

Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці: навчальний посібник

Про книгу

У навчальному посібнику наголошено на важливості вивчення психіатрії в курсі медичної освіти з огляду на те, що на лікарів загальної практики припадає найбільша частка первинних звернень пацієнтів із психічними розладами. Висвітлено основи вітчизняного законодавства в галузі психіатрії та принципи організації надання психіатричної і медико-психологічної допомоги особам із різними видами психічних та поведінкових розладів. Акцентовано увагу на медичних і соціальних проблемах вживання психоактивних речовин. Для студентів медичних закладів вищої освіти, лікарів-інтернів та лікарів загальної практики - сімейної медицини.



ПСИХІАТРІЯ та НАРКОЛОГІЯ

В ЗАГАЛЬНІЙ МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

Друге видання

ЗАТВЕРДЖЕНО

вченою радою Харківського національного медичного університету як навчальний посібник для студентів медичних закладів вищої освіти, лікарів-інтернів, лікарів загальної практики — сімейної медицини

Київ
ВСВ "Медицина"
2023

УДК 616-053.2(075.8)

ББК 57.3я73

П86

Затверджено вченою радою Харківського національного медичного університету як навчальний посібник для студентів медичних закладів вищої освіти, лікарів-інтернів, лікарів загальної практики — сімейної медицини (протокол № 12 від 21.12.2017)

Автори:

Г.М. Кожина — завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету;

Н.О. Марута — заступник директора з наукової роботи ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”, керівник відділу неврозів і пограничних станів Інституту;

Л.М. Юр’єва — завідувач кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету;

В.І. Коростій — професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету;

Г.О. Самардакова — доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету;

Л.М. Гайчук — доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету;

К.О. Зеленська — асистент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету;

І.В. Лещина — доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету

Рецензенти:

М.В. Маркова — д-р мед. наук, професор кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації Харківського національного медичного університету;

Н.Г. Пшук — д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці :
П86 навч. посіб. / Г.М. Кожина, Н.О. Марута, Л.М. Юр’єва та ін. — 2-е вид. — К. : ВСВ “Медицина”, 2023. — 343 с.

ISBN 978-617-505-959-3

У навчальному посібнику наголошено на важливості вивчення психіатрії в курсі медичної освіти з огляду на те, що на лікарів загальної практики припадає найбільша частка первинних звернень пацієнтів із психічними розладами.

Висвітлено основи вітчизняного законодавства в галузі психіатрії та принципи організації надання психіатричної і медико-психологічної допомоги особам із різними видами психічних та поведінкових розладів.

Акцентовано увагу на медичних і соціальних проблемах вживання психоактивних речовин.

Для студентів медичних закладів вищої освіти, лікарів-інтернів та лікарів загальної практики — сімейної медицини.

УДК 616-053.2(075.8)

ББК 57.3я73

© Г.М. Кожина, Н.О. Марута, Л.М. Юр’єва,
В.І. Коростій, Г.О. Самардакова, Л.М. Гайчук,
К.О. Зеленська, І.В. Лещина, 2019, 2023

ISBN 978-617-505-959-3

© ВСВ “Медицина”, оформлення, 2023

ЗМІСТ

Список скорочень.....	4
Передмова.....	5
Вступ	6
Розділ 1. Законодавство в галузі психіатрії та організація надання психіатричної і медико-психологічної допомоги особам з різними видами психічних та поведінкових розладів	7
Розділ 2. Етико-правові підходи до надання психіатричної допомоги в Україні. Умови госпіталізації хворих із психічними і поведінковими розладами	20
Розділ 3. Базові синдроми у психіатрії	46
Розділ 4. Психічні порушення у хворих із різноманітними соматичними захворюваннями	67
Розділ 5. Соматоформні розлади.....	147
Розділ 6. Психосоматичні захворювання	152
Розділ 7. Вікові особливості психічних та поведінкових розладів.....	159
Розділ 8. Функціонально-анатомічні типи деменції	219
Розділ 9. Медичні та соціальні проблеми вживання психоактивних речовин	226
Розділ 10. Первинний поліморфний психотичний розлад.....	263
Розділ 11. Суїциди	269
Розділ 12. Лікування та реабілітація осіб із психічними захворюваннями	289
Додатки.....	323
Рекомендована література.....	342

