезія, підвищена ідентифікація з жертвами. Поведінкові реакції: переляк, неспокій з непосидючістю, безсоння, прагнення до суперечок і конфліктів при зниженій здатності до самовираження, адиктивна поведінка, уникнення та відсторонення. Що ж до екзистенціальних реакцій, то в них домінує надмірна молитовна активність, піднесення віри в інших (волонтери, рятувальники, парамедики), втрата самоефективності, криза гуманності і людинолюбства (сплановані травми), криза припущень (справедливість, безпеку) і картини світу.

Уповільнені реакції на травму

Емоційні: ворожість і дратівливість, депресія і тривога, страх (перш за все до повторення травми), горе, сором, емоційна лабільність або відчуженість (особливо щодо сім'ї). До фізичних реакцій уповільненого типу відносять безсоння, соматизації, порушення харчової поведінки, порушення імунітету, втома. Когнітивні реакції представлені нав'язливими спогадами, підвищенням актуальності травм з анамнезу, самозвинувачення, поглиненість подією, складність у прийнятті рішень, зворотний розвиток самосвідомості до ритуального і магічного типу (як реакція захисту від майбутніх травм), сумація і розширення тригерів, домінування суїцидальних ідей в мисленні. Екзистенційні реакції представлені цинізмом, розчаруванням, втратою мети, «чому я?», посилення віри в себе (зможу пережити, все зможу), оновлення віри, безвихідь, відновлення пріоритетів, переосмислення життя, переробка попередніх припущень.

Всі фактори, що викликають даний дистрес, можна розділити на власне травму (причину) і додаткові (опосередковані) травматичні фактори, так звані наслідки первинної травми. До першої групи відносяться ситуації загрози власному життю або екстремальні загрози благополуччю, сцени загибелі і насильства, втрати (в тому числі матеріальні). До другої групи відносять фактори, що впливають з первинної травми, тобто життя після травми (вимушене переселення, розлука, втрата роботи і соціальних гарантій).

Реакція горя

Коли людина піддається стресовому впливу (дії психотравмуючої ситуації), у неї виникає типова емоційна і поведінкова відповідь. Ці реакції відносять до «реакції горя». Дані феномени є абсолютно нормальними і правильними. Їх мета - адаптувати людину до нового середовища, звільнити від втрати. (Юр'єва Л.Н., 2006).

Вважається, що реакція горя не повинна перевищувати більше 6 місяців при відносному відновленні соціального функціонування протягом декількох тижнів. (Титаренко Ю.О. та співавт., 2005)

Фактори ризику розвитку ПТСР:

Вони поділяються по характеристикам самої травми (перш за все, це надзвичайно інтенсивна і тривала травматична ситуація), характеристикам індивіда, який зазнав травми. До останнього відноситься наявність травматичних ситуацій в анамнезі, в тому числі дитячі травми і особливості виховання (гіперопіка, зневага); наявність коморбідних психічних розладів (особливо тривоги і депресії); астеничні і компульсивні радикали особистості. Також важлива роль мікро- і макросоціальних факторів, а саме специфіка професії (військові, пожежні, медики первинної та невідкладної ланки); відсутність підтримки, можливостей релаксації.

Також багато дослідників виділяють роль віку (літні), низький рівень освіти, травматичний досвід в анамнезі, гендерний чинник (жіноча стать).

Клініка і діагностичні критерії

На даний час ми використовуємо діагностичні критерії МКХ-10 (F 43.1). Дана класифікація дозволяє поставити діагноз ПТСР за наявністю мінімум 2х критеріїв:

А. Людина повинна зазнати впливу виключно загрозової, катастрофічно психотравмуючої події, яка може викликати дистрес у будь-якого індивіда. Дана подія може бути як довгострокова, так і короткочасна. Цей критерій є основним для даного діагнозу, вміщує в себе все, що ми відносимо до «травми» (її характеристика, динаміка, властивості і т.д.).

