**Психические нарушения при соматических заболеваниях**

Соматогенные психические расстройства, как правило, определяются симптомами, вызванными не только соматическими, но и эндогенными, субъективными факторами. В связи с этим в клинической картине отражаются реакции личности на патологический процесс. Иными словами, характер течения патологического процесса отражается на личности больного, его эмоциональных переживаниях.

Диагностирование какого-либо серьезного соматического неблагополучия всегда сопровождается личностной реакцией больного, отражающей вновь возникшую ситуацию. По клиническим проявлениям психогенные состояния у соматических больных крайне разнообразны. Чаще они выражаются расстройствами настроения, общей угнетенностью, заторможенностью. При этом появляется склонность к повышенным опасениям в отношении невозможности выздоровления. Возникает страх, тревога в связи с предстоящим длительным лечением и пребыванием в стационаре в отрыве от семьи, близких. Временами на первое место выступают тоска, гнетущее чувство, внешне выражающееся в замкнутости, в двигательной и интеллектуальной заторможенности, слезливости. Может появляться капризность и аффективная неустойчивость.

Врачу-интерну необходима особая осторожность при разъяснении больному истинного состояния его здоровья и результатов параклинических исследований, а также при выдаче медицинских документов на руки. К сожалению, ятрогенно обусловленные состояния наблюдаются не столь редко, и врач в процессе психотерапевтической беседы должен успокоить больного, снять тревогу, сомнения, вселить веру в успешное выздоровление.

**КЛИНИКА**

Симптоматические психозы могут протекать остро (в большинстве случаев с нарушением сознания) и принимать длительное (протрагированное) течение, не сопровождающееся помрачением сознания. Кроме того, развитие соматического заболевания может сопровождаться возникновением или обострением латентно протекающих эндогенных психозов (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и др.).

При разных соматических заболеваниях может возникать депрессивно-параноидное состояние, характеризующееся отсутствием суточных колебаний настроения (в отличие от эндогенных депрессий), наличием ажитации, тревоги, слезливости. В ночное время возможна делириозная симптоматика. Возникновение бреда на фоне депрессии указывает на ухудшение соматического состояния больного. В тяжелых случаях присоединяются слуховые галлюцинации и множественные иллюзии с развитием ступорозного состояния.

Относительно редко встречается корсаковский синдром с наличием конфабуляторных расстройств и фиксационной амнезии. Указанные нарушения, как правило, преходящи, и после них наступает полное восстановление памяти.

Психические нарушения при различных заболеваниях внутренних органов определяются особенностью и тяжестью соматического расстройства. При остро развивающейся сердечно-сосудистой недостаточности (инфаркт миокарда, состояние после операции на сердце и др.) часто возникают оглушения, аментивные и делириозные состояния, сопровождающиеся страхом тревогой, иногда эйфорией.

В раннем периоде инфаркта миокарда возможны иллюзорно-галлюцинаторные расстройства, аффективные нарушения (тревога, подавленность, психомоторная расторможенность), утрата критической оценки своего состояния и окружающих событий. Иногда возникает маниакальное состояние с ощущением общего благополучия, повышенным настроением, убежденностью в отсутствии каких-либо соматических расстройств, в том числе и инфаркта. По мере развития болезни появляются признаки дереализации и деперсонализации, нестойкие бредовые идеи отношения, самообвинения.

Психические расстройства чаще возникают у людей, которые до заболевания перенесли черепно-мозговую травму, злоупотребляли алкоголем и находились в хронических или острых психотравмирующих ситуациях. При выздоровлении у них появляется стремление к деятельности, нормализуется повышенное настроение или, наоборот, развиваются субдепрессивные расстройства и ипохондричность.

Психопатологическая симптоматика нередко возникает и у больных с хронической сердечно-сосудистой недостаточностью. При стенокардии независимо от ее патогенетических механизмов во время приступов появляются аффективные расстройства, тревога, страх смерти, ипохондричность. После повторных приступов возможно развитие кардиофобического синдрома в виде стойких невротических реакций больного на перенесенные приступы стенокардии.

Активная фаза ревматической болезни может сопровождаться делириозными расстройствами, ревматическими гиперкинезами, депрессивно-параноидными состояниями с тревогой и ажитацией.

Делириозные расстройства обычно сочетаются с онейроидными компонентами. Больным на фоне высокой температуры мерещатся вооруженные лица, враги, толпы людей различной национальности, парады, праздничные демонстрации, слышатся голоса, звуки музыки, песни на разных языках мира, шум, выстрелы. Указанные переживания сопровождаются страхом, беспокойством, настороженностью.