ПЕРЕДМОВА

Вивчення психіатрії є актуальним для лікарів усіх спеціальностей, оскільки вміння ідентифікувати пацієнтів із психічними розладами та обрати оптимальну тактику їх ведення впливає на клінічні ознаки, динаміку й результат терапії соматичного захворювання. Лікар повинен враховувати ці впливи під час обстеження та лікування пацієнтів. Необхідність вивчення психіатрії в курсі медичної освіти зумовлена ще й тим, що більшість психічно хворих спочатку звертаються не до лікарів-психіатрів, а до лікарів загальної практики — на цих фахівців припадає найбільша частка первинних звернень пацієнтів із психозами та невротами в початковій стадії, коли психічні порушення ще незначно виражені. Крім того, лікар загальної практики часто може опинитися в ситуації, що вимагає надання ургентної психіатричної допомоги.

Ідею створення підручника з психіатрії та наркології для сімейних лікарів автори виношували кілька років, з моменту впровадження у вітчизняній медицині поняття сімейного лікаря. Але процес реформування відбувався досить повільно, юридичні основи діяльності сімейного лікаря в галузі охорони психічного здоров'я досі не створені, відповідно складно окреслити межі його компетенції та шляхи взаємодії з відділеннями психіатричної та наркологічної допомоги. Проекти протоколів і настанов з лікування депресій та шизофренії спричиняють запеклі дискусії саме в частині компетенції сімейного лікаря. Незважаючи на ці труднощі, вважаємо за необхідне якомога швидше видати цей посібник, адже бачимо нагальну практичну потребу в ньому серед лікарів поліклінічної ланки охорони здоров'я, які проходять перепідготовку, спеціалізацію із сімейної медицини, тим самим розширюючи свої інтереси в психопатології. З огляду на зазначене автори свідомо вилучили з рукопису розділ "Юридичні основи та нормативні документи, які регламентують діяльність сімейного лікаря в галузі охорони психічного здоров'я", та закликаємо читачів керуватися чинним законодавством і стежити за його змінами.

ВСТУП

Психіатрія — медична дисципліна, що вивчає принципи діагностики, лікування, а також етіологію, патогенез, поширеність психічних хвороб і систему організації психіатричної допомоги.

У перекладі з грецької психіатрія означає “лікування душі” (“психо” — душа, “ятрос” — лікування).

Основні завдання психіатрії:

- а) вивчення поширеності, умов виникнення, нозологічної структури і клінічних особливостей психічних захворювань;
- б) вивчення етіології та патогенезу психічних захворювань;
- в) лікування і профілактика психічних захворювань;
- г) соціально-трудова реабілітація хворих;
- ґ) трудова, судова і військово-лікарська експертиза;
- д) проведення санітарно-освітніх та психогігієнічних заходів серед населення.

Психіатрія — невіддільна частина медицини, органічно пов'язана з усіма її розділами. Кожен лікар у своїй практичній діяльності майже щодня стикається з різними психічними проблемами. Це зумовлено тим, що в разі будь-якого соматичного захворювання у пацієнтів виникають ті чи ті психічні порушення — від непсихотичних (найчастіше) до психотичних, а іноді й дефектно-органічних. Кожен лікар має вміти правильно визначити ці порушення у хворого та розробити індивідуальну тактику дій.

Психічні захворювання — це захворювання головного мозку, які проявляються різноманітними розладами психічної діяльності, а також зміною особистості.

РОЗДІЛ 3

Базові синдроми у психіатрії

Астенічний синдром (грец. а — відсутність, steno — сила) — виражена фізична і психічна стомлюваність, що виникає навіть після незначних навантажень. Хворим важко зосередитися, і тому в них виникають труднощі із запам'ятовуванням. З'являється емоційна нестриманість, лабільність, підвищується чутливість до звуків, світла, кольорів. Сповільнюється мислення, хворим важко вирішувати складні інтелектуальні завдання.