В. Стійкі погавлення «травми» / стресора. Вони проявляються в спогадах, нав'язливих ремінісценціях, яскравих, часто повторюваних снах, напливах відтворень («флеш-беки») або станах повторного емоційного переживання травми. Дані ситуації зовні мають вигляд спонтанних, але завжди в себе включають (іноді мало помітні) провокуючі агенти - тригери.

С. Реакції уникнення. До них відносять прагнення до уникнення або, фактично, виявляються поведінкові реакції, спрямовані на уникнення. Вони провокуються будь-якими ситуаціями, обставинами, фрагментами, що

нагадують про травму.

Д. Критерій включає в себе що-небудь із двох груп психопатологічних феноменів:

- психогенна амнезія, яка може бути як частковою, так і повною. Цей симптом завжди пов'язаний зі стресором, його ключовим аспектом впливу.

- стан підвищеної збудливості і дратівливості (при їх відсутності до впливу травми на індивіда). До них відносять інсомнію (ранню, середню, пізню) і порушення якості сну, спалахи гніву, агресію, дратівливість, порушення уваги (зниження концентрації), підвищення рівня бадьорості (посилений рефлекс чотирьохгорбкового тіла).

Е. Критерії В і С виникають протягом 6 місяців після впливу травми (наявність початку захворювання після 6 місяців, від моменту впливу травми, вимагає додаткового обстеження і вирішення питання в індивідуальному порядку).

Симптоми, що супроводжують травматичну подію: депресія, збудження, зниження спонукань, почуття приголомшення / оніміння, безсоння, зниження концентрації, психомоторне збудження, відчуття безнадійності, флеш-беки, паніка / соціальна тривога, хронічний біль, аддикції, суїцидальна поведінка, симптоми дисоціації, сором, вина.

Причому з усіх симптомів емоційного кола найбільш важливими в процесі подальшого розвитку хвороби відіграють саме сором і вина.

Травма

Що ж ми можемо віднести до травми? Що є травма і травматична подія?

Травма - це психологічний шок з пошкоджуючими ефектами. (Оксфордський словник).

Травма - розлад, що відбувається внаслідок занадто сильних внутрішніх або зовнішніх подразників.

Травма - психічне ушкодження, в тому числі загроза життю або фізичній цілісності («Особиста зустріч зі смертю», Герман, 1992).

Концепція травми знайшла своє відображення в роботах З. Фрейда, П'єра Жане, Абрама Кардінера. Так, спочатку, приділялася велика увага афективним реакціям. Це вилилося в дві концепції: «нестерпна ситуація» і «неприйнятний імпульс» - розуміння їх симптомів - мобілізація захисних механізмів (З. Фрейд).

Взаємовідносини травми і психологічних автоматизмів в

переломлюванні дисоціацій і травматичних спогадів, які формують взаємодії з середовищем, обґрунтував Жане (1989). Тобто надзвичайно активні емоції заважають функціонуванню когнітивних схем.

Але так званий «травматичний невроз», як ми його зараз представляємо в рамках ПТСР, сформувався завдяки класичним, описовим роботам А. Кардинера на прикладі американських ветеранів 1-ї Світової війни.

І, нарешті, в 1980 році, завдяки Американській психіатричній асоціації, все більш-менш розрізнені групи синдромів і неврозів, пов'язаних з травмою, отримали назву ПТСР (МКХ-10, DSM-V).

Травмуючий випадок - це подія, що потенційно може викликати травму.

Травматичний досвід - це все, що потрапляє під переживання травми, не залежно від її конкретного змісту або тривалості.

Види травматичних подій:

Стихійні лиха (землетруси, повені);

Техногенні катастрофи:

Технологічні лиха (вибухи, ДТП, ядерні випромінювання);

Терористична загроза або напад;

Війна;

Таким чином, можна сказати, що травматична подія включає в себе смертельну загрозу, несподіванку і невизначеність, втрату контролю, хаос і матеріальний збиток, залежність щодо інших (для індивіда або групи).

