

**Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія
Кафедра психіатрії, наркології та медичної
психології**

**Методичні вказівки
з самостійної підготовки
до практичних занять з психіатрії
та наркології
для студентів медичних ВУЗів,
аспірантів, магістрів, клінічних
ординаторів та лікарів-інтернів
медичних спеціальностей**

Полтава – 2005

Вступ

Метою цих методичних рекомендацій є досягнення більш високого рівня оволодіння програмним матеріалом з психіатрії та наркології, тобто подальша оптимізація навчального процесу.

Запропоновані рекомендації складено у відповідності з програмою викладання психіатрії, новими навчальними планами і розраховані на двогодинні щотижневі практичні заняття протягом двох семестрів.

Вивчаючи психіатрію, студенти зустрічаються з деякими серйозними труднощами, зумовленими різноманітністю викладання матеріалу в окремих підручниках, складністю самого предмета та суперечливістю деяких положень у психіатрії.

Починаючи вивчення окремої теми практичного заняття, студент повинен вивчити відповідну розробку цих вказівок, матеріали прослуханої лекції та розділ підручника з відповідної теми.

Структура практичного заняття складається з таких розділів:

- мета та зміст заняття;
- засоби, що підсилюють наочність викладання та допомагають засвоєнню навчального матеріалу;
- облік часу, витраченого на вивчення окремих розділів заняття;
- список рекомендованої літератури.

Для самоконтролю рекомендується користуватися контрольними запитаннями, що надаються наприкінці кожної теми.

Основні навички, якими повинні оволодіти студенти

протягом навчання на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології

- 1) Уміти входити в контакт з психічно хворими.
- 2) Оволодіти схемою обстеження психічно хворого (збір анамнезу, знаходження та описування порушень у сфері сприймання, мислення, уваги, пам'яті, інтелекту, емоцій, ефекторно-вольової сфери, свідомості).
- 3) Уміти розпізнавати головні психопатологічні симптоми та синдроми.
- 4) Оволодіти навичками користування атласами дослідження відхилень у психічній діяльності. Вміти вірно висловлювати та описувати отримані результати.
- 5) Уміти знаходити патологічні зміни у найпоширеніших діагностичних методах (ЕЕГ, РЕГ, рентгенограми черепа, дослідження ліквору і таке інше).
- 6) Знати основні принципи медикаментозної терапії психічно хворих (нейролептики, антидепресанти, транквілізатори). Розпізнавати та вміти усунути можливі ускладнення психофармакотерапії.
- 7) Знати методику інсулінотерапії, купірування гіпоглікемічної коми.
- 8) Знати методи боротьби з психомоторним збудженням та відмовою від їжі. Знати способи утримування збудженого хворого, методики та організацію штучного годування (годування через зонд).
- 9) Знати особливості транспортування психічно хворих. Вміти виписати направлення до психіатричного диспансеру (лікарні) згідно з існуючими інструкціями про госпіталізацію психічно хворих.
- 10) Уміти розпізнавати педагогічну занедбаність від недоумкуватості:
 - клініко-анамнестичним методом;
 - за допомогою простих експериментально-психологічних методів.
- 11) Уміти розпізнавати та диференційовано лікувати епілепсію.

- 12) Знати схему боротьби з епілептичним статусом.
- 13) Знати діагностику епілептичних станів та їх лікування, в тому числі і принципи раціональної та сімейної психотерапії.
- 14) Вміти провести експертизу алкогольного (наркотичного) сп'яніння, в тому числі:
 - поставити діагностичну реакцію Рапопорта;
 - виявити ознаки абстинентного синдрому та вміти надати допомогу.
- 15) Знати схему купірування білої гарячки.
- 16) Вірно оформити історію хвороби психічно хворого (під час курації).

Примірний перелік методичних прийомів та розподіл часу на одне заняття

- 1) Вступна частина - 5 хв.
- 2) Програмований контроль - 10 хв.
- 3) Дискусійне перехресне опитування з поясненнями невірно зрозумілих складних положень та ілюструванням за допомогою наочних засобів - 10 хв.
- 4) Мікрокурація - 20 хв.
- 5) Аналіз мікрокурації з доповненнями наочними засобами - 40 хв.
- 6) Підсумки - 5 хв.

Заняття 1

Назва теми:

Організаційні принципи психіатрії. Особливості психіатричної допомоги. Завдання психіатричних диспансерів та психіатричних лікарень. Знайомство з клінікою

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів з структурою та завданнями лікарняної та позалікарняної психіатричної допомоги. Ознайомлення з психіатричним стаціонаром, правилами поведінки медичного персоналу та студентів у психіатричному стаціонарі, а також з особливостями госпіталізації до стаціонару психічно хворих.

Місце заняття: навчальна кімната, приймальне відділення та стаціонар психіатричної лікарні (відділення).

Оснащення заняття: таблиці, схеми організації надання психіатричної допомоги. Документація психіатричного стаціонару (історії хвороби, журнал спостережень за хворими, журнал руху хворих та інші).

Організація психіатричної допомоги

Схема організації психіатричної допомоги забезпечує всі види амбулаторного і стаціонарного лікування психічно хворих та хворих на так звані прикордонні стани, соціальну та правову допомогу хворим, допомогу по відновленню соціальних та трудових відносин хворих, що перенесли психічне захворювання (реадаптація та реабілітація), безпеку суспільства від соціально небезпечних психічно хворих.

Одним з найважливіших аспектів організації психіатричної допомоги є питання психогігієни та психопрофілактики.

Структура організації психіатричної допомоги

I. Установи надання позалікарняної психіатричної допомоги

1. Психоневрологічні диспансери (ПНД):
 - обласні;
 - міські;
 - міжобласні та районні.
2. Психоневрологічні диспансерні відділення (ПНДВ):
 - у складі психоневрологічних лікарень;
 - у складі соматичних лікарень.
3. Психоневрологічні кабінети (ПНК) у загальносоматичних поліклініках:
 - загальні;
 - спеціалізовані.

II. Установи надання лікарняної психіатричної допомоги

1. Психіатричні лікарні:
 - обласні та міські;
 - лікувально-трудова профілакторія (ЛТП) для хворих алкоголізмом.
2. Психоневрологічні відділення:
 - у складі психоневрологічних диспансерів;
 - у складі соматичних лікарень та військових шпиталів;
 - відділення для наркоманів.
3. Денні та нічні стаціонари.
4. Психоневрологічні санаторії.
5. Будинки для інвалідів-психохроніків.

III. Соціально-реабілітаційні установи

1. Лікувально-трудова майстерня (ЛТМ).

2. Спеціальні цехи.
3. Інтернати та школи для розумововідсталих дітей.
4. Спеціальні школи для дітей з порушеною поведінкою.
5. Школи та групи для дітей з мовними порушеннями.
6. Підліткові кабінети.

Основне місце в структурі надання психіатричної допомоги хворим в амбулаторних умовах займає психоневрологічний диспансер, а в стаціонарах - психіатрична лікарня (стаціонарні відділення при ПНД), тому їх структури та функціональні завдання відповідають таким установам відповідного профілю.

Структура та завдання психоневрологічного диспансеру

Структура

1. Кабінети дільничних лікарів-психіатрів.
2. Організаційно-методичний кабінет.
3. Наркологічний кабінет.
4. Психотерапевтичний та фізіотерапевтичний кабінети.
5. Дитячий кабінет.
6. Підлітковий кабінет.
7. Кабінет невропатолога.
8. Логопедичний кабінет.
9. Кабінет правової допомоги.
10. Кабінет сексопатології.
11. Денний та нічний стаціонари, а також лікувально-трудова майстерні.

Завдання диспансеру

1. Надавати всі види амбулаторної допомоги.
2. Надавати допомогу вдома:

- негайну;
- планову.

3. Проводити всі види експертизи:

- судову;
- військову;
- різні види трудової діяльності;
- з переривання вагітності;
- про можливість брати участь у виборах;
- на сп'яніння (нарко- або токсикоманічні).

4. Раннє виявлення хворих.

5. Облік первинної та повторної захворюваності.

6. Диспансерно-динамічний облік.

7. Облік психічно хворих серед населення.

8. Зв'язок з соматичними лікарнями та поліклініками, дитячими лікарнями та підлітковими кабінетами, туберкульозними, венерологічними та ендокринологічними диспансерами.

9. Психогігієнічна та санітарно-просвітницька робота:

- лекційна пропаганда;
- наочна агітація;
- преса, радіо, телебачення;
- психогігієнічні консультації.

10. Соціально-правова допомога:

- оздоровлення побуту;
- оздоровлення умов праці;
- юридична допомога;
- опіка та патронаж;
- зв'язок з органами соціального забезпечення.

Структура та завдання психіатричної лікарні

Структура

1. Психіатричні стаціонари (відділення) поділяють на жіночі та чоловічі, для тих, що гостро та підгостро захворіли, та для хворих з хронічним перебігом, наркологічне, дитяче та підліткове, психосоматичне, геронтологічне, інфекційне (або ізолятор), туберкульозне, відділення неврозів та відділення для інвалідів Великої Вітчизняної війни, приймальне відділення.
2. Допоміжні служби складаються з лікувально-трудова майстерень, рентгенівського кабінету, аптеки, фізіотерапевтичного відділення, кабінетів лікарів (хірурга, офтальмолога, отоляринголога, терапевта, стоматолога, психотерапевта та ін.).
3. Адміністративно-господарча служба: головний лікар та його замісники, старші лікарі, медична частина, архів, господарча частина, бухгалтерія, харчоблок.

Завдання психіатричного стаціонару

1. Надання всіх видів стаціонарної лікарняної допомоги хворим.
2. Проведення всіх видів стаціонарної експертизи.
3. Розробка конкретних лікувальних та соціально-реабілітаційних рекомендацій для хворих, що виписуються.
4. Забезпечення спадкоємності з амбулаторними психіатричними установами.
5. Проведення профілактичної та санітарно-просвітницької роботи серед населення.

Завдання соціально-реабілітаційних установ

1. Використання залишкової працездатності та набуття нової спеціальності.
2. Соціальна адаптація хворих.
3. Поглиблення ремісій за рахунок трудотерапії.
4. Підтримуюча терапія під час трудової діяльності.
5. Загальноосвітнє та професійне навчання осіб з розумовою відсталістю.

Улаштування психіатричного стаціонару та організація його роботи

Штати, структура, об'єм діяльності залежать від кількості хворих, що обслуговуються, профілю відділення і визначаються відповідними наказами та положеннями Міністерства охорони здоров'я України.

Улаштування психіатричного стаціонару

1. Особливості устаткування вікон, дверей, внутрішніх приміщень і т.ін. (попередження втеч, самопошкоджень, самогубства хворих).
2. Профілізація палат.
3. Поділ на спостережну та спокійну частини (забезпечення максимального нагляду за збудженими, агресивними та суїцидально налаштованими хворими).
4. Організація праці маніпуляційних, сестринських постів, посту санітарів і т.ін.
5. Устаткування їдальні, туалетів, кімнат для відпочинку хворих та для побачень з родичами і т.ін.

Документація стаціонару

1. Історії хвороб.
2. Журнал руху хворих.
3. Процедурний журнал.
4. Журнал обліку розподілу ліків.
5. Журнал спостереження за хворими.

Правила роботи медичного персоналу з психічно хворими

1. Чуйне та уважне ставлення до хворого. Повага його особи. Обов'язково слід звертатися до хворого на "Ви", з ім'я та по-батькові.
2. Не допускати сперечання та обдурювання хворих. Розмову вести з ними в поважному, доброзичливому, неквапливому тоні.
3. Пильність на посту, особливо у ставленні до хворих з посиленням наглядом.
4. Не допускати проникнення до відділення гострих та інших небезпечних речей, пильно берегти ключі від відділення.
5. Обов'язкова взаємна інформація персоналу про зміни стану хворих.
6. Не вести розмов при хворому на медичні теми, особливо тих, що мають відношення до його хвороби.
7. Не виконувати без дозволу лікаря прохань хворого: не передавати листи, речі, не надавати відвідувачам будь-якої інформації про хворого. Не передавати нічого хворому без належного дозволу.
8. Не залишати у відділенні потенційно небезпечних предметів (лез до гоління, ножів, виделок, голок, скляного посуду і т.ін.).

Показання та порядок госпіталізації хворих до психіатричного стаціонару

Направлення до лікарні проводиться за абсолютними та відносними показаннями.

До абсолютних відносяться показання, коли хворий потребує невідкладної терапевтичної допомоги та становить соціальну загрозу (для себе та оточуючих).

До відносних - неможливість забезпечити догляд за хворими в домашніх умовах.

Хворий, що завдає соціальної небезпеки, може бути направлений до лікарні без згоди родичів за рішенням спеціальної комісії.

Психічно хворих, що скоїли правопорушення та були визнані судом неосудними, суд направляє до лікарні на примусове лікування.

Питання про госпіталізацію до психіатричного стаціонару вирішує лише лікар-психіатр після особистого огляду хворого.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Розповісти про реабілітацію не лише як про систему відновлення здоров'я та працездатності хворого, а й як відновлення доброї думки про нього, що руйнує обивательський страх перед "божевільним".

Трудове. Привести приклади самовідданої діяльності диспансерного та лікарняного медичного стаціонару в важких умовах праці з психічно хворими.

Контрольні запитання

1. Розповісти про структуру позалікарняної психіатричної допомоги в Україні.
2. Які основні завдання психоневрологічного диспансеру?
3. Розповісти про діяльність лікувально трудових майстерень стаціонарів.

4. Розповіді про зв'язки між психоневрологічними диспансерами та психіатричними лікарнями.
5. Розповіді про структуру психіатричної лікарні.
6. Розповіді про особливості обслуговування психічно хворих.
7. Завдання соціально-трудової реадаптації психічно хворих.
8. Показання на госпіталізацію до психіатричного стаціонару.
9. Особливості поведження медичного персоналу в психіатричному відділенні.
10. Документація психіатричного стаціонару.
11. Розповіді про гуманність вітчизняної психіатрії.
12. Місце психіатрії серед інших медичних дисциплін.
13. Принцип неутиснення. Реформа Пінеля.
14. Основні принципи вітчизняної психіатрії.
15. Які ви знаєте елементи виховання через психіатрію?
16. Що таке антипсихіатрія?

Заняття 2

Назва теми :

Симптоматика розладів сприймання. Чуттєвий етап пізнання

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів з першим ступенем пізнавальної діяльності людини, тобто чуттєвим пізнанням, "живим спостереженням" навколишньої дійсності.

Ознайомити студентів із розладами відчуттів та сприймання (порушеннями чуттєвої основи пізнання, психосенсорними розладами, ілюзіями, галюцинаціями). Принципи обстеження хворих із розладами відчуттів та сприймання.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці (класифікація етапів пізнавальної діяльності; класифікація розладів відчуття та сприймання; класифікація ілюзій, галюцинацій). Атлас експериментально- психологічних досліджень. Тематичні хворі.

Сфера сприймання

Термінологічний мінімум

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1. Відчуття | 9. Псевдогалюцинації |
| 2. Сприймання | 10. Галюциноз |
| 3. Уявлення | 11. Метаморфопсії |
| 4. Ілюзії | 12. Макропсії |
| 5. Акозми | 13. Мікропсії |
| 6. Фонеми | 14. Дерезалізація |
| 7. Галюцинації | 15. Дезперсоналізація |
| 8. Справжні галюцинації | |

Чуттєвий стан пізнання

Методологічний аспект.

Відчуття є найпростішою формою відображення навколишнього світу в свідомості людини. Процес відображення починається з чуттєвих сприймань, які надходять від органів чуття, тобто він є чуттєвим пізнанням, "живим" спостереженням оточуючої дійсності.

Психологічний та нейрофізіологічний аспекти

Відчуття - це відображення окремих властивостей предметів та явищ матеріального світу, які безпосередньо діють на органи чуття (тепло, холод, світло, біль і т.ін.). Відчуття філогенетично та онтогенетично є найбільш давньою функцією сприймання.