Ревматические гиперкинезы проявляются хореоформными движениями разной степени выраженности - от единичных подергиваний мышц лица, шеи, плечевого пояса, кистей рук до непрерывного двигательного возбуждения. Чаще наблюдаются гиперкинезы мышц лица и дистальных отделов верхних конечностей, реже - мышц шеи, верхней половины туловища. В тяжелых случаях хореоидное возбуждение внешне напоминает гебефренический синдром: появляются гримасы, ужимки, вычурные движения, напоминающие дурашливость ребенка. Однако они никогда не переходят в общее психомоторное возбуждение, характерное для гебефрении.

Психические нарушения при остром ревматизме обычно длятся 2-3 месяца (иногда больше) и заканчиваются выздоровлением, которое наступает, как правило, одновременно с окончанием активной фазы заболевания, нормализацией температуры, формулы крови, соэ.

При заболеваниях печени, желудочно-кишечного тракта постепенно возникают раздражительность, бессонница, эмоциональная неустойчивость, временами -иппохондричность, канцерофобия.  
Заболевания печени сопровождаются дисфорическими расстройствами настроения, гипногогическими галлюцинациями.

При циррозе печени с выраженными клиническими проявлениями (желтуха, асцит, желудочно-кишечные кровотечения) из психических нарушения на первый план выступают астенические расстройства с дисфорическими включениями в виде злобности, раздражительности, патологической пунктуальности, угнетенности, требования к себе повышенного внимания. Кроме того, наблюдаются выраженные вегетативные расстройства с приступами сердцебиения, потливости, колебаний артериального давления, покраснением кожных покровов при эмоциональных переживаниях. Характерны также кожный зуд, бессонница, чувство онемения конечностей. При утяжелении состояния нарастает оглушение, которое в последующем переходит в сопор, а иногда и в кому.

При токсической дистрофии печени развивается коматозное состояние. Как известно, токсическая дистрофия является гепатоцеребральной патологией, и при коматозном состоянии (например, острой желтой атрофии печени при вирусном гепатите А) вначале появляются головные боли, потливость, приступы удушья, рвота, нарушается сон. В дальнейшем на фоне общего оглушения развиваются приступы психомоторного возбуждения, делириозно-аментивные расстройства с бессвязностью речи, отрывочными галлюцинаторными и бредовыми явлениями. Возможны эпилептиформные припадки. Утяжеление соматического состояния сопровождается усилением оглушения, затем наступает сопор, а в последующем кома с возможным летальным исходом.

Больным хроническими пневмониями, тяжелыми формами туберкулеза легких свойственны затяжные депрессивные состояния, галлюцинаторно-бредовые явления, ложные узнавания. Иногда появляются эйфорический оттенок настроения, беспечность, поверхностное мышление, отмечается повышенная двигательная активность. Эти психические расстройства объединяются в астенический симптомокомплекс. В одних случаях он полностью определяет клиническую картину, в других же на фоне психической астении возникают дополнительные психические расстройства в виде маниакальных или параноидных включений, изредка - признаки нарушения сознания.

Психическая астения при туберкулезе не отличается от астенического состояния при других соматических заболеваниях и проявляется повышенной психической истощаемостью, вялостью, бездеятельностью, угнетенностью и др. Однако при туберкулезе более, чем при других заболеваниях, выражена эмоционально-гиперестетичеекая слабость: под влиянием незначительных или даже совершенно ничтожных раздражителей быстро возникают приступы эмоциональной взрывчатости с плачем, слезливостью, детской беспомощностью. Для некоторых больных характерна анозогнозия (не оценивается в достаточной степени собственное состояние). В этом случае больные беспечны, благодушны, беззаботны.

При утяжелении процесса развивается состояние астенической спутанности, при которой наблюдается неспособность к концентрации внимания, правильной оценке окружающей обстановки, быстрая истощаемость при изложении мыслей, легкомысленность решений.

В случае дальнейшего утяжеления туберкулеза состояние астенической спутанности может перейти в аментивное состояние. При этом спутанность сознания больного достигает такой степени, что он уже не в состоянии ориентироваться в окружающей обстановке. Речь его становится бессвязной, поступки неадекватны. Указанные расстройства приобретают то маниакальную, то депрессивную окраску. При тяжелом течении фиброзно-кавернозного туберкулеза, при вспышках туберкулезного процесса аментивные состояния возникают чаще. В этих случаях могут наблюдаться также делириозные состояния, кататонические расстройства, вербальный галлюциноз. Нарушение сознания обычно не отличается большой глубиной и протекает волнообразно. Аменция, сохраняющаяся в течение 1,5-2 месяцев, указывает на прогрессирование процесса и возможность развития туберкулезного менингита. Делирий у больных туберкулезом чаще развивается у лиц злоупотребляющих алкоголем. В его клиническую картину входят вербальные и зрительные галлюцинации.