При астено-невротичних станах до описаних явищ астенії приєднуються запальність, підвищена дратівливість, плаксивість, примхливість. У пацієнтів з астено-депресивними станами явища астенії поєднуються зі зниженим настроєм. При астено-іпохондричному синдромі астенічні симптоми поєднуються з підвищеною увагою до свого фізичного здоров'я, хворі надають великого значення неприємним відчуттям у внутрішніх органах. У них нерідко виникають думки про наявність якого-небудь невиліковного захворювання.

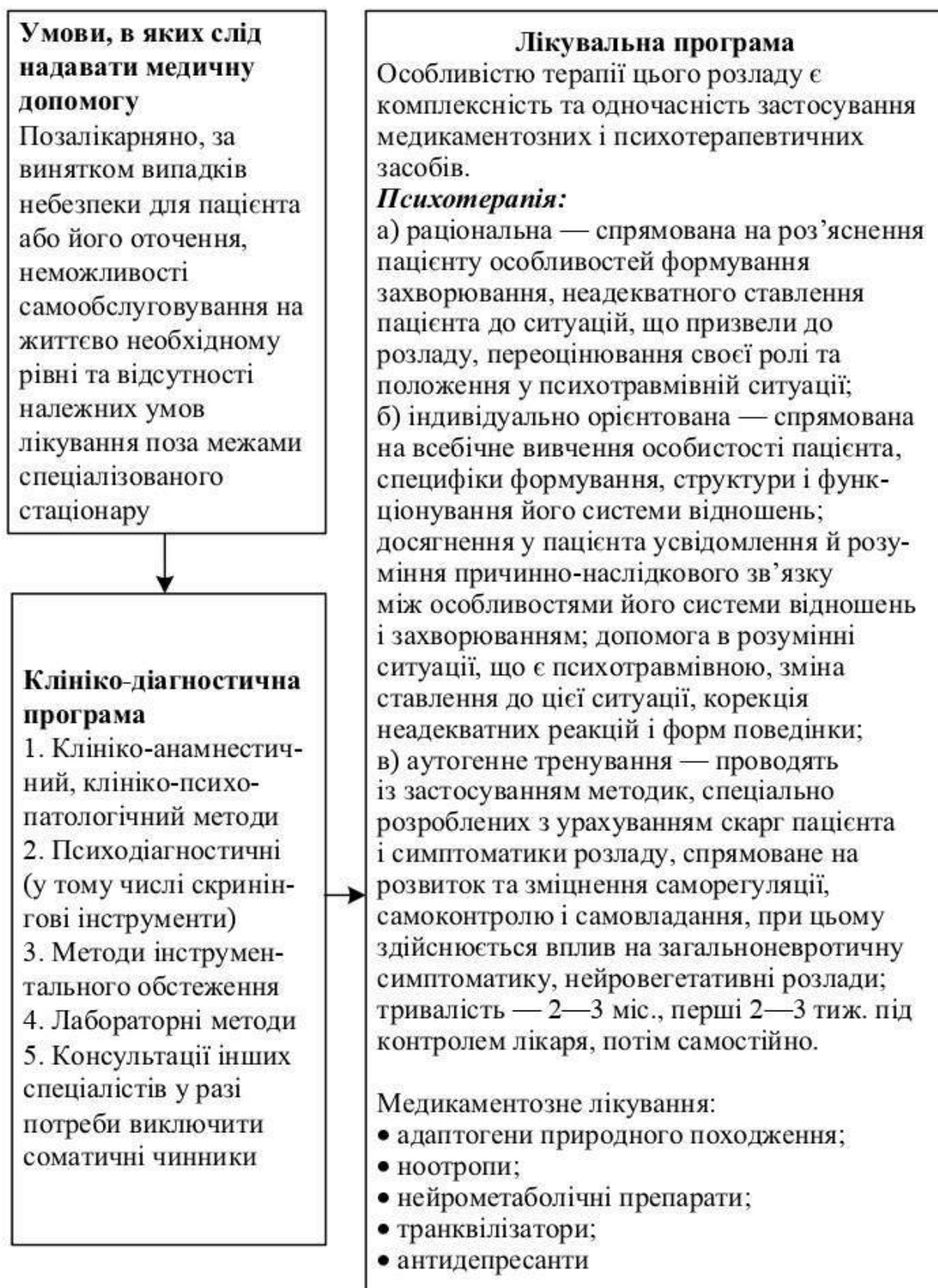
При астено-абулічному синдромі хворі, починаючи якусь роботу, так швидко втомлюються, що не можуть виконати навіть найпростіші завдання і стають фактично бездіяльними.