Сприймання - більш вища ступінь пізнання навколишнього світу ніж відчуття, яка відображає предмети та явища в цілому. Сприймання - це активний процес аналізу та синтезу відчуттів шляхом співставлення їх з попереднім досвідом. Відчуття та сприймання можливі лише при безпосередній дії подразника на аналізатор.

Уявлення - це чітко узагальнена копія попереднього сприймання образів предметів та явищ, які виникають у свідомості, але в даний момент не діють на аналізатор. Основою уявлення є минулий досвід людини.

Психопатологічний аспект. Порушення сприймання.

За силою:

- а). Гіпестезія** - зниження чутливості до зовнішніх подразників, сили відчуттів. Все сприймається у тьмяних тонах, звуки ослаблені, не відчувається запах, смак їжі і т.ін.
- б). Гіперестезія** - підвищення інтенсивності відчуттів. Загострюється чутливість до навколишніх подразників. Хворі не переносять яскравого світла, голосних звуків, гострих запахів, дотику до тіла навіть білизни.

За чуттєвим тоном:

- а). Гіпопатія** - хворобливий стан організму, що проявляється у зниженні тону сенсориальних, емоційних, мнемічних та інших психічних процесів.
- б). Гіперпатія** - хворобливий стан організму, що проявляється у підсиленні тону сенсориальних, емоційних, мнемічних та інших психічних процесів.

Агнозія - розлад процесів розпізнавання подразників зовнішнього середовища (оптичних, акустичних, дотикових, нюхових, смакових) або частин власного тіла при збереженні цілісності органів чуття (око, вухо, ніс тощо). Наприклад, телефон - за дзвінком, годинник - за цоканням, собаку - за гавканням.

Ілюзії - хибне (викривлене, спотворене) сприйняття об'єктивного світу, що виникає під впливом зовнішнього подразника або хворобливого стану. Ілюзії, на відміну від галюцинацій, виникають при наявності реальних

подразників. Ілюзії за органами чуття поділяють на: зорові, слухові, нюхові, дотикові, смакові. Вони бувають: фізичні, фізіологічні, психічні, ілюзії звичного сприймання, афективні та парейдолічні.

Фізичні - виникають внаслідок результаті особливостей фізичних якостей предметів та явищ.

Фізіологічні - пов'язані з фізичними особливостями функціонування аналізаторів.

Психічні - виникають внаслідок афективної зміни свідомості на фоні тривоги, страху та пригніченого депресивного стану.

Ілюзії звичного сприймання. Їх появі сприяє недостатня концентрація уваги на об'єкті сприймання.

Афективні - з'являються частіше у стані напруженого чекання, страху, тривожно-пригніченого настрою.

Парейдолічні ілюзії - спотворене сприйняття, за якого до сприйнятого об'єкта додаються елементи фантазії. Наприклад, шпалери, килими на стіні, тріщини на стінах сприймаються як фантастичні пейзажі, чудовиська, казкові герої тощо.

Галюцинації - істотна ознака психічного захворювання, що полягає в несправжньому, уявному сприйнятті, яке виникає без об'єкта, без наявності подразника, поза безпосередньою дією реальних предметів і явищ. Хворий сприймає те, чого в дійсності не існує: він чує слова, яких ніхто не вимовляє, бачить те, чого насправді немає. Різницю між ілюзіями та галюцинаціями вперше виявив Ескіроль на початку XIX ст.

Галюцинації поділяють:

За органами чуття (анлізаторами): на зорові, слухові, смакові, нюхові та дотикові.

За ступенем складності:

- елементарні (прості) - окремі звуки, шуми (акозми), спалахи світла (фотопсії);
- складні - які мають зміст;
- комбіновані - одночасно з'являються у двох і більше аналізаторах.

За відношенням до особи (ці галюцинації відносяться до слухових, вербальних, тобто таких, що виражаються у формі слів або цілих речень):

- нейтральні - які не мають до особи ніякого відношення;
- коментуючі - голоси супроводжують діяльність хворих своїми коментарями;
- наказуючі (імперативні) - носять наказовий характер;
- контрастуючі - носять характер діалогу, в якому одні голоси сварять хворого, а інші - його виправдовують.

За повнотою розвитку:

- справжні (повні);
- псевдогалюцинації (неповні, хибні).

Справжні галюцинації виникають частіше при екзогенних захворюваннях.

Різниця між справжніми та хибними галюцинаціями

	Справжні	Хибні
1	Критерій проєкції	
	Мають зовнішню проєкцію в межах можливого чуттєвого горизонту	Проєкція частіше у "внутрішній простір", усередину тіла, в голові, в думках ("лунають думки", "чужі голоси"). Знаходяться поза межами реального сприймання
2	Критерій об'єктивної реальності та чуттєвої яскравості	

Існують для хворого з усіма рисами реального сприймання і трактуються як існуючі в дійсності	Сприймаються як особливі, що відрізняються від реальних явищ
3 Критерій зробленості	
Не переживаються як "зроблені"	Супроводжуються переживанням "зробленості", "нав'язливості". Хворі вважають, що їх хтось показує
4 Критерій актуальності поведінки	
Супроводжуються актуальною поведінкою (у відповідності з характером галюцинації)	Не супроводжуються відповідною поведінкою хворого
5 Критерій соціальної впевненості	
Хворі впевнені, що інші люди, які знаходяться поряд, теж зазнають подібних переживань	Мають відношення лише до хворого. Інші особи не бачать, не чують його переживань.
6 Критерій спрямованості на фізичне чи психічне "Я"	
Звичайно погрозливого характеру, спрямованого на фізичне "Я"	Спрямовані на психічне "Я"
7 Критерій залежності від часу доби	
Посилюються ближче до вечора, у вечірній та нічний час	Коливань протягом доби звичайно не спостерігається

За етіопатогенетичними ознаками галюцинації поділяють на:

- *Афектогенні* - виникають, як правило, незабаром після сильного душевного стресу та відображають зміст психотравми. Прогностично сприятливі.
- *Домінантні* - схожі з афектогенними, з'являються по мірі поступового підсилення психотравмуючої ситуації, коли зумовлені нею негативні емоції та думки стають домінуючими.
- *Гіпногічні та гіпнопомпні* - виникають під час переходу від засинання до сну, а також в момент пробудження. Виникають, як правило, внаслідок психічного перенавантаження, особливо після одноманітних дій, пов'язаних із напруженням зору, слуху. Можуть

спостерігатися як наслідок розвитку психозу, під час астенії, резидуальних явищах.

- *Рефлекторні* - виникають разом із будь-яким реальним подразником. В той же час вони не є його збоченим сприйманням, а сприймаються окремо від подразника. Після зникнення подразника зникають і галюцинації.
- *Функціональні* - реальний і галюцинаторний образи локалізуються в межах одного аналізатора (наприклад, під стукіт коліс хворий чує голоси).
- *Стереотипні* - характерні для органічних та епілептичних психозів.
- *Наявні*:
 - *симптом Ліпмана* - у хворого при натискуванні на очні яблука виникають зорові галюцинації;
 - *симптом Рейхардта* - хворий "бачить" на чистому аркуші паперу малюнки, читає текст.

Різновиди зорових галюцинацій

- *Адепоморфні* - прості зорові псевдогалюцинації, в зв'язку з якими галюцинаторні образи не мають чітких форм об'ємності та яскравості фарб (зустрічаються при шизофренії).
- *Аутоскопичні (дейтероскопічні)* - з'являються образи у вигляді двійника. Мають, як правило, зовнішню проекцію.
- *Негативні аутоскопичні галюцинації* - хворий не бачить себе у дзеркалі.
- *Екстракам'яні* - галюцинаторний образ виникає за межами поля зору.
- *Геміаноскопічні* - галюцинаторний образ виникає в одній половині поля зору.

- *Галюцинації Шарля Боне* - прості, виникають внаслідок пошкодження периферичного відділу аналізатора (бувають внаслідок глаукоми).

Розлади сенсорного синтезу

- Порушення сприймання схеми тіла (інтеро- та пропріоцептивні психосенсорні розлади).
- Макропсії - речі здаються збільшеними.
- Мікропсії - речі здаються зменшеними.
- *Метаморфопсії* - здається, що речі змінили свою форму.
- Синдром деперсоналізації - стан свідомості, при якому порушується самосвідомість, змінюється сприймання власної особистості, свого "Я", втрачається єдність особи. Власні думки і дії сприймаються відчуженими від особистості.
- Синдром деперсоналізації - порушення сприймання, коли все навколишнє сприймається зміненим, чужим, мертвим, тьмяним, застиглим, таким, що втратило реальність.

Синдроми розладів відчуттів та сприймання

Галюциноз - це синдром, характерний багатьма галюцинаціями, що з'являються на фоні ясної свідомості. Критичність відсутня.

- *Синдром зорового галюцинозу* - характеризується переважанням у картині хвороби масових та рухомих мальовничих зорових галюцинацій, які тримаються довгий час без затьмарення свідомості.
- *Синдром слухового галюцинозу* - характеризується наявністю декількох голосів, що ведуть між собою сперечання відносно хворого, сварячи чи виправдовуючи його.
- *Синдром дотикового галюцинозу* - характеризується відчуттям повзання черв'яків, мікробів на шкірі та під нею.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Деонтологічний аспект демонструється і закріплюється під час спілкування з хворим та за рахунок ставлення до його переживань.

Трудове. Акцентується увага на необхідності у роботі лікаря цілісного сприймання хвороби з урахуванням особливостей особи хворого, професійного удосконалення особистих відчуттів та сприймання.

Контрольні запитання

1. Етапи пізнання людиною навколишньої дійсності.
2. Дайте визначення відчуття, сприймання, уявлення.
3. Яка різниця між сприйманням та уявленням?
4. Дайте визначення ілюзій та галюцинацій.
5. Класифікація ілюзій.
6. Класифікація галюцинацій.
7. Яка різниця між справжніми та хибними галюцинаціями?
8. Хто описав псевдогалюцинації?
9. Що таке психосенсорні розлади та їх види?
10. Що таке деперсоналізація?
11. Що таке дереалізація?
12. Що таке метаморфопсія?
13. Синдроми порушень у сфері сприймання.
14. Які ви знаєте методи виховання лікаря за темою "Розлади чуттєвого стану пізнання".

Заняття 3

Назва теми:

Симптоматика розладів пізнавальної діяльності. Абстрактний етап пізнання (мислення)

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів зі структурою мислення в нормі, класифікацією найважливіших розладів мислення. Дати студентам знання клінічних проявів, диференціальної діагностики, а також методик дослідження основних порушень мислення.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці структури та класифікації розладів мислення. Атлас експериментально-психологічних досліджень. Записи на аудіокасетах. Діагностичні завдання. Малюнки, листи, заяви, самозвіти хворих. Тематичні хворі.

Термінологічний мінімум

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1.Поняття | 9.Символічне |
| 2.Судження | мислення |
| 3.Умовивід | 10.Аутизм |
| 4.Сповільнення | 11.Резонерство |
| мислення | 12.Грунтовність |
| 5.Прискорення | мислення |
| мислення | 13.Персеверація |
| 6.Мантизм | 14.Неологізми |
| 7.Розірваність | 15.Настирливі ідеї |
| мислення | 16.Надцінні ідеї |
| 8.Амбітендентність | 17.Маячення |

Загальні дані

Методологічний аспект

Мислення - це вища форма активного відображення об'єктивної дійсності, стан цілеспрямованого, опосередкованого та узагальненого пізнання суб'єктом головних зв'язків і відображень предметів та явищ у творчому будівництві нових ідей, у прогнозуванні подій.

Психологічний аспект

(складові елементи мислення)

1. Поняття - одна з основних форм абстрактного мислення. Це відображення істотних ознак об'єкта, що досліджується.

2. Судження - основна форма мислення, у якій стверджується або заперечується наявність у предметах і явищах тих чи інших ознак, властивостей, зв'язків або відношень між ними.

3. Умовивід - одна з основних форм теоретичного мислення, засіб логічного зв'язку висловлювань. Це висновок з двох і більше суджень.

Нейрофізіологічний аспект

Складна аналітико-синтетична діяльність 1-ої та 2-ої сигнальних систем людини. Регулюючий, переважаючий вплив належить 2-ій сигнальній системі, яка керує 1 сигнальною системою.

Типи та види мислення

Наочно-дійове мислення характеризується тим, що розв'язання завдання здійснюється за допомогою реального перетворення ситуації, випробування властивостей об'єктів. Цей вид мислення властивий і вищим тваринам.

Наочно-образне мислення пов'язане з конкретними образами, ситуаціями і змінами в них. Воно є характерним для дітей молодшого віку. Це один із станів онтогенетичного розвитку мислення.

Словесно-логічне мислення характеризується використанням понять, логічних конструкцій. Воно формується в процесі ігрової, навчальної, трудової і громадської діяльності людини.

Психологічний аспект

Розлади мислення

I. За темпом перебігу асоціацій

1. Мислення прискорене. Стан мислення, при якому збільшується кількість асоціацій, думок та прискорюється їх протікання. Одне уявлення одразу ж змінюється іншим. Мова стає швидкою, непослідовною (не закінчивши однієї думки, хворий переходить до іншої - "стрибки думок").

2. Мислення сповільнене. Це порушення мислення, що характеризується обмеженістю асоціацій, одноманітністю думок, сповільненням мови. Спостерігається при депресивних станах.

3. Мантизм (ментизм). Це мимовільний, безперервно виникаючий і некерований потік думок, спогадів, "вихор ідей", в якому хворий неспроможний розібратися. Мантизм іноді спостерігається при шизофренії. Однак, може бути і фізіологічним (наприклад, під час засипання).

II. За характером (або формою) асоціацій

1. Розірваність мислення. Патологія мислення, яка виявляється у розірваності смислових зв'язків між поняттями при збереженні граматичної та синтаксичної форми речення. Розірваність наближається до так званої "мовної мішанини" - шизофазії, яка є характерною для шизофренії.

2. Мислення безладне. Глибокий розлад мислення, що виявляється у непокінченості понять, суджень. Навколишня дійсність сприймається фрагментарно, думки уривчасті, мова безладна. Здатність до аналізу та синтезу втрачена. Орієнтування в навколишньому відсутнє.

3. Мислення паралогічне. Патологія мислення, при якій порушується логіка, певне поняття замінюється символом, знаком, зрозумілим тільки хворому. Внаслідок цього останній здатний до необгрунтованих, навіть безглузких висновків, що не мають об'єктивних доказів. Умовиводи не відповідають судженням, з яких вони утворюються. Таке мислення втрачає логіку і стає незрозумілим для інших. Паралогічне мислення властиве хворим на шизофренію.

4. Амбітендентність мислення - одночасне виникнення двох протилежних ідей.

5. Мислення резонерське. Це мислення, що характеризується доведеннями, які не ґрунтуються на фактах, пустими вербальними посиленнями, які не відповідають темі розмови і не досягають конкретної мети. Беззмістовність і бідність суджень при цьому набувають правильної форми.

6. Патологічна деталізованість мислення. Процес мислення, що проявляється у в'язкості, тугорухомості та втраті здатності відокремити головне від другорядного. У судженні переважають випадкові подробиці, що не стосуються основної думки. Може спостерігатися при епілепсії.

7. Персеверація мислення. Одноманітне повторення одних і тих же думок або відповідей при ускладненні та сповільненні асоціативних процесів. Спостерігається при шизофренії та органічних ураженнях мозку.

8. Мислення символічне. Стан мислення, при якому одні поняття стають символами інших на підставі іноді випадкових, другорядних ознак, зрозумілих лише хворому. Це порушення є характерним для шизофренії.

9. Аутистичне мислення. Мислення, відокремлене від реальної дійсності. Коло асоціацій з оточуючим є досить обмеженим. Асоціації виникають переважно на підставі ідей, уявлень, відчуттів, що пов'язані з хворобою, під час якої домінують внутрішні переживання. Хворі замикаються у собі, тримаються осторонь, уникають спілкування. Відповіді на запитання мають формальний характер. Фантазія і реальність співіснують, бажане сприймається за дійсне.