Впливає травма не тільки на жертву, але і на його оточення, тим самим формуючи первинні і вторинні жертви ситуації. До вторинних ми відносимо сім'ю (особливо дітей, у яких легко формується почуття особистої провини), а також працівників первинної ланки надання допомоги (солдати, поліція, рятувальники, медики), соціальних працівників і доглядацький персонал.

Дитяча травма. Цей вид травми пов'язаний з наявністю травматичної події в дитинстві. Найчастіше це різне насильство, нехтування, яке має намір і хронічний тип впливу.

Виділяють травму першого типу і другого типу. При першому травматична подія несподівана (д.т.п., стихійне лихо). Воно викликає страх, жах, почуття небезпеки, може перейти в ПТСР, але при цьому відносно легко піддається лікуванню. Травма другого типу (дитяча травма, бойові дії) володіє характеристиками неминучості, очікуваності і пролонгування. Дані події частіше викликають дисоціативні симптоми і вимагають більш

тривалого лікування. Також, несприятливими в прогностичному плані вважаються ПТСР, викликані послідовними, жорстокими, прихованими травмами (особливо вчинені людьми з близького оточення). Так звані «більш несприятливі травми, травми другого типу», частіше призводять до аномалій особистості і гетерогенності симптоматики (частіше ми бачимо дисоціативні симптоми, соматизації, дерегуляція емоцій).

Нейробіологія травми

Перш за все механізм впливу на організм травми пов'язаний з каскадом стресових гормонів, спрямованих на виживання індивіда. При цьому, часте повторне активування цієї системи призводить до виснаження організму, перш за все в серцево-судинній системі (гіпертонія, атеросклероз).

Реакція на травму починається в лімбіко-гіпоталамічній системі взаємодій. Мигдалеподібне тіло як ключова структура формування емоцій (як позитивних, так і негативних) викликає страх, який, у свою чергу, за допомогою гіпоталамічних механізмів активує стресові системи і органи. Тобто, відбувається активація симпатичної нервової системи і підвищення в крові рівня адреналіну. За необхідністю підтримки високого рівня адреналіну, активується гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова система, а при необхідності підтримки адреналіну (через АКГГ) у високій концентрації - кортикотропін-рилізінг-гормон. При закінченні стресу замикаючою системою реагування включається парасимпатична нервова система, що забезпечує відновлення організму.

Ці механізми забезпечують еволюційно сформований шлях самозбереження: захист і напад. За неможливістю це здійснити (недооцінка своїх сил, надзвичайна активність травми) може виникнути, так звана, реакція «заморожування» / заціпеніння. Вона проявляється завмиранням / ступором, втратою свідомості, дисоціацією (відділення від тіла, «відлітання»).

На сучасному етапі розвитку вчення про ПТСР відомо, що даний розлад супроводжується певними змінами в нейронній схемі, яка бере участь в стресових реакціях. За допомогою нейровізуалізаційної техніки (МРТ, фМРТ, ПЕТ), визначається зниження обсягу гіпокампу і префронтальної кори, активація паравентрикулярного ядра гіпоталамуса.

Механізм розвитку травматичного дистресу

Не всі люди, які зазнали стресу (в тому числі надзвичайного), надалі мають ПТСР. На це впливають оцінка і здатність долати стрес, особливість нейроендокринної регуляції. Виділяють роль негативної оцінки ситуації (в

тому числі почуття втрати контролю над ситуацією), поведінкові реакції, обумовлені суто травматичною ситуацією, дисрегуляцію в нейроендокринній системі (на гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковому рівні); особистих і соціально-культурних особливостей індивіда (анамнез, генетика, рамки поведінки), що забезпечують недостатні (по гнучкості, захисту, опорі, уникненню, розщепленню) копінг- і захисні стратегії, що поєднуються з недостатнім сприйняттям соціальної підтримки.