Астенічний синдром у різних варіантах реєструють при всіх соматичних екзогенно-органічних, психогенних захворюваннях.

Параноїдний синдром характеризується наявністю несистематизованих маячних ідей різного змісту в поєднанні з галюцинаціями та псевдогалюцинаціями. Образне марення, найчастіше переслідування, виникає гостро, вирізняється різноманітністю фабули, яскравістю, масштабністю. Хворі тривожні, неспокійні, відчувають страх, іноді розгубленість. Вони не можуть зрозуміти, хто, чому і як їх переслідує. Поведінка здебільшого пасивно-оборонна. Спостерігається при екзогенних, психогенних психозах, шизофренії.

Розділ 3

Алгоритм скринінгу та забезпечення маршруту пацієнта



ПСИХІАТРІЯ ТА НАРКОЛОГІЯ В ЗАГАЛЬНІЙ МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

Редукція психопатологічної симптоматики, остаточна реконвалесценція.

Тривалість лікування — від 3 до 6 тиж.

Можливі побічні дії та ускладнення, пов'язані із застосуванням антидепресантів і транквілізаторів

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади), передусім при застосуванні трициклічних антидепресантів — відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седация — зменшення дози антидепресанту, що спричинив седацию, із подальшим переведенням на інший антидепресант без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія — необхідно повідомити пацієнта про ризики, пов'язані із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція, передусім при застосуванні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. Допомога: сімейна терапія, можливо, перехід на застосування антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) — контроль ЕКГ, при збільшенні інтервалу *QT* до >400 м/с (якщо застосовували трициклічний антидепресант, його слід замінити на антидепресант іншої групи)

Серотонінергічний синдром

(психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає зазвичай унаслідок призначення комбінації антидепресантів (зменшення їх дози або повне припинення лікування антидепресантами).

Найбільший ризик розвитку серотонінергічного синдрому виникає у разі одночасного застосування інгібіторів моноаміноксидази (МАО) з іншими антидепресантами. Через це категорично заборонено призначати комплексну терапію інгібіторами МАО та іншими антидепресантами

Рекомендації для подальшого надання медичної допомоги

Основною умовою успіху є вжиття заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Необхідно продовжувати психоосвітню роботу з пацієнтом та його родиною, спрямовану на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стресостійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя. Надається можливість отримати тривалу диспансерну допомогу

Розділ 3

Синдром Кандинського—Клерамбо є різновидом параноїдного синдрому і характеризується явищами психічного автоматизму, що виявляється у вигляді ідеаторного (хтось керує думками), моторного (рухами хворого керує “чужа сила”), емоційного (“роблять настрої”, “викликають радість, сум, страх, захоплення”). Виникають псевдогалюцинації, найчастіше слухові, маячні ідеї впливу, ментизм, симптоми відкритості думок (відчуття, що думки пацієнта відомі людям довкола) і вкладеності думок (відчуття, що думки хворого є чужими, переданими йому). Нерідко у пацієнтів виникає відчуття, що в їхній голові звучать їхні чи чужі думки, або відбувається їх насильницьке обривання. Іноді маячні ідеї впливу поширюються не тільки на самого хворого, а й на його родичів чи знайомих; у таких випадках хворі впевнені, що не лише вони самі, а й інші люди перебувають під стороннім впливом. Синдром найбільш характерний для шизофренії.

Паранояльний синдром характеризується наявністю систематизованого марення за відсутності порушень сприйняття і психічних автоматизмів. Маячні ідеї засновані на реальних фактах, однак страждає здатність хворих до пояснення логічних зв’язків між явищами дійсності, факти відбираються однобічно, відповідно до фабули марення. Нерідко хворі протягом тривалого часу намагаються довести свою правоту, пишуть скарги, звертаються з позовом до суду, стають “переслідувачами своїх переслідувачів”, що може зумовлювати певну соціальну небезпеку. Спостерігається при шизофренії, пресенільних, реактивних психозах, алкоголізмі.