10. Неологізми. Це продукт патологічного словоутворення, внаслідок якого хворі використовують слова, відсутні в нормальній мові. Інколи ці слова не визначають реальних понять.

II. За адекватністю (продуктивністю, змістом) асоціацій

1. Нав'язливі ідеї - думки, що сприймаються людиною чужими до змісту свідомості у даний момент; вони супроводжуються критичним ставленням до них та спробами боротьби, тобто прагненням їх позбутися. Спостерігаються при неврозі нав'язливих станів, деяких формах шизофренії, церебральному атеросклерозі, психастенії.

2. Понадцінні ідеї - думки, що домінують, переважають над усіма іншими. Виникають вони внаслідок реальних обставин, але потім набувають надмірного емоційного забарвлення, починають займати у свідомості людини домінуюче значення і впливають на процес мислення взагалі. Всі інші думки гальмуються або, навпаки, концентруються, посилюючи понадцінну ідею. Характеру понадцінності набувають ідеї, що особливо стосуються особистості хворого.

3. Маячні ідеї (маячення) - симптом порушення мислення, при якому помилкове, невірне судження, що спотворено відображає дійсність, повністю опановує свідомість і не підлягає корекції зовні. З точки зору хворого, маячна ідея суб'єктивно сприймається як щось достовірне, в чому

він не сумнівається, тому вона є недоступною виправленню ні за допомогою переконання, ні за допомогою наочних доведень.

Форми маячення:

1. *Маячення параноїдне* (несистематизоване, чуттєве) - маячні ідеї, що характеризуються відсутністю послідовної системи доказів. Вони уривчасті, не пов'язані між собою, фрагментовані, безладні, безглузді і швидко змінюються. Несистематизоване маячення пов'язане з порушенням сприймання (галюцинації).

2. *Маячення параноїяльне (систематизоване)* - маячні ідеї, що ґрунтуються на певній системі доказів з центральною думкою, що їх поєднує. Маячні судження набувають характеру системи поглядів, що визначають світогляд особи взагалі. На цих судженнях зосереджується все психічне життя хворого. Спотворюються відбитки внутрішніх зв'язків між явищами реального світу. Одне хворобливе судження пов'язується з іншим, викристалізовуючи маячну систему.

3. *Маячення парафренне* - систематизовані маячні ідеї, що пов'язані з різноманітними галюцинаціями, явищами психічного автоматизму. Виникають частіше в зрілому віці.

4. *Маячення індуковане* - маячні ідеї, що розвиваються у людей, неспроможних критично ставитися до маячних висловів психічно хворого, які вважаються за істину. Виникає у осіб з низьким інтелектом або високим рівнем навіюваності. Спостерігається також у членів однієї родини, серед близьких родичів.

Види маячення за змістом:

- ідеї переоцінки власної особи (величі, збагачення, фізичної могутності та сили);
- релігійне, еротичне, винаходу та відкриття;
- маячення самозвинувачення, самоприниження, гріховності;
- маячення ревнощів, втрати, шкоди;

- маячення фізичного впливу, переслідування, стосунку;
- маячення іпохондричне та дисморфологічне.

Синдроми розладу мислення

1. Параноїдний синдром та його різновиди

а) параноїдний синдром - стан, що характеризується несистематизованими маячними ідеями різними за змістом: переслідування, стосунку, впливу, самозвинувачення, величі тощо, або обмежується ідеями одного виду, наприклад, тільки маячними ідеями переслідування. Маячні ідеї уривчасті, фрагментовані. Маячення у своєму формуванні та за змістом не є пов'язаним з будь-яким реальним підґрунтям, а є неправдоподібним, часто фантастичним, безглуздим;

б) синдром психічного автоматизму (Кандинського - Клерамбо) - психопатологічний стан, який полягає в тому, що хворий відчуває, ніби він мислить, переживає та діє не самостійно, а ним хтось керує (анонімна або відома йому людина). Він відчуває безвілля своїх думок (примусове мислення, відкритість думок, керування ними тощо), своїх емоційних переживань ("примушують" радіти, гніватися), дій ("через мене хтось говорить" і т.ін.). При цьому мають місце псевдогалюцинації.

2. Парнойяльний синдром

Це маячення щодо тих чи інших осіб, подій або обставин (умов) оточення, яке починається з понадцінних ідей. Синдром розвивається після емоційного перевантаження, конфлікту. Переважають маячні ідеї величі, впливу, стосунку, переслідування, що пов'язані між собою і утворюють певний маячний сюжет - систематизоване маячення.

3. Парфренний синдром

Це пов'язані між собою маячні ідеї, що утворюють маячний сюжет (систематизоване маячення) і мають зв'язок з галюцинаціями, явищами психічного автоматизму. Синдром розвивається з появи маячних ідей

стосунку, впливу, переслідування, отруєння і закінчується маячними ідеями величі.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Особистим прикладом та за допомогою інструкцій підкреслюється деонтологічний аспект в системі відносин "лікар-хворий", адекватне (коректне) ставлення лікаря до хворого, незалежно від невірних, фантастичних висловлювань останнього.

Трудове. Обговорення особливості клінічного мислення лікаря. Зокрема, дедуктивний та індуктивний методи побудови при аналізі клінічних випадків. Зосередити увагу на аналізі індукції.

Контрольні запитання

1. Дайте визначення мислення.
2. Дайте визначення поняття.
3. Що таке судження?
4. Що таке умовивід?
5. Типи та види мислення.
6. Розлади мислення за темпом перебігу асоціацій.
7. Розлади мислення за формою (характером) асоціацій.
8. Розлади мислення за змістом, продуктивністю (адекватністю) асоціацій.
9. Які Ви знаєте патологічні ідеї?
10. Що таке нав'язливі ідеї?
11. Характеристика понадцінних ідей.
12. Характеристика маячних ідей.
13. Принципи класифікації маячних ідей.
14. Види маячних ідей за змістом.
15. Форми маячних ідей.

16. Характеристика синдрому психічного автоматизму.
17. Характеристика паранойяльного синдрому.
18. Диференціальна діагностика понадцінних та маячних ідей.
19. Що розуміють під аутистичним мисленням?
20. Структура та варіанти синдрому Кандинського - Клерамбо.
21. Патопсихологічні методи дослідження мислення.
22. Які Ви знаєте методи виховання через тему "Розлади абстрактного стану пізнання"?

Заняття 4

Назва теми:

Розлади пам'яті

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів із структурою (видами) пам'яті в нормі, а також із найважливішими розладами її. Навчити студентів диференціації окремих порушень пам'яті, а також практичному оволодінню методиками дослідження її.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці структури та розладів пам'яті. Атлас експериментально-психологічних досліджень. Тематичні хворі.

Пам'ять та її розлади

Термінологічний мінімум

1. Пам'ять
2. Фіксація
3. Репродукція
4. Ретенція
5. Гіпомнезія (дісмнезія)
6. Гіпермнезія
7. Амнезія
8. Ретроградна амнезія
9. Антероградна амнезія
10. Антеро-ретроградна амнезія
11. Фіксаційна амнезія
12. Прогресуюча амнезія
13. Парамнезії
14. Конфабуляції
15. Псевдоремінісценції
16. Кріптомнезії

Загальні дані

Методологічний аспект

Пам'ять - це психічна функція збереження у свідомості вражень, які були в минулому, відтворення минулого досвіду, один із феноменів розумової діяльності людини. Пам'ять - це властивість живої матерії відповідати на наступні подразники із врахуванням дії попередніх факторів. Пам'ять тісно пов'язана з емоційною діяльністю. Тому найміцнішою та найстародавнішою є емоційна пам'ять.

Психологічний аспект

Пам'ять - складний психічний процес, який включає в себе такі її функції:

- Запам'ятовування (фіксація)
- Зберігання (ретенція)
- Відтворювання (репродукція)
- Впізнавання

Нейрофізіологічний аспект

Пам'ять пов'язана з такими властивостями центральної нервової системи, як пластичність, тобто вона має здібність змінюватися під дією зовнішніх подразників, зберігати сліди зовнішніх та внутрішніх подразників, а також за І. П. Павловим, створювати тимчасові умовно-рефлекторні зв'язки.

Види пам'яті:

За формою збереження:

- Короткочасна
- Тривала

За зв'язком із аналізатором:

- Зорова
- Слухова
- Смакова
- Нюхова
- Рухова
- Змішана

За участю сигнальних систем:

- Наочно-образна (1 сигнальна система)
- Словесно-логічна (2 сигнальна система)

За механізмом запам'ятовування:

- Механічна
- Змістова

За ступенем активності уваги та вольового зусилля:

- Пасивне запам'ятовування та репродукція
- Активне (вольове) запам'ятовування та репродукція

Психологічний аспект

Розлади пам'яті

Гіпермнезія - короткочасне посилення, загострення пам'яті на тлі хворобливих станів, яке проявляється в легкості відтворення минулих вражень. З посиленням наочно-образної (механічної) пам'яті логічно-змістова може навіть слабшати.

Зустрічається при МДП, як у маніакальній, так і в депресивній фазах. Маніакальні хворі швидко запам'ятовують, утримують та відтворюють дати та події свого життя. При депресіях - вибіркова гіпермнезія, яка дуже чітко виявляється при наявності маячних ідей самозвинувачення. Хворі згадують всі минулі помилки. Гіпермнезія зустрічається внаслідок інфекційних та інтоксикаційних психозів, а також у станах пробудження.

При паранойяльних станах характерна вибіркова гіпермнезія. Паранойяльні особи пам'ятають все, що стосується їх маячної системи.

При епілептоїдних дисфоріях згадуються найдрібніші образи, події.

Деякі олігофрени дуже гарно запам'ятовують цифри, добре рахують.

При шизофренії можливе миттєве згадування всього, що було раніше.

Гіпомнезія - послаблення пам'яті, що проявляється насамперед у погіршенні вибіркової репродукції, утрудненому відтворенні того, що потрібно в даний момент, у зниженні здатності відтворення окремих подій, деталей минулого (дати, цифри, імена). Гіпомнезії мають певну динаміку, носять прогресуючий характер, ведуть до амнезії.

Рібо виділяє 4 стадії розвитку гіпомнезії:

1. порушується вибіркова репродукція, відтворення того, що потрібно у даний час. Забуваються події сучасного життя, в той же час події минулого відтворюються добре;
2. з утрудненням відтворюється минулий досвід, хронологія подій. Зберігаються фрагментарні спогади. Губляться наукові відомості, знання мов, біографічні дані. Дуже добре згадуються емоційно позитивно забарвлені події;
3. втрачається увесь багаж знань, забуваються усі дати, події. Мертвих родичів нерідко вважають за живих. Втрачається орієнтація у часі і навіть у невеликому просторі (амнестична дезорієнтація);
4. пам'ять редується повністю (тотальна амнезія, розумова пустеля). На початковому етапі утримуються автоматизовані форми поведінки - потиснути простягнуту руку, деякі жести і т.ін.

Легкі гіпомнезії зустрічаються під час неврозів, депресивної фази МДП, післяпсихотичної астенії, як наслідок втоми, виснаження, під кінець робочого дня.

Амнезія - прогалина у спогадах, випадання з пам'яті подій певного відрізка часу.

Амнезії за механізмом виникнення поділяються на 2 групи:

- фіксаційні;

- пов'язані з порушенням репродукції.

Останні за часом виникнення поділяються на:

- ретроградну амнезію - забуваються події, що передували розладу свідомості або хворобливому психічному стану;
- антероградну амнезію - людина не пам'ятає або забуває події, що відбувалися відразу після закінчення розладу свідомості або хворобливого психічного стану;
- антеро-ретроградну амнезію - поєднання ретроградної та антероградної амнезії.

За динамікою (патокінезом) амнезії поділяються на:

1. Прогресуючі.
2. Стаціонарні.
3. Ретроградні.
4. Ретардовані.

Парамнезія - хворобливий психічний стан, який супроводжується розладом пам'яті, що виникає внаслідок амнезії, коли прогалини пам'яті заповнюються несправжніми спогадами.

Парамнезії поділяються на:

Конфабуляції - порушення пам'яті, що характеризуються заповненням прогалин пам'яті вигаданими спогадами та переживаннями фантастичного змісту.

Псевдоремінісценції - несправжні спогади реального змісту про події, яких не було за відрізок часу, згадуваний хворим, але вони мале місце чи могли бути в минулому.

Кріптомнезії - порушення пам'яті, внаслідок якого прочитане, почуте, побачене уві сні здається пережитим насправді, а факти, думки, запозичені в інших або вичитані з книжки, вважаються власними.

Синдром Корсакова - психопатологічний стан, який характеризується розладом пам'яті про теперішні події (фіксаційна амнезія) при збереженні пам'яті про події минулого (до початку хвороби). Хворі не орієнтуються у місці, часі, навколишньому середовищі (амнестичне дезорієнтування).

Вони не можуть знайти свою палату, ліжко, не пам'ятають, що щойно їли , про що з ними говорили. Мають місце різні форми амнезії. Прогалини пам'яті заповнюються вигаданими спогадами (конфабуляції, псевдоремінесценції).

Виховання через предмет

Моральне та трудове. Здійснюється під час обговорення причин порушення пам'яті: алкоголізм, порушення режиму відпочинку та праці, втрата інтересу (душевні лінощі).

Контрольні запитання

1. Дайте визначення поняття "пам'ять".
2. Які основні властивості пам'яті Ви знаєте?
3. Види пам'яті та їх фізіологічні механізми.
4. Класифікація розладів пам'яті.
5. Визначення гіпермнезії.
6. Визначення гіпомнезії та різних видів амнезій.
7. Визначення парамнезій.
8. Чим відрізняються парамнезії від амнезій?
9. Чим відрізняються конфабуляції від псевдоремінесценцій?
10. Визначення Корсаковського амнестичного синдрому.
11. Як оцінити функцію пам'яті під час клінічного обстеження психічного стану?
12. Як провести експериментально-психологічне дослідження пам'яті?
13. Життя та творчість С. С. Корсакова.
14. Які Ви знаєте елементи виховання за темою "Розлади пам'яті"?

Заняття 5

Назва теми:

Увага, інтелект та їх розлади

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів із структурою уваги та інтелекту в нормі, а також із основними їх розладами. Навчити студентів знань клініки і диференціації розладів уваги, інтелекту, а також практичному оволодінню методиками дослідження стану уваги та інтелекту.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці за темою заняття. Атлас експериментально-психологічних досліджень, бланки для психологічних досліджень, схеми досліджень інтелекту, малюнки хворих із порушеннями уваги, інтелекту. Тематичні хворі.

Увага та її розлади

Термінологічний мінімум

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| 1. Стійкість (тривалість) | 5. Відволікання |
| 2. Переключення | 6. Виснаженість |
| 3. Об'єм | 7. Прикованість |
| 4. Спрямованість | |

Увага - психічна функція, що полягає у здатності зосереджуватись на зовнішньому або внутрішньому подразнику (на зовнішніх або внутрішніх явищах, предметах та видах іншої діяльності).

Увага характеризується вибіркоvim ставленням до об'єктів психічної діяльності, коли з великої кількості подразників свідомість виділяє один або кілька.

Види уваги:

- Пасивна (мимовільна увага)
- Активна увага

Властивості уваги:

- Переключення (легке, тяжке)
- Стійкість (до "прилипання")
- Об'єм (ступінь концентрації)
- Спрямованість (зовнішня, внутрішня)

Розлади уваги

1. **Тяжкість переключення уваги** (інертність нервових процесів внаслідок епілепсії, склерозу судин мозку, резидуально-органічних порушень).
2. **Важкість звертання уваги** - апрозексія (відсутність концентрації при атонічній олігофренії, гебефренічній шизофренії).
3. **Відвертання уваги** (виснаженість нервових процесів внаслідок соматогенної астенизації, астеничної олігофренії, післятравматичних уражень).
4. **Зниження або відсутність уваги.**

Інтелект та його розлади

Термінологічний мінімум

- | | |
|------------------|-------------|
| 1. Олігофренія | 4. Ідіотія |
| 2. Дебільність | 5. Деменція |
| 3. Імбецильність | |

Інтелект (розум) - запас (об'єм) набутих знань, досвіду, уміння застосувати їх практично та здатність до подальшого набуття нових знань, досвіду.