У больных туберкулезом на фоне легкой астенической спутанности могут развиваться и параноидные состояния. При этом они высказывают бредовые идеи преследования, отравления, становятся подозрительными, отказываются от пищи, считают, что над ними проводят смертельные опыты. Кроме того, после эпизодически возникающих кратковременных приступов эйфории проявляются стойкие признаки раздражительной слабости, вялости, малоподвижности. В случае эффективного применения антибиотиков (стрептомицина и др.), антибактериальных препаратов (ПАСК, фтивазид и др.) и хирургических методов лечения вслед за затухание болезненного процесса постепенно уменьшается глубина психических нарушений. Вначале исчезают симптомы расстроенного сознания и параноидные включения, затем постепенно нивелируются аффективные расстройства и астенические симптомокомплексы.

Послеродовые психозы сопровождаются аментивным расстройством сознания, депрессивными проявлениями. Возникающие при этом психические нарушения могут явиться начальными этапами какого-либо эндогенного заболевания (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и др.).

Послеродовые психозы обычно развиваются в первые 1,5 месяца после родов, а иногда и в более поздние сроки вследствие воздействия экзо- и эндогенных факторов, в частности в результате эндокринно-диэнцефальной и эмоционально-инстинктивной дисрегуляции, неблагополучного микросоциального окружения (семейная обстановка), соматосексуального инфантилизма.

Аментивные и аментивно-онейроидные расстройства чаще проявляются в результате различных гинекологических осложнений инфекционной природы. Особенно глубокие аментивные состояния наблюдаются при септическом процессе. Аменция в этих случаях сочетается с галлюцинаторно-бредовыми или онейроидными переживаниями. Возможны также ступорозные состояния с мутизмом и обездвиженностью. Возникновение указанных расстройств говорит о генерализации патологического процесса. Правда, в ряде случаев наблюдается диспропорция между тяжестью общего состояния организма, выраженной температурной реакцией (более 39е С), и относительно небольшими воспалительными изменениями со стороны половых органов. Это свидетельствует о том, что психические расстройства в послеродовом периоде связаны непосредственно не только с соматической, но и церебральной (диэнцефальной) патологией.

Послеродовая депрессия чаще возникает через 1,5-2 недели после родов. Начинается она обычно в домашних условиях спустя несколько дней после выписки из стационара. При этом появляются угнетенное настроение, двигательная и интеллектуальная заторможенность, бессонница, идеи самобичевания. Депрессивные состояния обычно длятся от нескольких недель до 2-3 месяцев, а иногда принимают вялое затяжное течение.

В случаях рождения детей с уродствами, смерти ребенка или наличия других психогенных ситуаций, например при семейных неурядицах, могут возникать реактивные депрессии. В таких случаях на фоне выраженной тоски больные жалуются на трудности жизни, у них появляется мысль о собственной беспомощности, неспособности иметь детей, обеспечивать уход за ребенком и др. Боязнь за сохранность семьи, преувеличенное чувство собственной вины в последующем перерастают в отчужденность и вражду между близкими. Нередко такие больные отказываются от кормления ребенка, заявляют, что у них пропал интерес к жизни, проявляют суицидные тенденции.

Следует отметить, что депрессивные состояния в послеродовом периоде по своей глубине никогда не достигают такой степени эндогенных депрессий, как при шизофрении, маниакально-депрессивном психозе. Назначение антидепрессивных, транквилизирующих средств почти всегда дает положительный эффект. Особенно эффективна инсулинокоматозная и электросудорожная терапия.

При злокачественных новообразованиях преобладают депрессивно-параноидные состояния, иногда в виде бреда Котара, синдрома Корсакова. Психические нарушения, как правило, развиваются после оперативных вмешательств и при нарастании явлений кахексии.

Прежде всего следует отметить, что сам факт заболевания раком или даже подозрение на него оказывает массивное психотравмирующее воздействие, поскольку, с одной стороны, возникает угроза жизни, с другой - пугают всевозможные осложнения, связанные с оперативным вмешательством, с последующей инвалидизацией. Это и создает основу для развития реактивного состояния, степень тяжести которого зависит не столько от соматического благополучия, сколько от психогенных воздействий.

Клиническая картина реактивного состояния у онкологических больных в первую очередь характеризуется развитием тревожно-депрессивного синдрома. Возможны также ипохондрические реакции с истерическими компонентами, психопатоподобными расстройствами с паранойяльными установками, раздражительным, злобным настроением. В ряде случаев наблюдаются депрессивные расстройства, сопровождающиеся страхом, ажитацией, дереализационно-деперсонализационными расстройствами, упорной бессонницей, суицидальными тенденциями.