Парафренний синдром — поєднання несистематизованого чи, рідко, систематизованого марення з психічними автоматизмами, вербальними галюцинаціями, конфабуляторними переживаннями фантастичного змісту, схильністю до підвищення настрою. Найбільш характерний для пізніх стадій шизофренії.

ПСИХІАТРІЯ ТА НАРКОЛОГІЯ В ЗАГАЛЬНІЙ МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Алгоритм скринінгу та забезпечення маршруту пацієнта

Лікувальна програма

На етапі активної терапії перевагу надають антипсихотикам другого покоління, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до досягнення бажаної терапевтичної реакції. За відсутності терапевтичного ефекту протягом 2—4 тиж. необхідно перейти до застосування іншого антипсихотика, у тому числі першого покоління (за відсутності побічних екстрапірамідних та інших ефектів). З першого дня лікування обов'язково проводять психоосвітню роботу з родиною пацієнта, когнітивно-поведінкову та інші форми психотерапії з хворим з метою усвідомлення ним свого розладу та сутності терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування

Тривалість лікування у спеціалізованому стаціонарі

Термін перебування у спеціалізованому стаціонарі має бути максимально коротким до досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний — ступінь редукції психопатологічної симптоматики протягом не менше 6 міс. і стабільність психічного стану протягом 6 міс.
2. Соціальний — ступінь здатності до автономного соціального функціонування

Характер кінцевого очікуваного лікування

1. Етап активної терапії:
 - нормалізація поведінки, усунення психомоторного збудження;
 - зменшення вираженості (редукції) психотичної симптоматики;
 - відновлення критики.
2. Етап стабілізуючої антипсихотичної терапії:
 - купірування резидуальної продуктивної симптоматики;
 - відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.
3. Етап профілактичної (підтримувальної) антипсихотичної терапії:
 - підтримка оптимального рівня соціального функціонування

Розділ 3

Можливі побічні дії та ускладнення, методи їх корекції

Екстрапірамідні розлади (у тому числі дистонічні реакції та акатизія) — слід уникати призначення антипсихотиків першого покоління (насамперед бутирофенону); антихолінергічних препаратів; у разі акатизії можливе застосування неселективних β -адреноблокаторів. Пізня дискінезія — патогенетичної терапії не існує.

Нейроендокринні розлади (пов'язані з підвищенням рівня пролактину) — заміна препарату, що не впливає на рівень пролактину.

Метаболічні розлади (насамперед порушення вуглеводного обміну та збільшення маси тіла) — дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура. За необхідності — зміна базового засобу.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) — контроль ЕКГ, і в разі збільшення інтервалу QT до > 400 м/с показана заміна антипсихотика.

Центральні холінолітичні ефекти (у тому числі когнітивні розлади) — призначення антихолінергічних препаратів.

Надмірна седация — призначення антипсихотика без седативної дії.

Злоякісний нейролептичний синдром — відміна всіх антипсихотичних препаратів, призначення дантролену, бромокриптину та бензодіазепінів, контроль температури тіла, соматичного стану

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вжиття заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, проведення стрес-менеджменту, тренінгу навичок самостійного життя.

Профілактична підтримувальна антипсихотична терапія триває від 1 до 3 років. Надається можливість отримання тривалої диспансерної допомоги

ПСИХІАТРІЯ ТА НАРКОЛОГІЯ В ЗАГАЛЬНІЙ МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Синдром Котара — характеризується поєднанням іпохондричного марення з ідеями величі на тлі тужливого настрою. У хворих виникають ідеї збитку, смерті, загибелі світу, самозвинувачення в здійсненні тяжких злочинів; характерними є твердження, що у хворого “згнив кишечник”, “ немає серця”, хворі можуть вважати, що вони вже давно померли і їхні трупи розкладаються. Найчастіше синдром Котара спостерігається при інволюційній депресії.

Тривожний синдром — основним симптомом є постійне відчуття невиразної тривоги без об’єктивних причин.

Тривога — переживання внутрішнього занепокоєння, очікування неприємностей, лиха, катастрофи. Почуття тривоги може супроводжуватися руховим занепокоєнням, вегетативними реакціями. Тривога може перерости у паніку, за якої хворі не знаходять собі місця, застигають у жаху, очікують на катастрофу. Входить до структури невротичних, тривожно-депресивних, гострих маячних, афективно-маячних синдромів і синдромів потьмарення свідомості.