Складові елементи та передумови інтелекту: мислення, пам'ять, увага та інші психічні функції. Інтелект, здібності і характер складають "ядро особистості".

Розлади інтелекту

Олігофренія (недоумство природжене) - характеризується затримкою розвитку основних психічних функцій (інтелекту) внаслідок ураження головного мозку плоду в пренатальному періоді або у ранні місяці і роки (2-3) життя людини.

За ступенем недоумства олігофренія ділиться на:

Дебільність - легкий ступінь розумового недорозвинення (недоумства), характеризується зниженням розвитку інтелекту, нездатністю до абстрагування і оперування поняттями. У хворих достатньо розвинута мова, є певний запас абстрактних понять.

Імбецильність - середній ступінь природженого недоумства. В наявності елементарне мислення. Абстрактні поняття не утворюються. Світ метафор і алегорій недоступний. Здатність до елементарного узагальнення різко знижена. Запас слів дуже бідний (в межах 10-20), говорити починають лише на 3-5 році життя. Не можуть оволодіти читанням, можуть писати лише окремі літери. Нову ситуацію майже не осмислюють, прості навички хоча і засвоюють, але виконують неохайно.

Ідіотія - важкий, крайній ступінь природженого або набутого в ранньому дитинстві (до 3 років) недоумства, внаслідок якого не розвивається мислення, обмежене сприймання навколишнього світу. Практично відсутня мова (лише окремі звуки). Не здатні до засвоєння життєвого досвіду. Є два різновиди ідіотії: *еретична* і *торпідна*.

Деменція - набуте недоумство (після захворювань мозку або психічних хвороб), що виявляється у збідненні інтелекту, у стійкому зниженні пізнавальної діяльності (порушується пам'ять, зменшується запас слів,

уявлень, понять). Поступово у хворих втрачається здатність вірно оцінювати ті чи інші обставини й орієнтуватися в них.

Деменції бувають:

- тотальні (повні) - з розпадом "ядра особистості";
- лакунарні (парціальні) - "ядро особистості" зберігається.

Схема обстеження уваги, інтелекту

1. Знання свого віку, поточної дати, своєї адреси, імені лікуючого лікаря.
2. Знання пори року, місяця (скільки місяців, їх назви в окремих порах року).
3. Знання назв частин тіла, їх призначення.
4. Знання кольорів, форми, величини (кульок, кубиків та інших предметів).
5. Знання (перерахування) меблів, хатніх тварин, міст, письменників та інше.
6. Розуміння значення узагальнюючих слів (овочі, фрукти, взуття, різні інструменти, хижі тварини і т.ін.).
7. Читання (по літерах, складах, швидко без помилок і т.ін.).
8. Розвиток навичок писання, рахування.
9. Вміння розв'язувати арифметичні задачі на 1-2 дії.
10. Обстеження комплектом патопсихологічних методик (відшукування чисел за таблицею Шульте, рахування за Крепеліном, коректурна проба, розуміння змісту малюнків, переносного змісту прислів'їв, приказок і т.ін.).

Виховання через предмет

Морально-етичне. Значення умов мікро- і макросоціального оточення для розвитку інтелекту. При обговоренні питань порушень інтелекту та їх корекції підкреслюється роль різних державних установ (в тому числі і благодійних) в організації, фінансуванні, питаннях реабілітації та реадаптації цієї категорії хворих. Особлива увага звертається на роль сім'ї у проведенні цієї всебічної і тривалої роботи з подібними хворими.

Контрольні запитання

1. Що таке увага?
2. Види уваги.
3. Властивості уваги.
4. Які бувають розлади уваги?
5. Методики для виявлення розладів уваги.
6. Що таке інтелект?
7. Класифікація розладів інтелекту.
8. Що таке олігофренія та її різновиди?
9. Що таке деменція та її різновиди?
10. Методики для виявлення розладів інтелекту.
11. Схема обстеження уваги та інтелекту.
12. Елемент виховання за темою "Розлади інтелекту".

Заняття 6

Назва теми:

Емоції та емоційні розлади

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів із структурою емоцій в нормі, а також із основними їх розладами. Навчити студентів знань з клініки та практичному оволодінню методами дослідження основних розладів емоцій.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці за темою заняття. Атлас експериментально-психологічних досліджень, комплект діапозитивів, ілюстрацій мімічних розладів. Тематичні хворі.

Розлади емоцій

Термінологічний мінімум

- | | |
|---------------------|---------------------------|
| 1. Емоції | 8. Лабільність емоцій |
| 2. Настрій | 9. Емоційна слабкість |
| 3. Афект | 10. Неадекватність емоцій |
| 4. Ейфорія | 11. Амбівалентність |
| 5. Апатія | 12. Фобії |
| 6. Депресія | 13. Дисфорії |
| 7. Емоційна тупість | |

Загальні дані

Емоції (почуття) - суб'єктивний тон психічних переживань, якими супроводжуються всі психічні процеси, що відображають ставлення людини до того, що вона сприймає, відображає, тобто ставлення людини

до самої себе, інших людей, тієї чи іншої події, власне ставлення до задоволення чи незадоволення своїх потреб.

Тобто, емоції - прояв нашого ставлення до оточуючої дійсності та до самого себе.

Розрізняють емоції

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1. <i>За суб'єктивним тоном:</i> | • вітальні. |
| • позитивні, | 4. <i>За складністю:</i> |
| • негативні. | • нижчі, |
| 2. <i>За впливом на діяльність:</i> | • вищі емоції (почуття). |
| • стенічні, | 5. <i>За силою і тривалістю:</i> |
| • астеничні. | • настрій, |
| 3. <i>За механізмом виникнення:</i> | • афект, |
| • реактивні, | • пристрасть (жага). |

Розлади емоцій

Посилення емоцій

Ейфорія - хворобливо підвищений настрій, неадекватний ні оточуючій дійсності, ні фізичному стану хворого. Супроводжується часто легковажністю, захопленістю, посиленням потягів, безтурботністю.

Депресія - хворобливо знижений, пригнічений настрій, що характеризується нудьгою, інтелектуальним та руховим загальмуванням, фізично важкими відчуттями, зниженням потягів, важким суб'єктивним почуттям. Все це призводить до надто негативної оцінки дійсності. Все навколишнє хворий бачить в різко негативних тонах.

Пригнічений, меланхолічний настрій коливається від смутку, журби до виразного афекту туги. Нерідко мають місце прагнення до самогубства.

Послаблення емоцій

Апатія - поступове зниження емоцій, згасання емоційних реакцій. Хворий байдуже ставиться до того, що звичайно викликає радість чи смуток (навіть що до себе, рідних та близьких). Стан смутку, туги часто супроводжується послабленням потягів та різким зниженням вольових спонукань до цілеспрямованої діяльності.

Емоційна тупість - збіднення почуттів, що виявляється у повній байдужості хворих до себе, до стану свого здоров'я, долі рідних і близьких. Втрачаються прояви почуттів на різноманітні подразники.

Послаблення емоційних проявів часто торкається не лише вищих, але й нижчих емоцій, інстинктів.

Розлади адекватності емоцій

Неадекватність емоцій - емоційні переживання не відповідають тому, що їх викликало.

Амбівалентність - одночасне виникнення протилежних почуттів до одного і того ж об'єкта.

Фобії - нав'язливі страхи, які хворий не може перебороти, але має критичне ставлення до них.

Дисфорії - раптово, без "очевидних" причин, виникають напади "дурного" настрою зі зміною самопочуття (роздратованість, незадоволення).

Патологічний афект - бурхлива емоція, яка виникає з незначної причини і супроводжується звуженням свідомості, агресивністю, з наступною амнезією того, що трапилось.

Синдроми порушених емоцій

Маніакальний синдром - психопатологічний стан, що проявляється в ейфорії, патологічно піднесеному настрої (іноді з компонентом

дратівливості), прискореному темп уявлень, підвищеній цілеспрямованій діяльності внаслідок наявності відверненої уваги. Можливе розгальмування інстинктів, а також маячні ідеї величі.

Депресивний синдром - психопатологічний процес, який характеризується зниженням настрою, почуттям туги, що досягає відчаю, безнадії, пригніченістю, а також сповільненням темп уявлень, загальмованістю рухів і прикованістю уваги до своїх переживань.

У хворих можуть виникати маячні ідеї самозвинувачення, самоприниження, а також суїцидні наміри (ослаблення інстинкту самозбереження).

Виховання через предмет

Морально-етичне. Всебічно обговорити питання про формування емоцій (особливо вищих) в колі сім'ї, школі і інших ланках суспільства. Зупинитись на особливостях проявів вищих емоцій.

Трудове. Показати значення ролі самовиховання різних емоцій у практичній діяльності лікаря, медичного працівника.

Контрольні запитання

1. Що таке емоції?
2. Дати визначення понять: "почуття", "емоції", "настрій", "афект".
3. Класифікація емоцій у нормі.
4. Класифікація емоцій за механізмом виникнення.
5. Класифікація емоцій за суб'єктивним тоном і тонусом організму.
6. Які емоції належать до вищих?
7. Основні різновиди порушень емоцій та їх значення у психопатології.
8. Класифікація порушень емоцій при патології.
9. Патологія емоцій за силою.

10. Патологія емоцій за адекватністю.
11. Характеристика фізіологічного афекту.
12. Характеристика патологічного афекту.
13. Основні ознаки маніакального синдрому.
14. Основні ознаки депресивного синдрому.
15. Методика обстеження емоційного стану хворого.
16. Основні елементи виховання за темою "Емоційні порушення".

Заняття 7

Назва теми:

Рухово-вольові розлади

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів із структурою потягів і цілеспрямованої діяльності та класифікацією найважливіших розладів ефекторно-вольової сфери. Навчити студентів знань з клініки і діагностики, методам вивчення ефекторно-вольової сфери.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці за темою заняття, комплект діапозитивів, фотоілюстрацій. Тематичні хворі.

Рухово-вольові розлади

Термінологічний мінімум

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1. Абулія | 6. Ехолалія |
| 2. Ступор | 7. Ехопраксія |
| 3. Мутизм | 8. Стереотипія |
| 4. Каталепсія | 9. Імпульсивність |
| 5. Негативізм | 10. Гебефренія |

Загальні дані

Ефекторно-вольова сфера - складна психічна функція, яка здійснює цілеспрямовану діяльність людини у відповідності з визначеними мотивами, зумовленими внутрішніми потребами і вимогами оточуючого середовища.

Потреба викликає прагнення до її задоволення, що може проявлятися у потязі чи бажанні.

Потяг - це несвідоме, неясне прагнення, не спрямоване на якийсь визначений предмет. Потяги виникають і формуються на основі інстинктів.

Інстинкт - це найскладніший ланцюговий безумовний рефлекс, спрямований на задоволення біологічних потреб організму (харчових, статевих, самозбереження).

Розлади потягів

Розлади харчового потягу

1. **Посилення** (булімія, поліфагія) - постійний хворобливо підвищений потяг до їжі з невгамованим почуттям голоду, ненажерливість.
2. **Послаблення** (анорексія) - хворобливе зниження потягу до їжі, пригнічення харчового інстинкту (часто з відсутністю апетиту і огидою до їжі).
3. **Спотворення** (збочення) - потреба вживати неїстівне (крейду, пісок), інколи поїдання екскрементів (копрофагія).

Розлади інстинкту самозбереження

1. **Посилення** - глибинне, вітальне переживання за своє життя (нічим не мотивоване і надзвичайне за інтенсивністю).
2. **Послаблення** - потяг до самогубства. Послаблення потягу до самозбереження у психічно хворих часто набуває характеру байдужості до небезпечних ситуацій.
3. **Спотворення** (збочення) - потяг до самокаліцтва, часто виконується імпульсивно і в найрадикальнійшій формі (хворі виривають собі зуби, очні яблука, каструють і т.ін.).

Розлади статевого інстинкту

1. **Посилення** - гіперсексуальність.

2. **Послаблення** - гіпосексуальність.
3. **Спотворення** (збочення) - сексуальні перверсії.

До патологічних спотворень серед потягів також належать:

Клептоманія - періодичне прагнення до немотивованої крадіжки (без будь-яких мотивів і зацікавленості).

Піроманія - пристрасть без будь-якої мотивації до підпалювання.

Дромоманія - нестримний потяг блукати, залишаючи постійне місце проживання, позбавлений будь-якої мотивації.

Рухово-вольові розлади

Гіпербулія - хворобливе підвищення психічної активності. На тлі патологічного посилення вольової активності спостерігається прагнення до діяльності, рухового неспокою і мовної продукції (виникає нескінченна кількість різноманітних бажань, безцільних дій, хворі кричать, бігають, співають і т.ін.).

Маніакальне збудження - найпоширеніший вид збудження. Характеризується підвищеною, але систематизованою діяльністю, що супроводжується ейфорією і прискоренням темпу мислення (за наявності відверненої уваги).

Гебефренічне збудження - інертна ейфорія, проявом якої є химерна, неадекватна веселість, дурощі, "пустотливість", часом "дитяча поведінка". Спостерігається манірність, театральність, безглуздість жестів, поз, міміки, своєрідне вимовляння слів і ін.

Кататонічне збудження - характеризується наявністю своєрідних стереотипних гіперкінезів, нецілеспрямованих рухів, повторенням рухів оточуючих (ехопраксія), слів (ехолалія) або наявністю протилежних дій (амбітендентність).

Гіпобулія і абулія - патологічне ослаблення, зниження чи повна втрата цілеспрямованої діяльності, проявом якої є зниження або цілковита відсутність спонукань, імпульсу до дії. Має місце рухова і мовна загальмованість - аж до ступору (стану психогенної нерухомості - при відсутності органічних уражень центральної і периферичної нервової системи).

Кататонічний ступор - для нього характерна часткова чи повна нерухомість, загальмованість мови до повної німоти (мутизм), активний чи пасивний негативізм і ознаки пасивної підпорядкованості (воскова гнучкість, каталепсія, симптом "повітряної подушки"). Хворий може знаходитись в одній позі протягом багатьох годин, днів, місяців.

Депресивний ступор - характеризується нерухомістю, що супроводжується уповільненням мови, почуттям туги, яка може досягати відчаю, безнадії, пригніченістю, загальмованістю рухів і прикованістю уваги до своїх переживань. Можуть виникати ідеї самозвинувачення і самоприниження.

Апатичний ступор - характеризується нерухомістю у поєднанні з емоційною тупістю і повною байдужістю до себе та оточуючих.

Психогенний ступор - характеризується загальною нерухомістю, що виникає після раптових і сильних психічних травм (катастрофи, стихійні лиха і т.ін.).

Синдроми рухово-вольових розладів

Кататонічний синдром - характеризується нерухомістю з мутизмом, негативізмом, каталепсією, симптомом "повітряної подушки", хаотичним збудженням, ехолаліями, ехопраксіями, стереотипіями, амбітендентністю.

Гебефренічний синдром - характеризується дурощами, манірністю поведінки, ейфорією, схильністю до розірваності мислення, безглуздістю жестів, поз, міміки, своєрідним вимовлянням слів і т.ін.

Апатико-абулічний синдром - характеризується зниженням емоцій (аж до апатії) і вольових спонукань до цілеспрямованої діяльності (аж до абулії). Хворі цілими годинами, днями лежать в ліжку.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Зосередження уваги на особливостях взаємозв'язку ефекторно-вольової та емоційної (наступне заняття) сфер. Підкреслювання ролі вищих емоцій у формуванні цілеспрямованої поведінки людини.

Трудове. Показати значення самовиховання волі людини і, зокрема, лікаря, медичного працівника.