Розуміння ПТСР на сучасному етапі розвитку зводиться до біопсихосоціальної моделі. Тобто, біологічні передумови (соматика, генетика) конкретної людини, поєднуючись із соціальними факторами середовища (взаємодії і впливу суспільства) і психологічними факторами (пізнавальні здібності, емоції, поведінка) визначають причини, прояви, результати даного розладу. Як висновок, тільки цей підхід дозволить домогтися адекватної відповіді на терапію ПТСР.

Диференціальний діагноз

При діагностиці ПТСР, його необхідно відрізнити від інших непсихотичних психічних захворювань і реакцій. До них відносяться розлад прив'язаності по розгальмованому типу (F. 49.12), реактивний розлад прив'язаності (F. 49.1), гострий стресовий розлад (F. 43.0), розлад адаптації (F. 43.2), інші реакції на тяжкий стрес (F. 43.8), реакції на тяжкий стрес, неуточнені (F. 43.9).

Розлад прив'язаності по розгальмованому типу - даний стан ми бачимо у дітей (до 5 років), він, в основному, виявляється нерозбірливим дружнім ставленням. Як причинні фактори виділяють неправильне виховання, часту зміну вихователів / опікунів, не задоволення емоційних і фізичних потреб дитини. Як наслідок дитина нерозбірливо прив'язана, пасивна, можлива затримка фізичного розвитку, «безприв'язна психопатія», «синдром дитячої замкненої установи».

Реактивний розлад прив'язаності - при цьому, так само спровокованому не правильним відношенням до дитини розладі, виявляється нездатність формувати соціальні зв'язки й прив'язаності за наявності агресії і аутоагресії.

Гострий стресовий розлад, стан ступору, дереалізації, відчуження, ремінісценції та сновидіння з картинками стресової ситуації. Основна його відмінність від ПТСР - це ранній початок і тривалість не більше 4-х тижнів. Даний стан, як і ПТСР, має кластер тривожних і дисоціативних розладів. Що ж стосовно розладів адаптації, то вони включають тривожні, депресивні

феномени, ангедонію і безсоння, можливі симптоми уникнення. Стрессова ситуація не є критичною по важливості. Цей розлад, на відміну від ПТСР, має суб'єктивний дистрес. Серед певних моментів виділяють преморбідні особистісні характеристики (в тому числі тенденція до песимізму), низький рівень соціальної підтримки, неспроможність психологічних захисних механізмів.

Інші реакції на тяжкий стрес не уточнені, включають симптоми, які не знайшли відображення в інших захворюваннях даної рубрики.

Лікування ПТСР

На сучасному етапі розвитку психіатрії, терапія ПТСР включає в себе різні заходи, як спеціалізовані, так і не спеціалізовані. При цьому, всі програми повинні відштовхуватися від біопсихосоціальної моделі здоров'я і включати всі три напрямки в терапії. Біологічний підхід відображає класичне розуміння хвороби, тобто віддає головну роль, в розумінні ПТСР, порушенням нейротрансмітерної регуляції. Виходячи з цього, терапія включає в себе психофармакологію. Психофармакотерапія представлена антидепресантами (СИОЗС, СІОЗСН), анксиолітиками, атипичними антипсихотиками, в деяких випадках антиконвульсантами і транквілізаторами. Антидепресанти трициклічні та інгібітори МАО, не є препаратами першої лінії вибору, проте є публікації про їх застосуванні у пацієнтів з повторним переживанням травми. Серед позитивних сторін даного підходу варто відзначити досить швидкий вплив на симптоми, поєднану дію на попередні психічні розлади, коморбідну психічну патологію. Серед недоліків виділяють фактори, що традиційно асоціюються з фармакотерапією (низький комплаєнс, побічні дії). Когнітивно-поведінковий підхід до терапії ПТСР включає в себе травма-фокусуєчу терапію по засобом правильної переробки інформації (робота з когнітивними помилками, поділ нейтральних і негативних стимулів, розуміння своїх емоцій, запобігання хворобливих побудов з фрагментарних спогадів травматичної події, розробка розуміння нових схем і переконань в зв'язку зі зміною картиною сприйняття світу) і навчання новим поведінковим стратегіям. Розуміння цих підходів, в основному, реалізується через:

- систематичну десенсибілізацію;
- релаксаційний тренінг;
- експозицію;
- біологічно зворотній зв'язок;
- когнітивну переробку.