Тривога — це постійне відчуття небезпеки, що насувається, катастрофи, яка загрожує хворому і його близьким. Важливо те, що немає страху перед реальною загрозою, тільки невиразне відчуття небезпеки. Виникає замкнене коло: відчуття тривоги стимулює вироблення адреналіну, який сам по собі нагнітає емоційний стан.

Симптоми тривожно-депресивного розладу поділяють на дві великі групи. Перша з них належить до клінічних проявів, друга описує вегетосудинні розлади.

Клінічні прояви:

- стійке зниження настрою, різкі коливання емоційного стану;
- підвищене занепокоєння, постійне відчуття тривоги;
- стійке порушення сну;
- часті побоювання (переживання за близьких, очікування невдач);
- постійна напруженість, неспокій, що призводить до порушення сну;
 - швидка стомлюваність, астенія, слабкість;
 - зниження концентрації уваги, швидкості мислення, працездатності, засвоєння нового матеріалу.

Вегетативні симптоми:

- прискорене або посилене серцебиття;
- тремтіння або тремор;

Розділ 3

- ядуха, “ком у горлі”;
- підвищена пітливість, у тому числі долонь;
- біль, схожий на серцевий, больові відчуття в сонячному сплетенні;
- припливи, озноби;
- прискорене сечовипускання;
- розлади випорожнень, біль у животі;
- м'язове напруження, біль.

Фобічний синдром. Фобії — нав'язливі страхи, що характеризуються критичним ставленням хворого до них, прагненням їх позбутися (нав'язливий страх висоти, відкритого простору, страх зараження інфекцією та ін.). Здебільшого спостерігається на тлі інших нав'язливих станів (думки, потяги, дії) у хворих із неврозом нав'язливості, іноді на початкових стадіях атеросклерозу, при шизофренії.

Різновиди нав'язливих страхів (фобій): агорафобія — нав'язливий страх площ, широких вулиць, натовпу; аерофобія — нав'язливий страх повітря, що рухається; акарофобія — нав'язливий страх захворіти на коросту; алгофобія — нав'язливий страх болю; астрофобія — нав'язливий страх грому, блискавки; вертигофобія — нав'язливий страх запаморочення; вомітофобія — нав'язливий страх блювання; гематофобія — нав'язливий страх крові; гідрофобія — нав'язливий страх води; гінекофобія — нав'язливий страх жінок; клаустрофобія — нав'язливий страх тісноти, маленьких приміщень; ніктофобія — нав'язливий страх темряви; нозофобія — нав'язливий страх хвороби; канцерофобія — нав'язливий страх захворіти на рак; сифілофобія — нав'язливий страх захворіти на сифіліс; снідофобія — нав'язливий страх захворіти на СНІД; радіофобія — нав'язливий страх захворіти на хворобу, пов'язану із впливом радіації; оксифобія — нав'язливий страх гострих предметів; октофобія — нав'язливий страх їжі; танатофобія — нав'язливий страх смерті; фобофобія — нав'язливий страх страху.

Фобічні розлади — періодичні напади страху, що мають конкретно-почуттєвий зміст: раптова зупинка серця, втрата свідомості, нещасний випадок тощо. Фобічні розлади є формою психологічного захисту від неусвідомлюваного хворим конфлікту особистості. Напади зумовлені певною ситуацією — перебуванням на самоті, у замкненому просторі, у натовпі, переходом вулиці, поїздкою у громадському транспорті тощо, рідко виникають у ме-

ПСИХІАТРІЯ ТА НАРКОЛОГІЯ В ЗАГАЛЬНІЙ МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

дичній установі, у присутності лікаря. Супроводжуються вегетативними симптомами. Соціальні фобії пов'язані з побоюванням потрапити в неприємну ситуацію перед іншими людьми (почервоніти, здатися смішним), тому хворий уникає людних місць, публічних виступів, тощо.