Контрольні запитання

1. Що таке потяги? Види потягів.
2. Що таке воля? Ефекторно-вольова діяльність.
3. Розлади харчових інстинктів.
4. Розлади інстинкту самозбереження.
5. Розлади статевого інстинкту.
6. Розлади цілеспрямованої діяльності за типом сповільнення.
7. Розлади цілеспрямованої діяльності за типом посилення.
8. Розлади цілеспрямованої діяльності за типом спотворення.
9. Види психомоторного збудження.
10. Види ступорів.
11. Дати характеристику апатико-абулічного синдрому.
12. Дати характеристику гебефренічного синдрому.
13. Дати характеристику кататонічного синдрому.
14. Які Ви знаєте методи виховання за темою "Ефекторно-вольові розлади"?

Заняття 8

Назва теми:

Розлади свідомості

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів з формами розладів свідомості, їх діагностикою і співвідношеннями з нозологічними формами психічних захворювань. Навчити студентів діагностиці різних проявів виключення і розладів свідомості.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення з палатою інсулінотерапії.

Оснащення заняття: таблиці класифікації різних розладів свідомості. Бланки ЕЕГ з проявами пароксизмальних розладів свідомості і післяприпадочною комою. Діапозитиви, малюнки, самозвіти хворих, що перенесли делірій, онейроїд. Діагностичні задачі. Тематичні хворі.

Розлади свідомості

Термінологічний мінімум

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1. Свідомість. | 6. Делірій. |
| 2. Ясність свідомості. | 7. Аменція. |
| 3. Оглушення. | 8. Онейроїд. |
| 4. Сопор. | 9. Присмерковий стан. |
| 5. Кома. | |

Загальні дані

Свідомість - це властивість психіки, вищий продукт особливим чином організованої матерії (мозку), суб'єктивне відображення об'єктивної дійсності: властивостей предметів і явищ навколишнього середовища, процесів, що відбуваються у ньому, своїх дій у попередньому накресленні і

передбаченні їх наслідків, в регулюванні взаємозв'язків людини з природою і соціальною дійсністю.

Індивідуальна свідомість - це здатність, яка дає змогу виділити себе із середовища, визначити своє ставлення до нього і організувати цілеспрямовану діяльність.

Фізіологічною основою свідомості є вогнище оптимального збудження в корі головного мозку з від'ємною індукцією на периферії.

Клінічні критерії ясної свідомості

1. Орієнтування в часі і місці.
2. Величина порогу подразливості, швидкість реакції.
3. Можливість психічного контакту.
4. Виконання найпростіших розумових операцій.
5. Наявність чи відсутність розгубленості, її ступінь.
6. Наявність чи відсутність наступної амнезії (не для всіх видів розладів ясної свідомості).

Розлади свідомості

Непсихотичні форми (апродуктивні)

Оглушення - характеризується зміною порогу збудливості, коли слабкі подразники хворими не сприймаються, середні сприймаються слабо, і лише сильні викликають відповідну реакцію. Хворі аспонтанні, нерухливі, уява їх бідна, судження сповільнені. Хворі байдужі до оточуючого.

Сопор - глибока втрата свідомості з повною відсутністю орієнтування в оточуючому і у власній особистості, нерухомістю (інколи можливі безладні рухи). Зберігаються окремі безумовні рефлекси (зіничні, корнеальні, ковтання), елементарні реакції на сильні зовнішні подразники (біль). Можуть спостерігатись патологічні рефлекси, вегетативні порушення. Спогади на період сопору не зберігаються.

Кома - повна втрата свідомості з відсутністю реакції на зовнішні та внутрішні подразники, зникнення рефлексів. Нерідко порушується діяльність життєво важливих функцій (серцево-судинної, дихання, вегетативної нервової системи). Після коми - повна амнезія (частіше на період втрати свідомості).

Психотичні форми (продуктивні)

Делірій - характеризується психомоторним збудженням, затьмаренням свідомості з дезорієнтацією у місці, часі при повному або частковому збереженні орієнтації у власній особі, з напливом яскравих чуттєвих зорових (слухових) сценподібних і справжніх вербальних галюцинацій. Оточуюча дійсність зазнає маячного тлумачення. Хворі можуть відчувати нудьгу, тривогу, страх, можуть бути агресивними і небезпечними для оточуючих. Спогади про пережите зберігаються повністю або частково.

Аменція - характеризується глибоким затьмаренням свідомості з порушенням орієнтування в місці, часі, оточуючих особах і предметах, а також у власній особистості. Відзначається безладне мислення, розгубленість, збудження в межах ліжка, фрагментарні галюцинаторні переживання. Після закінчення періоду аменції хворі не можуть пригадати періоду розладу свідомості.

Онейроїд - сноподібний розлад свідомості. Характеризується химерною сумішшю шматків відбитків реального світу і чуттєвих фантастичних уяв, що яскраво виникають у свідомості. Онейроїдне затьмарення часто супроводжується кататонічними розладами: збудженням або ступором. Експансивному змісту онейроїду частіше відповідає збудження, депресивному - ступор.

Присмерковий розлад свідомості - характеризується дезорієнтацією у навколишньому, напливом страхітливих зорових галюцинацій, афектом люті та страху, бурхливим збудженням, часто з агресією. Іноді буває і

зовнішньо впорядкована поведінка. Спрстерігається повна амнезія періоду цього розладу свідомості.

Під час присмеркового розладу свідомості можуть бути:

Амбулаторний автоматизм - тривалий (на декілька годин і більше) присмерковий стан, який супроводжується складними і зовні впорядкованими формами поведінки та наступною амнезією.

Сомнамбулізм (лунатизм) - стан зміненої свідомості, що настає під час сну. Хворий, не прокидаючись, встає з ліжка, виконує автоматизовані дії (ходить по квартирі або на подвір'ї, виконує ряд тих чи інших дій і т.ін.) з наступною амнезією.

Псевдодеменція (несправжнє недоумство) - стан, при якому має місце поєднання присмеркового стану свідомості (його звуження) з явищами псевдодеменції (хворий не може назвати найпростіші предмети, своє ім'я, скільки йому років, дає різні безглузді відповіді, але в площині поставленого питання). Складається враження, начебто хворий навмисне демонструє порушення поведінки і недоумство.

Фугіформні реакції - частіше на тлі психогенного присмеркового стану свідомості; хворий виконує в невідповідних обставинах ряд звичайних дій (кружляє на одному місці, кидається бігти, знімає чи одягає одяг і т.ін.). Цей період хаотичного збудження чи цілеспрямованих дій амнезується.

Патологічний афект - бурхлива емоція, що поєднується із присмерковим станом свідомості і супроводжується агресивними діями. Виникає часто у відповідь на незначну причину; в подальшому цей період амнезується.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Проводиться обговорення формування свідомості у зв'язку з філо- і онтогенезом розвитку мозку, законом переходу кількості в

якість, а також проблеми свідомого і несвідомого. Звертається увага на вчення З. Фрейда та його послідовників про несвідоме.

Обговорюється нейрофізіологія свідомості, рівнів бадьорості, ролі кори та підкоркових утворень в організації свідомості на основі вчення І. П. Павлова.

Показується соціальна обумовленість формування індивідуальної і суспільної свідомості в різних суспільних умовах. Обговорення питання про лікарську таємницю та її межі, виходячи з інтересів окремої людини і суспільства.

Трудове. Роз'яснити, що дотримання відповідних трудових норм є показником високого рівня свідомості особистості будь-якої людини в кожному суспільстві, особливо у ставленні до медичного працівника.

Контрольні запитання

1. Дати визначення поняття "свідомість".
2. Що складає фізіологічну основу свідомості?
3. Складові частини і основні властивості свідомості.
4. Фізіологічні варіанти зміненої свідомості.
5. Непсихотичні форми зміненої свідомості.
6. Психотичні форми розладу свідомості.
7. Клінічні критерії оцінки стану свідомості при непритомності, оглушенні.
8. Клінічні критерії оцінки стану свідомості при сопорі, комі.
9. Дати клінічну характеристику деліріозного синдрому.
10. Дати клінічну характеристику аментивного синдрому.
11. Дати клінічну характеристику онейроїдного синдрому.
12. Клінічна характеристика окремих присмеркових станів свідомості.
13. Які Ви знаєте методи виховання за темою "Свідомість"?

Заняття 9

Назва теми:

Самостійна курація хворих студентами

(написання психічного статусу та вивчення провідної психопатологічної симптоматики в структурі хвороби)

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: навчити студентів правильно збирати та записувати анамнестичні дані, самостійно клінічно обстежувати психічно хворих, формулювати синдромологічний та нозологічний діагнози, проводити диференціальну діагностику, а також призначати лікування, розробляти профілактичні та експертні рекомендації.

Навчити студентів правильно вести та оформляти історії хвороби психічно хворих.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: схеми, історії хвороби, атлас експериментально-психологічного обстеження. Хворі для курації.

План історії хвороби та обґрунтування діагнозу

1. Паспортні дані.
2. Скарги хворого.
3. Анамнез суб'єктивний та об'єктивний.
4. Стан хворого під час обстеження.
5. Додаткові методи обстеження.
6. Обґрунтування діагнозу.
7. Лікування.

А. Сімейний анамнез

Найближчі родичі (батько, мати, брати, сестри і т.ін.), доля яких відома, діти хворого. Психічні відхилення та захворювання у них: напади, відхилення поведінки, самогубства. Алкоголізм, судинні ураження, ендокринні та обмінні порушення, туберкульоз, сифіліс.

Б. Анамнез життя

Раннє дитинство. Вік батьків на момент народження хворого, перебіг вагітності та пологів у матері. Розвиток дитини. Коли почав ходити, говорити. Дитячі захворювання, їх перебіг та наслідки. Нічні страхи, судомні напади, нічне нетримання сечі, заїкання, особливості поведінки та характеру.

Шкільний період. Початок навчання, успішність, особливості поведінки. Інтерес до тих чи інших предметів, занять. Труднощі в навчанні та їх причини. Чи дублював класи і чому. Скільки класів закінчив. Де навчався

після закінчення середньої школи. Характерологічні особливості у цьому періоді.

Статева сфера. Термін статевого дозрівання, нервово-психічні відхилення у пубертатному віці. Статева тяга: зв'язки, сексуальні відхилення.

Для жінок - термін початку менструацій, їх регулярність. Вагітності та аборти, пологи. Клімакс, його перебіг.

Основні особливості особистості до початку хвороби. Активність, врівноваженість, стриманість, терплячість. Схильність до афектів та нервових зривів, коливання настрою. Товариськість, переважність інтересів, захоплення.

Сімейне життя. Коли вступив до шлюбу, стосунки у сім'ї.

Професійний анамнез. Початок трудової діяльності. Зміни професії та їх причини. Конфлікти на роботі. Задоволеність роботою. Професійні шкідливості. Служба в армії. Пристосування до умов армії, конфлікти, дисциплінарні порушення.

Зовнішні шкідливості та їх вплив на нервову систему. Перенесені інфекції, психічні порушення у гострому періоді. Інтоксикації, вживання алкоголю (з якого часу, як часто, характер сп'яніння, наявність похмілля та опохмелення). Паління. Травми черепа з втратою свідомості та подальші нервово-психічні порушення. Психічні травми.

В. Анамнез захворювання

Хворобливі епізоди в минулому. Перші прояви хвороби: головний біль, запаморочення, безсоння, зниження працездатності, дратівливість, зниження інтересів, зміна нахилів, замкненість, відлюдкуватість, зміни настрою, химерні вчинки та вислови, маячення і т.ін. Перебіг захворювання до моменту госпіталізації. З чим хворий пов'язує початок захворювання. Особливості госпіталізації до психіатричної лікарні.

Стан хворого під час обстеження

а) стислі соматичні та неврологічні дані

Обстеження соматичного та неврологічного стану проводиться відповідно до схем, що прийняті у соматичній та неврологічній клініках.

б) психічний статус

Орієнтування в часі, місці, оточуючих особах, власній особистості.

Ступінь контакту хворого з лікарем (добрий контакт, формальний контакт). Доступність - вступає до контакту швидко та охоче (замкнений, не бажає спілкуватися). Швидкість психічної реакції. Міміка та моторика: жвавість, мінливість, різноманітність, адекватність міміки; виразність, пластичність, спритність рухів, поза. Ознаки збудження чи загальмованості. Мова, голосові модуляції, виразність.

Порушення сприймання (наявність ілюзій, галюцинацій, психосенсорних порушень). Їх детальна характеристика. Описується характер порушень у відношенні до аналізаторів, за складністю, за повнотою розвитку і т.ін. Ставлення хворого до галюцинаторних переживань.

Порушення мислення. За темпом (прискорення, сповільнення), за сполученням асоціацій (паралогічне мислення, резонерство, деталізація і т.ін.), за продуктивністю (нав'язливі, понадцінні та маячні ідеї), детальна характеристика їх змісту. Логічність, ступінь впевненості, активність у докладах, вплив на поведінку. Судження, критика до захворювання. Недоумство та його характер. Наявні психопатологічні прояви ілюструються прямою мовою, висловлюваннями хворого.

Порушення пам'яті. Гіпо- або гіпермнезія, амнезії, парамнезії.

Порушення емоцій. Переважаючий настрій, його стійкість. Зміни настрою, емоційні реакції на поведінку оточуючих, на факт госпіталізації, на обстеження. Порушення емоцій за силою, жвавістю, адекватністю під час обстеження.

Порушення ефекторно-вольової сфери. Стан потягів (посилення, послаблення, спотворення) та цілеспрямованої діяльності (посилення, послаблення, спотворення).

Класифікація психопатологічних синдромів за перевагою ураження окремих психічних функцій

I. Синдроми з переважанням розладів сприймання:

- Синдром галюцинозу (вербального, зорового, тактильного).

II. Синдроми з переважанням розладів пам'яті (мнестичних порушень):

- Корсаковський амнестичний синдром.

III. Синдроми з переважанням розладів мислення:

- Параноїдний синдром (галюцинаторно-параноїдний, Кандинського-Клерамбо, іпохондричний, дисморфоманічний і т.ін.).
- Паранойяльний синдром.
- Парафренний синдром.

IV. Синдроми з перевагою порушень інтелекту:

- Синдром фізичного та психічного інфантилізму.
- Синдром олігофренії.
- Психоорганічний (енцефалопатичний) синдром.
- Синдром деменції.

V. Синдроми з перевагою емоційних та ефекторно-вольових розладів:

- Невротичний (астенічний, неврастенічний, істеричний, синдром нав'язливості).
- Психопатоподібний синдром.

- Апатико-абулічний синдром.
- Гебефренічний синдром.
- Кататонічний синдром.
- Судомний синдром.

VI. Синдроми з перевагою емоційних порушень:

- Депресивний.
- Маніакальний.

VII. Синдроми з перевагою порушень свідомості

А). Непсихотичні синдроми:

- Обнубіляція.
- Сомноленція.
- Оглушеність.
- Сопор.
- Кома.

Б). Психотичні синдроми:

- Синдроми деперсоналізації та дереалізації.
- Деліріозний синдром.
- Онейроїдний синдром.
- Присмеркові стани свідомості.
- Аментивний синдром.

***Класифікація психопатологічних синдромів
в залежності від глибини ураження особи***

I. Функціонально-динамічні непсихотичні синдроми:

- Невротичний синдром (астенічний, неврастенічний, істеричний, синдром нав'язливості).
- Психопатоподібний синдром.

II. Психотичні синдроми (функціонально-динамічні та органічні):

- Маніакальний синдром.
- Депресивний синдром.
- Паранойяльний синдром.
- Парафренний синдром.
- Параноїдний синдром (галюцинаторно-параноїдний).
- Синдром галюцинозу.
- Кататонічний синдром.
- Гебефренічний синдром.
- Деліріозний синдром.
- Аментивний синдром.
- Синдром присмеркового стану свідомості.

III. Синдроми органічного ураження

- Органічний психосиндром.
- Амнестичний (Корсаковський) синдром.
- Дементний синдром (тотальний і парціальний).
- Синдром олігофренії.
- Судомний синдром.

Висновок за матеріалами первинного обстеження:

Визначення психопатологічного синдрому (синдромологічний діагноз), встановлення попереднього діагнозу, призначення первинних лікувальних заходів.