Підхід, пов'язаний з сімейною терапією. На сучасному етапі розвитку науки про «травми», її розуміють, як щось, що впливає не тільки на травмованого, але і на всю його сім'ю. Травма може змінювати соціальні ролі в родині, передаватися наступним поколінням, якісно змінювати раніше обрані типи комунікацій. Мікро соціальне оточення /сім'я, сприймаються, як великий і необхідний ресурс для травмованого.

Психодинамічний підхід. Даний підхід відображає індивідуальне розуміння ПТСР, тобто неспроможність захисних стратегій. Цей напрямок психотерапії пройшов шлях від класичного розуміння травми, як внутрішньо особистісних конфліктів, через конфлікт волі та об'єктивної реальності, до спроби співволодіння з травмою, усвідомлення її, пошуку зв'язку поточної і минулих травм, аналізу перенесення і контр-перенесення і т.д. Тенденції почалися в роботах З. Фрейда (активізація спогадів з метою їх асимілювання і заперечення, внаслідок бажання уникнути негативних емоцій), пройшли переосмислення в роботах Дж. Герман і розвинулися багатогранно в сучасних напрямках психодинамічної терапії.

Інтегрована (еклектична) терапія. Дана система відображає мультисистемний підхід до терапії ПТСР. Вона включає в себе всі, описані вище, підходи до терапії, об'єднані з багаторівневим розумінням організації людини.

Соматоформні розлади

Соматоформні розлади характеризуються фізичними патологічними симптомами при відсутності патологічних змін у відповідних органах. Соматичні скарги з'являються у хворих після психоемоційного стресу.

Серед клінічних проявів у хворих з невротами, які звертаються за допомогою до лікарів загальної практики, домінують соматизовані симптоми. Своєчасна діагностика психічних порушень з «соматичними масками» має велике значення, так як пацієнти з соматоформними розладами становлять до 25% всіх хворих загально соматичної практики, точні дані про поширеність в популяції невідомі, на їх лікування йде близько 20% всіх коштів закладів охорони здоров'я. Однак направлення на консультацію психіатра чи психотерапевта отримують лише 19% хворих з числа потребуючих цього, а середнє запізнення з таким напрямком становить близько 8-9 років, згідно з даними А.Б. Смулевіча (1997).

Соматизовані розлади частіше зустрічаються у жінок, серед яких захворюваність становить 1-2%. Іпохондричні розлади серед хворих загально соматичної практики складають від 3 до 14%, гендерних

розбіжностей і сімейних випадків не спостерігається. Хронічні соматоформні больові розлади також частіше зустрічаються у жінок; співвідношення з чоловіками становить 2:1.

Етіологія і патогенез. Рубрика МКБ-10 (F 45) «соматоформні розлади» фактично містить в собі опис невротичних, соматизованих, граничних психічних розладів, етіологія і патогенез яких проаналізовані з позицій вітчизняної психіатрії. Таким чином, в етіопатогенезі соматоформних розладів, як і неврозів, провідну роль відіграють психогенні чинники – внутрішньо особистісні і мікросоціальної конфлікти, однак при соматоформних розладах хворі неохоче обговорюють психологічні проблеми. Поряд з цим передбачається наявність нейропсихологічної основи, генетичної схильності. На думку деяких авторів, соматизації психічних порушень сприяє алекситимія (нездатність людини висловлювати свої душевні переживання, утруднення у вербальному і символічному вираженні емоцій). Риси алекситимії характерні також для пацієнтів, які страждають класичними психосоматичними захворюваннями. Алекситимія характеризується наявністю труднощів у розпізнаванні і описі власних почуттів, зниженою здатністю до символізації і фантазування, зосередженістю, в більшій мірі, на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях.