Депресивний синдром характеризується депресивною тріадою: пригніченим, сумним, тужливим настроєм, уповільненням мислення і руховою загальмованістю. Вираженість зазначених розладів різна. Діапазон гіпотимічних розладів широкий — від легкої пригніченості, смутку, депривованості до глибокої туги, за якої хворі відчувають тяжкість, біль у грудях, безперспективність, нікчемність існування. Пацієнти все сприймають у темних фарбах — сьогодення, майбутнє, минуле. Тугу деякі хворі описують не тільки як душевний біль, а й як тяжке фізичне відчуття в ділянці серця, у грудях (“передсерцева туга”).

Уповільнення асоціативного процесу виявляється у збідненні мислення — думок мало, мислення уповільнюється, увага зосереджена на неприємних подіях (хворобах, ідеях самозвинувачення). Жодні приємні події не можуть змінити спрямованості думок. Відповіді на питання у таких хворих мають односкладовий характер, між питанням і відповіддю часто виникають тривалі паузи.

Рухова загальмованість проявляється уповільненням та одноманітністю рухів, тихою і повільною мовою, скорботною мімікою. Хворі можуть довго залишатися в одній позі. Іноді виникає повна нерухомість (депресивний ступор).

Для психотичного варіанта депресивного синдрому характерні маячні ідеї самозвинувачення, самознищення, гріховності, вини, що можуть призводити до думки про самогубство.

Депресивний синдром зазвичай супроводжується вираженими вегетативно-соматичними порушеннями: тахікардією, неприємними відчуттями в ділянці серця, коливаннями артеріального тиску з тенденцією до артеріальної гіпертензії, порушеннями з боку шлунково-кишкового тракту, втратою апетиту, зниженням маси тіла, закрепами, ендокринними розладами.

В останні роки лікарі нерідко виявляють у хворих так звані приховані, або масковані депресії, за яких емоційний компонент депресивного синдрому виражений незначно, а превалюють сомато-вегетативні порушення.

“Маски” депресії можуть мати різні клінічні форми.

Розділ 3

“Маски” у формі психопатологічних розладів: тривожно-фобічні (генералізований тривожний розлад, тривожні сумніви, панічні атаки, агорафобія), obsесивно-компульсивні (нав’язливості), іпохондричні, неврастенічні.

“Маски” у формі порушення біологічного ритму: безсоння, гіперсомнія.

“Маски” у формі вегетативних, соматизованих та ендокринних розладів: синдром вегетосудинної дистонії, запаморочення, функціональні порушення внутрішніх органів (синдром гіпервентиляції, кардіоневроз, синдром подразненої товстої кишки та ін.), нейродерміт, шкірний свербіж, анорексія, булімія, імпотенція, порушення менструального циклу.

“Маски” у формі алгій: цефалгії, кардіалгії, абдоміналгії, фіброміалгії, невралгії (трійничного, лицьового нервів, міжреберна невралгія, попереково-крижовий радикуліт), спондилоалгії, псевдоревматичні артралгії.

“Маски” у формі патохарактерологічних розладів: розладу потягів (дипсоманія, наркоманія, токсикоманія), антисоціальна поведінка (імпульсивність, конфліктність, спалахи агресії), істеричні реакції.

Під час діагностики прихованих депресій слід враховувати такі їхні ознаки: суб’єктивно неприємні переживання найбільш виражені зранку, поліморфізм, невизначеність, стійкі сомато-вегетативні скарги, що не вкладаються в межі певної нозологічної одиниці, розлад вітальних функцій (сну, апетиту, менструального циклу, потенції, втрата маси тіла), періодичність розладів, спонтанність їх виникнення і зникнення, сезонність — частіше навесні та восени, при застосуванні різних методів дослідження не виявляють конкретного соматичного захворювання, відсутність ефекту від терапії соматичної патології, хворий довго, відповідально і безрезультатно лікується у лікарів різних спеціальностей і, незважаючи на невдачі в лікуванні, продовжує відвідувати фахівців.

Маскована депресія спостерігається в різних варіантах при депресивній фазі маніакально-депресивного психозу, пресенільних і реактивних депресіях, соматогенних психозах (у поєднанні з астеною, тривогою, тугою, шизофренією).

Порівняльно-вікові особливості депресивного синдрому. У більш ранньому віці проявами депресії є млявість, рухове занепокоєння, порушення апетиту, спостерігається втрата маси тіла,

ridmi
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

КУПИТИ