Додаткові методи обстеження

1. Лабораторні дослідження.
2. Рентгенологічні дослідження.
3. ЕКГ, ЕЕГ, РЕГ.
4. Експериментально-психологічні дослідження.

Методики проведення деяких експериментально-психологічних досліджень

Пам'ять. Запам'ятовування поточних подій дня: що робив, що їв, де був, кого бачив? Чи знає хворий своє місце у палаті, термін перебування у лікарні, час надходження? Чи знає, хто його лікар, його ім'я?

Виконання завдання на запам'ятовування декількох цифр, слів: треба запитати його через 1 хвилину, через 10 хвилин і через годину. Вміння хворого передати зміст короткого оповідання чи байки. Перевірити пам'ять на попередні події, на загальновідомі історичні факти, на події особистого життя, збереження шкільних та професійних знань. Конфабуляції виявляються у розповідях хворого про своє життя чи шляхом спеціальних "навідних запитань".

Здібності мислення. При дослідженні мислових здібностей, суджень, кмітливості, критичності, крім проб, використовують дані, що з'ясовуються шляхом спостереження за поведінкою хворого у відділенні та під час бесіди.

Враховується почуття такту, розуміння дистанції, вміння поводити себе у нових обставинах. В усіх випадках виявлення ступеня недоумства приймається до уваги вік та культурний рівень хворого, його освіта, запас знань.

Для оцінки найпростіших суджень, в першу чергу потрібні вислови хворого щодо оточуючих людей, їх вчинків. З'ясовують розуміння хворим можливих причин цих вчинків, вміння планувати дії при вирішенні звичних проблем.

Здатності до більш складних суджень, абстрактного мислення, досліджуються шляхом проб на узагальнення однорідних понять, розмежування понять, розуміння переносного змісту приказок, прислів'їв, жартів і т.ін.

При дослідженні критичних здібностей з'ясовують ставлення пацієнта до своєї хвороби взагалі, його ставлення до окремих хворобливих змін. Реєструють здатність уловити помилки в судженнях інших хворих чи помилки суджень, навмисне висловлених співбесідником. Відмічається реакція хворого на власні неправильні вчинки при звертанні на них уваги. Відмічаються такі прояви як зухвалість, безтактність.

Емоційна сфера. Дослідження проводиться за допомогою методики самооцінки (Т.В. Дембо). На прямій, що символізує якусь властивість людини (здоров'я, розум, характер, щастя і т.ін.) пропонується крапкою визначити своє місце та роз'яснити свій вибір словами. При цьому фіксується рівень власної оцінки, роз'яснення та особливості емоційних реакцій.

Примітка. При експериментально-психологічному дослідженні необхідно користуватися атласом для обстеження відхилень у психічній діяльності.

Обґрунтування діагнозу

1. Перелік фізичних та психічних симптомів.
2. Синдромологічний діагноз.
3. Оцінка перебігу захворювання.
4. Оцінка "грунту" та етіології.

5. Попередній діагноз (із наданням ознак, завдяки яким зроблено вибір діагнозу).
6. Диференціальний діагноз і клінічні особливості, що відхиляються від типових для передбачуваного захворювання та подібні до тих, котрі бувають при інших хворобах; диференціювання з цими захворюваннями.
7. Заключний діагноз.

Лікування

Примітка. Готуючись до заняття, необхідно розв'язати ряд клінічних завдань, що представлені на кафедрі, із основними психопатологічними синдромами.

Контрольні запитання

1. Особливості написання історії звороби психічно хворого.
2. Значення суб'єктивного та об'єктивного анамнезу для діагностики психічного захворювання.
3. Значення дослідження соматичного та неврологічного статусів.
4. Характеристика психічного статусу та особливості його написання.
5. Значення додаткових методів дослідження для діагностики психічного захворювання.
6. Що розуміють під експериментально-психологічним дослідженням? Методика його проведення.
7. Методика дослідження пам'яті.
8. Методика дослідження мислення.
9. Методика дослідження емоційної сфери.
10. Як користуватися атласом для дослідження відхилень у психічній діяльності?
11. Поняття синдромологічного та нозологічного діагнозу.

12. Функціонально-динамічні непсихотичні порушення (синдроми).
13. Психотичні (органічні та функціонально-динамічні) синдроми.
14. Синдроми з перевагою розладів відчуття та сприймання.
15. Синдроми з перевагою розладів мислення.
16. Синдроми з перевагою порушень пам'яті.
17. Синдроми з перевагою порушень інтелекту.
18. Синдроми з перевагою порушень емоцій.
19. Синдроми з перевагою ефекторно-вольових порушень.
20. Непсихотичні порушення свідомості.
21. Психотичні порушення свідомості.

***Контрольні питання по основних термінах та
поняттях з курсу загальної психіатрії***

1. Вітчизняний невропатолог і психіатр, засновник психоневрологічного інституту у Санкт-Петербурзі, що носить його ім'я.

2. Стани, що характеризуються пригніченим настроєм.
3. Вид психосенсорного розладу - зміна сприймання схеми тіла.
4. Неправильне патологічне тлумачення дійсності, що не підлягає корекції природним шляхом, - роз'ясненням, переконанням.
5. Явище розщеплення, що відбивається у мові.
6. Утворення нових слів.
7. Розлад мислення, притаманний епілепсії.
8. Непродуктивний розлад свідомості середнього ступеня.
9. Один із симптомів триади Корсаковського амнестичного синдрому.
10. Дослідник, що встановив закономірність, згідно з якою процес втрати пам'яті відбувається від недавнього до давно минулого.
11. Англійський психіатр, що здійснив скасування знарядь притиснення для душевно хворих.
12. Один із кататонічних симптомів - повторення і копіювання чужої міміки.
13. Вітчизняний психіатр, автор фундаментальної праці з історії психіатрії.
14. Сприймання предметів у неприродно збільшених розмірах.
15. Складна сценоподібна ілюзія, що виникає у особливих умовах сприймання.
16. Галюцинації, що виникають у момент засипання і характерні для астенічних станів.
17. Нестримання емоцій.
18. Французький психіатр, засновник вчення про галюцинації.
19. Засвоєння психічно здоровою особою, за рахунок підвищеної навіюваності, матеріалу систематизованого марення.
20. Італійський психіатр і криміналіст, автор теорії біологічної обумовленості злочинності.
21. Синонім затримки мислення.

- 22.Епізодичний розлад свідомості у вигляді раптового немотивованого бігу.
- 23.Якість хворобливо зміненої свідомості, внаслідок якої спостерігається послаблення здібностей осмислення поточних подій та оточуючих умов.
- 24.Непродуктивний розлад свідомості, при якому зберігаються реакції під час дії хворобливого подразника.
- 25.Розлад сприймання за типом психічного автоматизму.
26. Вітчизняний психіатр, засновник судової психіатрії, ім'ям якого названо інститут судової психіатрії у Москві.
- 27.Порушення мислення, що характеризується зниженням його рухомості та спостерігається при епілепсії.
28. Порушення пам'яті, при якому добре засвоєний чужий матеріал відтворюється як власний.
- 29.Вид хибних спогадів - складова частина Корсаковського амнестичного синдрому.
- 30.Стан, що характеризується парадоксальними змінами рухової активності.
- 31.Стан безглуздої веселості та блазнювання із втратою ініціативних спонукань, що спостерігаються при органічних ураженнях лобних відділів мозку.
- 32.Відомості із історії розвитку захворювання до початку обстеження хворого.
- 33.Кататонічний симптом, загальна ознака кататонічних проявів.
- 34.Розлад мови, при якому спостерігається багаторазове повторення одного й того ж звуку чи складу.
- 35.Синдром розумово-мовного та рухового збудження з підвищеним радісним настроєм.
36. Здібність утримувати в пам'яті та відтворювати чуттєво-яскраві образи.

- 37.Немотивований опір зовнішньому впливу чи схильності до здійснення дій, діаметрально протилежних змісту подразника.
- 38.Перший радянський професор-психіатр, засновник радянської психіатрії.
- 39.Патологічна особливість мислення, що виявляється у викривленні логіки, невідповідності посилань та висновків.
- 40.Радянський психіатр, який організував Московський інститут психіатрії, автор книги "Вчення про галюцинації".
- 41.Глибокий розлад свідомості непродуктивного типу.
- 42.Набуте недоумство.
- 43.Синонім воскової гнучкості.
- 44.Стан, при якому спостерігається зменшення кількості рухів (аж до нерухомості).
- 45.Приховування хворим симптомів свого захворювання.
- 46.Порушення мислення, що притаманне шизофренії, у вигляді схильності до міркувань на загальні теми, що не пов'язані із реальною дійсністю (безплідне мудрування).
- 47.Явище "кольорового" слуху внаслідок ірадіації з одного коркового центру (зорового) на інший (слуховий).
- 48.Викривлення сприймання реально існуючих предметів та явищ.
- 49.Патологічна замкненість, відокремленість від реальної дійсності, втрата зв'язку з реальністю.
50. Втрата пам'яті.
- 51.Підвищений благодушний настрій, що поєднується із безтурботністю та недостатньо критичною оцінкою власного стану.
- 52.Вид елементарної слухової галюцинації у вигляді звуку, окремих слів.
- 53.Стереотипна парадоксальна особливість кататонічної міміки та пантоміміки.
54. Нав'язливі думки, уявлення, спогади.

55. Нав'язливі страхи.
- 56.Короткочасна та сильна емоція.
- 57.Втрата ініціативних спонукань.
- 58.Короткочасний розлад свідомості з руховими автоматизмами у вигляді пересувань, роздягання та інших дій, що спостерігаються при епілепсії.
- 59.Розлад настрою, що перебігає за типом епізоду з переважанням почуття туги, злісті та страху.
- 60.Відсутність мови - мовний негативізм.
- 61.Одночасне існування у хворого протилежних думок, почуттів та бажань.
- 62.Порушення свідомості за рахунок глибокого розладу уваги, синтезу сприймань, психічна "плутанина".
- 63.Розлад свідомості, що перебігає із збереженням орієнтації у власній особі, зоровими галюцинаціями, у ставленні до яких хворий займає позицію учасника.
- 64.Наплив думок.
- 65.Амбулаторний автоматизм під час сну.
- 66.Повторення слів та коротких фраз у відповідях на запитання.
- 67.Види парамнезії.
- 68.Рухове збудження.
- 69.Зниження емоційного тону, що проявляється млявістю, байдужістю та інертністю до життєвих спонукань (емоційна тупість).
- 70.Тип перебігу психічних захворювань, при яких проявляється прогресивне наростання дефекту психічної діяльності.
- 71.Німецький психіатр, психолог та психотерапевт, творець конституційно-типологічного напрямку у психіатрії.
- 72.Тип перебігу психічних захворювань, клінічна картина яких визначається ситуаційними чинниками та характеризується відносною нетривалістю.

73. Виснаження нервової системи внаслідок будь-яких шкідливих факторів.
74. Зміна клінічної картини захворювання.
75. Стійке (частіше хронічне) систематизоване марення при зовнішній впорядкованості хворого.
76. Кататонічний симптом, для якого характерне повторення хворим мімічних та пантомімічних рухів будь-кого із оточуючих.
77. Засновник вітчизняної психіатрії, московської психіатричної школи. Виділив нозологічну одиницю - алкогольний поліневритичний психоз-творець вчення про розлади пам'яті.
78. Неприємні відчуття у різноманітних частинах тіла та органах при відсутності об'єктивно визначених порушень на відміну від галюцинацій загального чуття, що не мають характеру предметності.
79. Німецький психіатр, один із засновників нозологічного напрямку у психіатрії, що виділив раннє недоумство (*dementia praecox*) та манакально-депресивний психоз.
80. Втрата здібності впізнавати предмети.
81. Тип перебігу психічного захворювання, що виникає у зв'язку із впливом психогенно-травматичних причин у поєднанні із особливостями характерологічної основи, внаслідок чого спостерігається безперервне накопичення психопатологічних якостей.
82. Французький психіатр XIX ст., що звільнив психічно хворих від кайданів та організував трудові лікувальні заняття.
83. Мислення, що побудоване на філологічних правилах, але позбавлене смислового змісту та відокремлене від реальної дійсності.
84. Радянський психолог, автор теорії "настанови".
85. Узагальнена назва розладів психіки, що характеризуються порушенням пізнавальної діяльності та втратою адекватного зв'язку з реальністю.
86. Переживання зміненості та нереальності оточуючого.

87. Тип перебігу психічних захворювань, що характеризується гостротою початку, короткочасністю перебігу та виходом у стан, попередній до психічного розладу.
88. Психічний процес переживання ставлення до реальної дійсності.
89. Мислення, що характеризується втратою здібності до утворення асоціацій внаслідок глибокого порушення уваги, синтезу сприймань.
90. Великий вітчизняний фізіолог, засновник вчення про вищу нервову діяльність.
91. Австрійський психіатр та невропатолог, творець теорії підсвідомого та методу психоаналізу.
92. Швейцарський психіатр, що вперше використав термін шизофренія.
93. Короткочасне виключення свідомості без втрати м'язового тону та без судомних проявів.
94. Один із основних способів нормативного регулювання поведінки людини у суспільстві.

Відповіді до контрольних питань з основних термінів та понять за курсом загальної психіатрії

- | | |
|-------------------|----------------|
| 1. Бехтерев. | 8. Оглушення. |
| 2. Деперсія. | 9. Парамнезії. |
| 3. Метаморфопсії. | 10. Рібо. |
| 4. Маячення. | 11. Коннолі. |
| 5. Шизофазія. | 12. Ехомімія. |
| 6. Неологізм. | 13. Каннабіх. |
| 7. Обставність. | 14. Макропсії. |

- 15.Парейдолія.
- 16.Гіпнагогічні.
- 17.Слабкість.
- 18.Ескіроль.
- 19.Індуціювання.
- 20.Ломброзо.
- 21.Шперунг.
- 22.Фуга.
- 23.Розгубленість.
- 24.Сопор.
- 25.Псевдогалюцинації.
- 26.Сербський.
- 27.Тугорухомість.
- 28.Кріптомнезії.
- 29.Псевдоремінісценція.
- 30.Кататонія.
- 31.Морія.
- 32.Анамнез.
- 33.Стереотипія.
- 34.Логоклонія.
- 35.Манія.
- 36.Ейдетизм.
- 37.Негативізм.
- 38.Ганнушкін.
- 39.Паралогічність.
- 40.Гіляровський.
- 41.Кома.
- 42.Деменція.
- 43.Каталепсія.
44. Ступор.
- 45.Дисимуляція.
- 46.Резонерство.
- 47.Синестезія.
- 48.Ілюзія.
- 49.Аутизм.
- 50.Амнезія.
- 51.Ейфорія.
- 52.Фонема.
- 53.Манірність.
- 54.Обсесія.
- 55.Фобія.
- 56.Афект.
- 57.Абулія.
- 58.Транс.
- 59.Дисфорія.
- 60.Мутизм.
- 61.Амбівалентність.
- 62.Аменція.
- 63.Делірій.
- 64.Ментизм.
- 65.Сомнамбулізм.
- 66.Персеверація.
67. Конфабуляція.
- 68.Гіперкінезія.
- 69.Апатія.
- 70.Процес.
- 71.Кречмер.
- 72.Реакція.

73. Астенія.
74. Патоморфоз.
75. Паранойя.
76. Ехопраксія.
77. Корсаков.
78. Сенестопатія.
79. Крепелін.
80. Агнозія.
81. Розвиток.
82. Пінель.
83. Формальне.
84. Узнадзе.
85. Психоз.
86. Дерезалізація.
87. Епізод.
88. Емоція.
89. Безладне.
90. Сечєнов.
91. Фрейд.
92. Блейлер.
93. Абсанс.
94. Мораль.

Заняття 10

Назва теми:

Епілепсія та епілептиформні синдроми

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів з етіологією, патогенезом та клінічними проявами епілепсії. Вивчити клінічну симптоматику, класифікацію, етіологію, патогенез, діагностику, лікування та профілактику епілептичної хвороби.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці класифікації клінічних форм епілептичної хвороби. Атлас експериментально-психологічного обстеження. Діагностичні завдання з описанням різновидів нападів, ЕЕГ. Тематичні хворі. Стенд протиепілептичних препаратів, схема лікування епілептичного статусу.