В случае благоприятного исхода после оперативных вмешательств и успеха консервативной терапии указанные расстройства претерпевают медленное обратное развитие. Этому способствуют также сохранение у больных надежды на благополучный исход даже при выраженных депрессивных и других психопатологических расстройствах. Кроме того, у многих больных обнаруживается психологически защитная тенденция упрощать сложившуюся ситуацию и вытеснять из сознания мрачные мысли относительно исхода заболевания.

При прогрессировании злокачественного новообразования и утяжеления соматического статуса, особенно при раковых опухолях желудочно-кишечного тракта, на фоне тревожно-депрессивного состояния может развиться нигилистический бред со слуховыми и тактильными галлюцинациями (синдром Котара). Иногда развиваются амнестические расстройства с конфабуляциями и псевдореминисценцияи (синдром Корсакова), а также делириозно-аментивная спутанность сознания.

Клиническая картина при опухолях мозга очень вариабельна. Выраженность и характер ее зависит от локализации опухоли, темпа и характера опухолевого роста. Психические расстройства представляют собой дополнительные патологические изменения церебральных опухолей.

Чаще всего при опухолях мозга отмечается оглушенное расстройство сознания различной степени выраженности. При этом наступают общая заторможенность психических процессов, вялость, безучастие, ослабевают активное и пассивное внимание, память, нарушается ориентировка. Несколько реже встречаются другие виды расстроенного сознания с психомоторным (эпилептиформным) возбуждением, а также онейроидное состояние. Иногда отмечаются явления дереализации и деперсонализации. Острые пароксизмальные расстройства с указанной выше симптоматикой, как правило, чаще возникают у лиц пожилого возраста.

Кроме того, на фоне измененного сознания при опухолях головного мозга могут быть признаки психоорганического синдрома. В этом случае характерно нарастание расстройства памяти, развитие вначале фиксационной амнезии с псевдореминисценциями и конфабуляциями, а в последующем - ретро- и антероградной амнезии. Одновременно может измениться аффективная сфера - она приобретает вид раздражительности, несдержанности или, наоборот, вялости, безразличия, апатии. Критическое отношение к своему состоянию у такого больного сниженное.

Клиника психических расстройств в определенной мере зависит от локализации опухолей.

При опухолях височных долей мозга возможны рудиментарные слуховые и зрительные галлюцинации, изредка - обонятельные и вкусовые расстройства. Аналогичные нарушения могут наблюдаться и при локализации опухолей в теменной и затылочных областях.

При так называемой лобной симптоматике опухолей мозга на первый план выступает клиника апатоабулического синдрома с нарушениями памяти. Несколько реже встречаются противоположные аффективные изменения в виде эйфории, мориоидности, расторможенности влечений.

В случае поражения глубинных отделов мозга на фоне эмоциональной лабильности, импульсивности возникают выраженные признаки паркинсонизма. Иногда наблюдаются сонливость, безразличие к окружающему, тоскливое настроение. Изредка эмоциональный фон может быть повышен, влечения расторможены.

Следует отметить, что при опухолях головного мозга различной локализации могут наблюдаться генерализованные и абортивные (джексоновские, диэнцефальные и др.) эпилептиформные припадки. Судорожные припадки обычно возникают на фоне органических изменений со стороны центральной нервной системы.

Диагностика опухолей мозга нередко представляет значительные трудности. Их необходимо дифференцировать от сосудистых и атрофических заболеваний мозга.

Опухоль мозга удаляют оперативным путем. Кроме того, проводится дегитратационная, противосудорожная терапия и радиотерапия. При острых психотических расстройствах, психомоторном возбуждении применяют транквилизаторы и нейролептические препараты в малых дозах.

Нефрогенные психозы проявляются следующими психопатологическими признаками: астеническим симптомокомплексом, делириозным и аментивным расстройствами.

При нарушении функционирования эндокринных желез развивается психоэндокринный синдром. Клиническая картина его неспецифична и относительно зависима от вида и характера функций эндокринной системы, в частности с вовлечением в болезненный процесс гипоталамических структур мозга.

При эндокринных расстройствах могут развиваться неврозоподобные и аффектвные психопатологические синдромы.

Неврозоподобная симптоматика проявляется преимущественно в виде сенестопатической ипохондрии. Больные при этом ощущают тяжесть, чувство жжения во всем теле, распирания в голове, поясничной области, в области живота и других частях тела. Эти ощущения усиливаются в период обострения гормональной патологии. Их больные описывают красочно, эмоционально, насыщено. Психоподобные расстройства характеризуются развитием психоастенических черт.

Клиническая картина аффективных синдромов при эндокринной патологии представлена депрессивными и гипоманиакальными состояниями.

Депрессивные расстройства чаще проявляются на фоне астенического симптомокомплекса.