Класифікація клінічних проявів.

Психічні захворювання, які проявляються переважно різноманітними псевдосоматичними розладами, у вітчизняній психіатрії традиційно описували в рамках неврастенії, істерії, іпохондрії. При цьому соматовегетативні симптоми вважаються одними з обов'язкових ознак невротичних розладів будь-якого типу.

Останнім часом в структурі непсихотичних психічних захворювань стрімко збільшується питома вага розладів з перевагою соматичних скарг, в основному з тілесним виразом психічних порушень. Введення до МКХ-10 діагностичної категорії «соматоформні розлади» відповідають цим тенденціям. В МКХ-10 соматоформні розлади визначаються, як група психопатологічних порушень, головною ознакою яких є повторюване виникнення фізичних симптомів поряд з постійними вимогами медичних обстежень всупереч підтвердженням негативних результатів і запевненням лікарів про відсутність фізичної підстави для симптоматики.

До соматоформних розладів відносяться такі підгрупи:

- соматизований розлад F 45.0;
- недиференційований соматоформний розлад F 45.1;

- іпохондричний розлад F 45.2;
- соматоформна вегетативна дисфункція F 45.3;
- хронічний соматоформний больовий розлад F 45.4.

Соматизовані розлади. Клінічна картина представляє велику кількість стійких і змінюючихся соматичних симптомів, які існують не менше двох років, при відсутності соматичних захворювань, які могли б ці симптоми пояснити. Симптоми можуть відноситися до будь-якої частини тіла або системи, найчастіше - травної (біль, нудота, відрижка, блювота, пронос, регургітація, метеоризм), шкірної (свербіж, печіння, болючість, оніміння, поколювання), серцево-судинної (біль, задишка), сечової та статевій (дизурія, генітальні виділення). Увага хворих фіксується на тих симптомах, з якими вони звертаються до лікарів з проханням про лікування. Спостерігається часта коморбідність з тривогою і депресією, зловживанням психоактивними речовинами.

Характерними є стійкі скарги на множинні, мінливі соматичні симптоми протягом щонайменше 2-х років. Хворі постійно стурбовані своїми переживаннями, часто звертаються до різних фахівців, вимагають консультації та обстеження, при цьому не погоджуються з даними медичних висновків, в яких немає об'єктивних доказів. Найчастіше хворі пред'являють не менше 6 скарг, які стосуються 2-м різним групам порушень.

Іпохондричні розлади

Проявляються наявністю постійних ідей (не маячня) про існування одного або більше важких соматичних захворювань, при цьому нормальні, звичайні відчуття інтерпретуються, як аномальні і хворобливі. Хворі постійно висувують соматичні скарги, причому їх увага зазвичай фокусується на одному або двох органах чи системах організму. Хворий може назвати передбачуване соматичне захворювання. Згадані ідеї зберігаються, незважаючи на те, що адекватного соматичного пояснення наявним скаргам не виявлено. На відміну від соматизованих розлади, для хворих саме захворювання і його наслідки важливіше, ніж окремі симптоми. До лікарів звертаються переважно з метою діагностики.

Хворі впевнені, що страждають серйозним захворюванням, яке не змогли виявити при обстеженні лікарі. Транзиторні іпохондричні реакції з'являються нерідко після важкого стресу - смерть або серйозне захворювання когось із близьких. У загально-медичній практиці ці порушення зустрічаються у 3-14% хворих, приблизно однаково часто у

чоловіків і жінок. Максимум частоти іпохондричних розладів доводиться на вік 40-50 років. Перебіг нерідко хронічний.

Соматоформна вегетативна дисфункція.