Загальні дані

Епілепсія (епілептична хвороба) - хронічне захворювання, що характеризується пароксизмально виникаючими розладами (різні судомні чи сенсорні напади, психічні еквіваленти) із прогресивними змінами особистості.

Епілепсія належить до одного з найбільш поширених захворювань ЦНС. Більшість дослідників виділяє 2 форми епілепсії: так звану *генуїнну епілепсію* (самостійне захворювання), етіологія якої не встановлена, і *епілепсію симптоматичну*, в основі якої міститься вогнищеве ураження головного мозку різного генезу.

Пароксизмальні прояви

Судомні напади

Великий судомний напад. Звичайно розвивається раптово, інколи йому передує *аура*. За своїми проявами аура буває різноманітною. Серед найбільш поширених її видів можна назвати сенсорну, вегетативну, психічну та ін. Аура характеризується стереотипністю у одного й того ж хворого.

Після аури хворий втрачає свідомість і падає, наче підкошений. В цей момент можна почути своєрідний голосний крик хворого. Далі починається фаза тонічних судом (до 20-30 секунд) з наступною зміною їх клонічними (2,5-3 хвилини). Під час клонічної фази нападу дихання хрипке, шумне; з рота виділяється піниста слина, інколи з кров'ю. Хворий не реагує навіть на сильні подразники, зіниці не реагують на світло. В цей же період нерідко буває мимовільне сечовиділення, рідше - дефекація. Після коми часто розвивається глибокий сон з ретроградною амнезією після пробудження.

Епілептичний напад треба диференціювати від істеричного. Істеричний напад, на відміну від епілептичного, виникає часто у зв'язку з психотравмою, судоми мають хаотичний характер, а напад триває від декількох хвилин до години. Свідомість повністю не втрачається, може носити присмерковий характер. Відсутні амнезія, мимовільне сечовиділення, а сам напад можна перервати психотерапевтичним втручанням.

Малий судомний напад. В протилежність до великого перебігає без судом або з невеликими вогнищевими судомами і закінчується через декілька секунд. Поза хворого часто зберігається. Хворий по інерції може продовжувати розпочату дію. Період нападу амнезується.

Епілептичний статус. Це стан, при якому судомні напади слідуєть один за одним, а в інтервалах між ними хворий не приходить до свідомості. Хворий з епілептичним статусом потребує невідкладної медичної допомоги, тому що цей стан є небезпечним для життя.

Психічні еквіваленти

Присмеркові стани свідомості. Виникають раптово. Хворі дезорієнтовані в часі, місці, оточуючих людях і явищах. Різновидом цієї форми є сомнамбулізм, при якому хворі ходять по кімнаті, пересувають речі, виходять на подвір'я і т.ін., перебуваючи в стані сну. Після пробудження - прояви амнезії.

Амбулаторний автоматизм. Це тривалий (на кілька хвилин, годин) присмерковий стан свідомості, який супроводжується складними і зовні упорядкованими формами поведінки (з наступною амнезією).

Епілептичний делірій. Це глибоке затьмарення свідомості з яскравими галюцинаторними переживаннями і маячними ідеями. Супроводжується афектом екстазу, жаху або люті з відповідними захисними, агресивними та іншими формами поведінки.

Епілептичний ступор. Характеризується малорухливістю, застиганням; хворі дезорієнтовані, розгублені, на запитання або не відповідають, або дають невірні відповіді, не можуть назвати звичайних предметів. Має місце воскова гнучкість, персеверація. В той же час хворі напружені, сповнені жаху, внутрішньої дратівливості.

Дисфорії. Це напади немотивованого розладу настрою. Частіше при дисфорії має місце злісно-тужливий настрій. Хворі раптово для оточуючих стають похмурими, подразливими, розлюченими, агресивними. Такий стан продовжується від годин до кількох днів.

Зміни особистості

Загальні риси характеру. Найбільш характерним є підвищена дратівливість, запальність, злісність. Хворі причіпчиві, егоцентричні, занадто іпохондричні і, разом з цим, можуть бути занадто ввічливими, улесливими ("полярність" емоцій). Має місце схильність до вживання зменшувальних слів, дріб'язкова акуратність, зайвий педантизм. Інертність перебігання нервових процесів виявляється у хворих в тугорухливості асоціативних процесів, недостатньою зрозумілістю, втратою догадливості.

Епілептичне недоумство (має назву "концентричного"). Характеризується поступовим звуженням інтересів хворого на колі потреб власної особистості, зокрема на фізіологічних функціях свого організму.

Мислення набуває загальмованості, в'язкості, деталізованості, конкретності. Думки фіксуються на дрібницях. Хворий не може відокремити головне від другорядного. Страждає пам'ять, випадають окремі слова, внаслідок чого мова стає обмеженою і одноманітною. Інтереси поступово звужуються і зосереджуються на соматичних відправленнях. Хворі зайняті виключно собою, станом свого здоров'я. Втрачаються наукові, громадські, професійні інтереси. Це звуження розвивається поступово, концентрично.

Епілептиформні синдроми

Джексонівська епілепсія. При цьому коркові рухові напади мають вогнищевий епізодичний характер (клонічне посмикування окремих груп м'язів), схильні до системного поширення (з лівих чи правих

кінцівок, області обличчя та інших ділянок тіла). Можлива генералізація нападу.

Кожевніківська епілепсія. Це часткова постійна епілепсія, що характеризується однобічним безперервним посмикуванням окремих груп м'язів. Можлива генералізація нападу.

Принципи лікування

1. Дієта (обмеження солі, води).
2. Загальнозміцнювальна терапія (вітаміни та ін.).
3. Протисудомна терапія (бура, барбітурати, броміди, хлоракон, бензонал, дифенін, триметін, складні суміші - Серейського, Воробйова, Бродського та ін.).
4. Нейролептики, транквілізатори.

Тамування епілептичного статусу

Показані внутрішньовенні вливання 25% розчину сірчанокислої магnezії (10 мл) або гексеналу (1 г гексеналу на 1 мл дистильованої води). Введення у вену барбамілу (5-6 мл 10% розчину, вводити повільно) або седуксену (5-10 мл внутрішньом'язово). Одночасне введення барбамілу і седуксену небажане, тому що можливі ускладнення. Ефективні клізми з 3-4% розчином хлоралгідрату (1-2 столові ложки на 30 мл води з молоком). В тяжких випадках вдаються до спинномозкової пункції з випусканням 15-20 мл спинномозкового ліквору. Гексеналовий (тіопенталовий) наркоз.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Розбір взаємозв'язку епілептичної хвороби і симптоматичних епілептиформних нападів дає можливість розглянути

характер причинно-наслідкових відносин, співвідношення загального і часткового. Критичний розгляд питань агностицизму, поняття епілепсії як "священної", "особливої" хвороби.

Підкреслюється гуманне відношення суспільства до хворих на епілептичну хворобу (їх працевлаштування, безкоштове лікування і т.ін.).

Трудове. Підкреслити необхідність найдетальнішого обстеження хворого на епілепсію, його сім'ї; особливості профілактики та лікування.

Контрольні запитання

1. Дати визначення епілепсії та її видів.
2. Основні клінічні прояви епілепсії.
3. Клініка великого судомного нападу.
4. Клініка малого епілептичного нападу.
5. Що таке епілептичний статус?
6. Що таке психічні еквіваленти?
7. Що таке дисфорії?
8. Зміни особистості при епілепсії.
9. Особливості епілептичного недоумства.
10. Основні принципи лікування епілепсії.
11. Тамування епілептичного статусу.
12. Питання експертизи хворих на епілепсію.

Заняття 11

Назва теми:

Шизофренія

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів з особливостями початкових проявів та клінікою розгорнутих форм та стадій шизофренії, особливостями перебігу захворювання, а також із питаннями диференціальної діагностики, принципами лікування та експертизи осіб, що страждають на шизофренію.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці класифікації клінічних форм шизофренії, порушення мислення, порушення сприймання та відчуття. Тематичні хворі.

Загальні дані

Шизофренія - психічне захворювання невідомої етіології (переважно ендогенне) із прогресивним перебігом, основними ознаками якого є характерна зміна особистості, емоційний занепад, втрата єдності особистості та зв'язку з реальністю, характерні розлади мислення (розщеплення особистості, інтрапсихічна атаксія).

Найчастішими психопатологічними симптомами шизофренії, незалежно від її форми, є:

- *у сфері сприймання:* галюцинації слухові, нюхові, загального чуття, сенестопатії та ін., псевдогалюцинації, явища дереалізації;

- у сфері мислення та мови: розщеплення, паралогічність, резонерство, мантизм, обриви думок, неологізми, маячні ідеї переслідування, впливу, іпохондричні і т.ін.;
- у емоційній сфері: немотивовані зміни настрою та страхи, неадекватність, амбівалентність, апатія та емоційне спустошення;
- у ефektorно-вольовій сфері: амбітендентність, абулія, збочення потягів, кататонічні розлади. Порушення свідомості не часті (у вигляді онейроїдного стану). Порушення пам'яті не характерні.

Крім психопатологічних симптомів можуть спостерігатися соматичні та неврологічні симптоми (вегетативні, ендокринні, зміни реактивності щодо інфекцій та лікарських препаратів і т.ін.).

Перебіг хвороби поділяється на наступні 4 стадії: преклінічна, початкова стадія, стадія вираженої клінічної картини, стадія ремісії та кінцева.

Класифікація шизофренії

Клінічні форми (насамперед за синдромальним принципом)

1. Проста форма.
2. Гебефренічна.
3. Параноїдна.
4. Кататонічна.
5. Циркулярна (шизоафективна).
6. Неврозоподібна та психопатоподібна.

Типи перебігу

1. Безперервний (в'ялопротікаючий): неврозоподібна, психопатоподібна, проста, гебефренічна форми.
2. Періодичний (рекурентний): шизоафективна та кататонічна (онейроїдна) форми.
3. Приступоподібно-прогресивний: гостра параноїдна форма із синдромом Кандинського-Клерамбо, кататонічна (люцидна кататонія).

Характеристика клінічних форм шизофренії

Проста форма. Характеризується поступовим початком в юнацькому віці, повільним розвитком емоційного спустошення, порушенням мислення (зниження розумової продуктивності, напливи думок, "зупинки" мислення, резонерство, паралогічне мислення і т.ін.), аутизмом, безперервним перебігом. Психопатологічні прояви рудиментарні (інколи маячні ідеї відношення, галюцинації).

Гебефренічна форма. Характеризується наявністю типових для шизофренії, симптомів порушення мислення, ейфорії, блазнювання, маячних висловлювань, розгальмованості поведінки.

Параноїдна форма. Характеризується наявністю маячних ідей відношення, впливу та інших у сполученні з галюцинаціями або псевдогалюцинаціями, синдромом психічного автоматизму.

Кататонічна форма. Характеризується кататонічним ступором, кататонічним збудженням чи зміною їх. Іноді мають місце онейроїдні прояви (онейроїдна кататонія) або вони відсутні (люцидна кататонія).

Циркулярна (шизоафективна) форма. Характеризується зміною маніакальних та депресивних станів у сполученні з притаманним шизофренії порушенням мислення та сприймання.

Неврозоподібна та психопатоподібна форма. Це шизофренія із повільним, в'ялим перебігом та неврозоподібною або психопатоподібною симптоматикою, а також типовими для шизофренії змінами мислення, емоційної та вольової сфери.

Ремісії та кінцева стадія хвороби

1. Ремісії:

- практичне одужання (повна ремісія) - зникнення усієї психотичної симптоматики, відновлення критичного ставлення та працездатності;
- покращення психічного стану різного ступеня (неповні ремісії) - зникнення психотичної симптоматики без відновлення критичного ставлення, послаблення або часткове збереження психотичної симптоматики.

2. Шизофренічний дефект - стійкі зміни особистості (зниження активності, емоцій, стійкі порушення мислення).

Диференціальна діагностика

Необхідно диференціювати з неврозами та психопатіями (проста, неврозоподібна та психопатоподібна форми шизофренії), з маніакально-депресивним психозом (циркулярна форма шизофренії), з травматичним, інфекційним та іншими психозами (параноїдна, кататонічна форми).

Види лікування шизофренії

1. Інсуліно-коматозна терапія.
2. Психотропні засоби.
3. Пролонгований сон.
4. Електро-судомна терапія.
5. Психотерапія, трудотерапія, арттерапія, підтримуюча терапія.

Велике значення має правильне працевлаштування.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Надається критика вульгарного матеріалізму (локалізаціонізму) у зв'язку з етіопатогенезом шизофренії, яка розуміється діалектично, як загальне захворювання організму - "соматоз" з функціонально-біохімічними, а не локально-органічними змінами. Це ж дозволяє обговорити категорії "частка-ціле" в їх діалектичній єдності. Розглядаються погляди представників екзистенціальної філософії у зв'язку з розумінням її прихильниками-психіатрами "шизофренії, як форми існування особистості". Підкреслюється дійсність людської особистості та свідомості здорового суб'єкта на противагу хворому на шизофренію. Критика антипсихіатрії.

Демонструється також деонтологічний аспект спілкування з хворим, навіть дефектним або збудженим.

Трудове. Історичний розгляд психофармакологічної терапії надає підстави до висновку про відносну некурабельність багатьох проявів шизофренії, що спонукає до лікарської допитливості, пошуків. Підкреслюється значення детального анамнезу для виявлення подібного захворювання серед родичів хворого.

Контрольні запитання

1. Дати визначення поняття шизофренії.
2. Основні клінічні прояви шизофренії у сфері сприймання.
3. Основні клінічні прояви шизофренії у сфері емоцій.
4. Основні клінічні прояви шизофренії у сфері мислення.
5. Основні клінічні прояви шизофренії у ефекторно-вольовій сфері.
6. Стадії розвитку шизофренічного процесу.
7. Основні клінічні форми шизофренії.
8. Типи перебігу шизофренії.
9. Диференціальна діагностика шизофренії та шизофреноподібних станів.
10. Соматична та неврологічна симптоматика шизофренії.
11. Етіологія та патогенез шизофренії.
12. Патологічна анатомія шизофренії.
13. Види лікування шизофренії.
14. Трудова, військово-лікарська та судово-психіатрична експертиза хворих на шизофренію.

Заняття 12

Назва теми:

Маніакально-депресивний психоз

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: навчити студентів виявляти клінічні прояви та діагностувати маніакальну та депресивну фази МДП. Ознайомити з методами лікування, профілактикою та експертизою хворих на МДП.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці за темою заняття, аудіозаписи розмов хворих на МДП. Стенд "Психотропні препарати". Тематичні хворі. Контрольні тести.

Загальні дані

Маніакально-депресивний психоз (МДП, циркулярний психоз) - психічне захворювання невідомої етіології, що характеризується зміною маніакальних та депресивних станів, між якими спостерігається період повного одужання без проявів психічної деградації.

МДП складає від 5% до 25% усіх хворих на психози.

Класифікація

1. Маніакальна фаза.
2. Депресивна фаза.
3. Змішані стани (депресія із "скаканням" ідей, ажитацією, маніакальний ступор, непродуктивна манія).

Типи перебігу маніакально-депресивного психозу

1. Циркулярний (маніакальна і депресивна фази чергуються із світлими проміжками).
2. Альтернуючий (депресивна фаза безпосередньо змінюється маніакальною чи навпаки без світлого проміжка (інтермісії)).
3. Періодичний (мають місце лише депресивна чи маніакальна фази).

Клінічні прояви

Маніакальна фаза. Характеризується розладами у емоційній сфері (ейфорія, інколи з відтінком гніву), прискоренням мислення (до скакання ідей), наявністю ідей переоцінки власної особистості (аж до ідеї величі). В ефекторно-вольовій сфері спотерігається посилення цілеспрямованої діяльності, інстинктів. Увага легко відволікається.