Хворі постійно скаржаться на одну із систем, яка знаходиться під впливом вегетативної регуляції (серцево-судинна, дихальна або травна). Симптоми не вказують на фізичний розлад органу або системи, а відображають об'єктивні ознаки вегетативного порушення (серцебиття, задишка, гикавка та ін.) Або є суб'єктивними і неспецифічними (швидко зникаючий біль, печіння, тяжкість, розпирання і ін.) Залежно від органу і системи, які розглядаються хворим, як джерело симптоматики, виділяють окремі розлади цієї групи з відповідним кодуванням п'ятим знаком:

Серце і серцево-судинна система (F 45.30): невроз серця, синдром д'Акості, нейроциркуляторна дистонія.

Верхній відділ травного каналу (F 45.31): невроз шлунку, психогенна аерофобія, гикавка, диспепсія, пілороспазм.

Нижній відділ травного тракту каналу (F 45.32): психогенний метеоризм, синдром подразненого кишечника, синдром газової діареї.

Дихальна система (F 45.33) : психогенні форми кашлю і задишки.

Сечостатева система (F 45.34): психогенна дизурія, підвищення частоти сечевиділення.

Хронічні соматоформні больові розлади

Скарги на постійний важкий біль, який неможливо повністю пояснити фізіологічним процесом або соматичним розладом. Хворі часто звертаються до інтерністів, наполягаючи іноді на хірургічних втручаннях. Відчуття важкого болю триває не менше 6 міс, біль часто не відповідає анатомічним особливостям нервових структур. Хворі нерідко довго і наполегливо лікуються різними методами. Ретельне обстеження не виявляє порушень, які могли б пояснити страждання хворих.

З'являється на тлі психоемоційного конфлікту, має значення вторинна вигода від симптому - підвищення уваги і підтримки близьких і лікарів. Виключається біль психогенного походження при інших психічних розладах (наприклад, депресії) і та, що виникає згідно відомим патофізіологічним механізмам (біль м'язової напруги, мігрень).

Прояви. Соматизовані розлади найчастіше починаються в молодому віці, хронічні соматоформні больові розлади - у віці старше 45 років. Перебіг соматоформних розладів, як правило, хронічний, флюктууючий.

Лікування. Починають після виключення органічної причини захворювання. Всі етапи лікування соматоформних розладів потребують ретельного нагляду соматичних станів, так як ймовірність виникнення соматичних захворювань у хворих на соматоформні розлади така ж, як і в популяції. Близько 2/3 хворих на соматоформні розлади можуть лікуватися в загально-соматичній мережі. Психотропні засоби в цьому випадку призначає лікар загальної практики при консультації психіатра. 1/3 пацієнтів з такими розладами потребують спеціалізованої психіатричної допомоги. Програма лікування повинна бути індивідуальною з оптимальним поєднанням психофармакотерапії, психотерапії та соціальної підтримки. Використовують психотропні засоби різних класів - транквілізатори, антидепресанти, нейролептики, нормотиміки, також соматотропні препарати. Широко застосовуються транквілізатори, як у вигляді монотерапії, так і в комбінації з іншими психотропними засобами. При терапії хронічних больових синдромів показані антидепресанти, які поряд з антидепресивним ефектом володіють також первинним анальгезуючим ефектом. Краще застосовувати серотонінергічні препарати в зв'язку з їх більш сприятливим профілем побічних ефектів (есциталопрам, сертралін, пароксетин). Хворим з усіма клінічними формами соматоформних розладів показана психотерапія. Залежно від властивостей особистості хворого, гостроти симптоматики і наявності актуальної психотравмуючої ситуації, проводять вибір форм і методів психотерапії: гіпно-суггестивна, сімейна, когнітивна, поведінкова.

Навчальне видання

Невротичні, пов'язані зі стресом розлади,
посттравматичній стресовий розлад

Методичні вказівки для підготовки студентів до практичних занять

Упорядники: Кожина Ганна Михайлівна

Самардакова Галина Олександрівна

Коровіна Лілія Дмитрівна

Гайчук Лариса Михайлівна

Відповідальний за випуск Г.М. Кожина

Комп'ютерний набір Л.Д.Коровіна

Комп'ютерна верстка Л.Д.Коровіна