Депресивна фаза. Характеризується розладами у емоційній сфері (депресія з характерними добовими коливаннями настрою - максимальна вираженість депресії зранку), сфері мислення (уповільнення темпу, маячні ідеї самозвинувачення, думки про самогубство), вольовій сфері (психомоторна загальмованість аж до депресивного ступору, послаблення інстинктів, прикутість уваги до власних переживань).

Циклотимія - різновид МДП, що характеризується нерізно вираженою симптоматикою.

Змішані стани. Характеризуються поєднанням симптомів маніакальної і депресивної фази (депресія із прискоренням мислення; депресія із руховим збудженням - *ажитована депресія*; ейфорія із руховою загальмованістю - *маніакальний ступор*; ейфорія із

сповільненням мислення та інтелектуальною загальмованістю - *непродуктивна манія*).

Атипові форми. *Гнівлива манія* - при маніакальній фазі замість ейфорії спостерігається емоція гніву; *сплутана манія* - маніакальний стан із затьмареною свідомістю; *фантастична меланхолія* - депресивний стан з галюцинаціями та маячними переживаннями.

Соматичні та неврологічні симптоми: *тріада Протопопова* (широкі зіниці, тахікардія, запори), аменорея, підвищення артеріального тиску, підвищений вміст цукру у крові, безсоння, анорексія, підвищення реактивності при маніакальній фазі, зниження секреторної діяльності у депресивних хворих.

Лікування

При маніакальній фазі хворі отримують великі дози нейролептиків (аміназін, тизерцин, галоперідол). Одночасно проводиться лікування солями літію.

При депресивній фазі застосовують антидепресанти (азафен, меліпрамін, амітриптілін, піразидол, еглоніл). Меліпрамін більш ефективний при депресії із загальмованістю, амітриптілін - при тривожній депресії.

Починаючи із дози 25 мг швидко підвищують її до 300-400 мг на добу. Зменшення доз також проводиться поступово.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Обговорення проблеми суїцидів у медико-соціальному аспекті.

Підкреслення відповідальності медичних працівників за непрофесійне ставлення, байдужість і халатність у ставленні до маніакальних і, особливо, депресивних хворих (висока вірогідність суїцидів), в той час, коли подібні хворі добре лікуються.

Контрольні запитання

1. Характеристика МДП.
2. Класифікація клінічних форм МДП.
3. Типи перебігу МДП.
4. Ознаки маніакальної фази МДП.
5. Ознаки депресивної фази МДП.
6. Ознаки змішаних станів при МДП.
7. Соматичні розлади при маніакальній фазі МДП.
8. Соматичні розлади при депресивній фазі МДП.
9. Принципи лікування маніакальної фази МДП.
10. Принципи лікування депресивної фази МДП.
11. Основні представники нейролептиків і антидепресантів.

Заняття 13

Назва теми:

Алкоголізм та алкогольні психози

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів з клінічними проявами алкоголізму та психічними порушеннями при ньому. Навчити студентів розпізнавати основні клінічні ознаки гострої алкогольної інтоксикації, хронічного алкоголізму і алкогольних психозів, надавати необхідну допомогу при гострому отруєнні алкоголем, проводити експертизу алкогольного сп'яніння.

Місце заняття: навчальна кімната, наркологічне відділення.

Оснащення заняття: таблиці за темою заняття, атлас експериментально-психологічного обстеження. Тематичні хворі.

Загальні дані

Хронічний алкоголізм - захворювання, що виникає внаслідок систематичного вживання алкогольних напоїв і характеризується патологічним потягом до них, що призводить до психічних і соматичних розладів, які порушують соціальні взаємовідносини індивіда.

Алкоголізм характеризується зміною реактивності організму, що проявляється наступними ознаками наркоманічного синдрому:

- хворобливий, непереборний потяг та втрата самоконтролю при вживанні спиртного ("*психічна залежність*");
- розвиток синдрому абстиненції (утримання) - поява психічних та сомато-неврологічних симптомів хвороби при утриманні від

вживання (розлади сну, жахливі сновидіння, тремор, неспокій, гіпнагогічні галюцинації, хворобливі відчуття з боку внутрішніх органів і т.ін.) - "фізична залежність";

- зміна толерантності - збільшення чи зменшення індивідуальної витривалості до алкоголю;
- психотоксична дія - розлади психічної діяльності після одноразових доз і зміни особистості при тривалому вживанні;
- зміни сомато-неврологічних функцій.

Класифікація психічних порушень при алкоголізмі

I. Гостра алкогольна інтоксикація

1. Звичайне алкогольне сп'яніння:

- легкий ступінь;
- середній ступінь;
- тяжкий ступінь.

2. Патологічне сп'яніння.

II. Хронічна алкогольна інтоксикація

1. Побутова (звична) пиятика.

2. Алкоголізм (алкогольна наркоманія):

- I стадія (астенічна);
- II стадія (наркоманічна);
- III стадія (енцефалопатична).

3. Дипсоманія.

4. Алкогольні психози:

- гострі алкогольні психози - біла гарячка, гострий алкогольний галюциноз, гострий алкогольний параноїд;

- хронічні алкогольні психози - хронічний алкогольний галюциноз, алкогольне марення ревнощів, Корсаковський психоз, алкогольний псевдопараліч.

Клінічна характеристика основних понять

Звичайне алкогольне сп'яніння - гостре отруєння алкоголем, вагомість якого залежить від дози, індивідуальної чутливості, соматичного стану, віку.

1. Легка ступінь сп'яніння - деяке підвищення настрою (ейфорія), порушення уваги, прискорення або (частіше) уповільнення процесів мислення, порушення точності тонких моторних актів та пролонгація їх латентного періоду. Зовнішні ознаки сп'яніння (порушення ходи, координації рухів і т.ін.) виражені недостатньо.

2. Середня ступінь сп'яніння - виразна ейфорія, підвищення самооцінки, зниження критичного ставлення і самоконтролю, розгальмованість потягів, нестриманість у поведінці, інколи агресивність; зовнішні ознаки: гіперемія шкіри, дизартрична мова, хитка хода, порушення координації рухів, виразний запах алкоголю.

3. Тяжка ступінь сп'яніння - виразне порушення координації рухів, втрата стійкості, нечленороздільна мова, неповна орієнтація у оточуючому середовищі, оглушеність із частковим збереженням здатності до контакту, що переходить у наркотичний сон або у сопорозний чи коматозний стан. У подальшому можлива амнезія деяких деталей подій. Можливі порушення серцевої діяльності, дихання і т.ін.

Методи експертизи алкогольного сп'яніння

Амбулаторний огляд - опитування про дозу та вид випитого алкогольного напою, оцінка скарг, зовнішнього вигляду, поведінки, ходи та мовної продукції, стану внутрішніх органів, неврологічного та психічного стану).

Реакція А. М. Рапопорта - у 2 пробірки наливають по 2 мл дистильованої води, пропонують особі, що обстежується, дутися в одну з них через довгу скляну трубку протягом 15 секунд, потім у обидві пробірки додають по 15 крапель чистої сірчаної кислоти і по 1 краплі 0,5% розчину марганцевокислого калію. При наявності алкоголю у видихуваному повітрі спостерігається зміна кольору марганцевокислого калію, а у контрольній пробірці - світло-рожевий колір.

Методика Л. А. Мохова та І. П. Шинкаренка - досліджуваному пропонують дутися через спеціальну трубку. При наявності у видихуваному повітрі парів алкоголю сухий реагент у трубці змінює жовтий колір на зелений або блакитний.

Медицина допомога при середньому і тяжкому ступені звичайного алкогольного сп'яніння:

- Штучне викликання блювання та промивання шлунка. Викликати блювання можна за допомогою підшкірного введення 0,25 - 0,5 мл 1% розчину солянокислого апоморфіну (одночасно тамусе збудження).
- Видалення сечі за допомогою катетера (при затримці сечевиділення).
- Прийом 5 - 10 крапель нашатирного спирту у 1/2 стакана води.

- При порушенні серцевої діяльності і коматозному стані - підшкірні введення 1 - 2 мл 10% розчину кофеїн-бензонату натрію, п/ш чи в/в ін'єкція 1 - 3 мл 10% коразолу (можна повторювати через кожні 1 - 2 години), 1 мл кордіаміну, 1 - 3 мл 0,1% розчину азотнокислого стрихніну, в/в або в/м введення 1 - 4 мл 2,5% розчину піридоксину (вітаміну В6), вливання 800 - 1000 мл фізіологічного розчину чи 200 - 300 мл 5% розчину глюкози. Можна в/в ввести 50 мл 40% глюкози із 15 МО інсуліну.
- Вдихання суміші 90% кисню і 10% вуглекислоти.
- При асфіксії - вдихання кисню, штучне дихання, підшкірна ін'єкція 1 мл 1% розчину лобеліну, в/м чи в/в введення 1 мл цитітону, загальне та місцеве зігрівання.

Примітка. Для тамування збудження барбітурати протипоказані.

Побутова (звична) пиятика - часте або систематичне вживання алкогольних напоїв в різних дозах, яке не супроводжується непереборним потягом до них у тверезому стані, звичайно пов'язане із різними зовнішніми чинниками. При цьому зберігається здатність до утримання. Не відноситься до хворобливих станів, але спостерігається зниження фізичної і розумової працездатності, витривалості та критичної оцінки своєї поведінки.

Алкоголізм (алкогольна наркоманія, хронічний алкоголізм) - хворобливий стан, що характеризується наявністю ознак алкогольного наркоманічного синдрому.

Стадії алкоголізму

I стадія (початкова, астенична) - характеризується зникненням захисного блювального рефлексу, підвищенням толерантності до алкоголю, тенденцією до поодинокі чи прихованої пиятики, втрата самоконтролю, поява амнестичних форм сп'яніння, астеничний тип абстинентного синдрому протягом місяця і більше.

II стадія (середня, наркоманічна) - має місце непереборний потяг, підвищення толерантності, виражений абстинентний синдром з гіпногічними галюцинаціями і маячноподібними ідеями, псевдозапойний характер вживання алкоголю, зниження і психопатоподібна зміна особистості (за астеничним, істеричним, експлозивним або апатичним типом), поява гострих алкогольних психозів (особливо під час абстиненції, що затяглася).

III стадія (кінцева, енцефалопатична) - характеризується значним зниженням толерантності, запойним типом вживання алкоголю, деградацією особистості до органічного недоумства, більшою частотою хронічних алкогольних психозів і судомних нападів (алкогольна епілепсія) у період абстиненції, атрофічними та дистрофічними змінами у внутрішніх органах, появою ознак ураження нервової системи (поліневрити, енцефаліти).

Принципи лікування алкоголізму

1. Загальнозміцнюючі і дезинтоксикаційні засоби (10 мл 40% розчину глюкози, вітаміни B₁, B₆, B₁₂, C, PP, 100 - 500 мл кисню підшкірно; пірроксан у таблетках, заспокійливі засоби (аміназін 2,5% 1 - 2 мл в/м, в таблетках по 25 - 50 мг; сірчанокисла магnezія 25% по 5 - 10 мл в/м, транквілізатори - грандаксин, феназепам та ін.).

2. Боротьба з потягом до алкоголю: умовно-рефлекторна терапія (відпрацювання негативного блювального рефлексу на алкоголь) - введення 0,25 - 0,5 мл 1% апоморфіну підшкірно у сполученні із вживанням алкоголю.

3. Психотерапія, трудотерапія.

4. Сенсibiliзуюча терапія: вживання тетураму, трихополу, імплантація препарату "Еспераль".

Дипсоманія - напади запоїв, що мають вигляд раптового періодичного потягу до алкоголю. Напад триває від декількох днів до декількох тижнів. У перервах між запоями потяг до алкоголю відсутній. Може спостерігатися при депресії у хворих на МДП, при дисфорії у хворих на епілепсію. Іноді дипсоманічного (псевдозапойного) характеру набуває алкоголізм.

Патологічне сп'яніння - гострий короточасний психічний стан, що виникає при вживанні малої чи середньої дози алкоголю і характеризується раптовим початком, присмерковим розладом свідомості, галюцинаторними чи маячними переживаннями з руйнівними чи агресивними діями. Закінчується раптово сном з наступною повною чи частковою амнезією. Зовнішні ознаки звичайного сп'яніння (хитка хода, дизартрія і т.ін.) відсутні.

Клінічна характеристика алкогольних психозів

Біла гарячка (алкогольний делірій) - гострий психотичний стан, що триває 2 - 4 дні. Виникненню білої гарячки сприяють фізичні травми, гострі інфекції, психічні травми та інші додаткові зовнішні

шкідливості. Може виникнути в період абстиненції. У перебігу хвороби виділяють 3 періоди: передвісників, делірію та одужання.

Період передвісників характеризується загальним неспокоєм, немотивованими страхами, порушенням сну.

Період делірію проявляється сноподібними порушеннями свідомості із дереалізацією, появою яскравих зорових сценподібних галюцинацій, маячними ідеями, страхом, руховим збудженням, що, як правило, визначає зміст зорових галюцинацій.

Період одужання характеризується астеничним станом після глибокого тривалого сну.

Можливі тяжкі варіанти перебігу білої гарячки у формі деліріозно-аментивного синдрому з летальним кінцем чи переходом у Корсаковський синдром.

Сомато-неврологічні симптоми: безсоння, загальний тремор тіла, особливо рук, гіпергідроз, інколи підвищення температури тіла, тахікардія та інші порушення.

Гострий алкогольний галюциноз - проявляється слуховими (переважно вербальними) галюцинаціями звинувачувального чи залякуючого змісту, маячними ідеями, що супроводжуються страхом та тривогою.

Гострий алкогольний параноїд - гострий психотичний стан, що характеризується неглибоким порушенням свідомості, яскравим афективно насиченим маренням відношення, переслідування і т.ін. Супроводжується страхом, тривогою, епізодичними ілюзіями і галюцинаціями.

Хронічний алкогольний галюциноз - характеризується слуховими (переважно вербальними) галюцинаціями, що тривають місяці і навіть роки. Часто супроводжується маячними ідеями.

Алкогольне марення ревнощів (хронічний алкогольний параноїд) - наявність маячних ідей ревнощів. Поведінка хворих часто зумовлена маячними ідеями (слідкують за дружиною, шукають доказів зради, скаржаться на зради у шлюбі до органів міліції). Іноді супроводжується окремими слуховими та зоровими галюцинаціями.

Корсаковський психоз - сполучення грубих порушень пам'яті з проявами поліневриту.

Алкогольний псевдопараліч - грубе органічне недоумство у сполученні із маячними ідеями величі, ейфорією, що робить цей стан схожим на прогресивний параліч. Анамнез, сомато-неврологічні симптоми та серологічні реакції допомагають відокремити цей психоз від прогресивного паралічу.

Принципи лікування алкогольних психозів

1. Лікування гострих алкогольних психозів

Дезінтоксикація, загальнозміцнююча, дегідратуюча терапія: в/в крапельне введення полііонного розчину (суміш Штерьова та Ніженцевої). 250 мл 40% розчину глюкози, 800 мл фізіологічного розчину + 10 мл 10% розчину глюконату кальцію + 10 мл 10% розчину хлориду калію + 4 мл 5% розчину вітаміну В₁ + 5 мл 5% розчину вітаміну С + 2 мл 5% розчину вітаміну РР + 4 мл кордіаміну + 2мл 2,4% розчину еуфіліну + 2 мл 2,5% розчину седуксену. В/в вливання кровозамінників (гемодез, поліглюкін), в/м введення лазиксу (2 мл). В/м введення 1 - 2 мл 0,5% розчину галоперідолу.

2. Лікування хронічних алкогольних психозів

Загальнозміцнююча, дезінтоксикаційна терапія, нейролептики (трифтазін, галоперідол, аміназін, тизерцин).

Виховання через предмет

Морально-етичне. Підкреслюється соціальний аспект алкоголізму. На прикладі формування стадій хронічного алкоголізму демонструється дія філософського закону про перехід кількісних змін в якісні. Підкреслюється небезпека вживання алкоголю у молодому віці.

Аналізується соціальна, головним чином, морально-етична деградація хворих на алкоголізм на прикладі їх анамнезу, даних соціальних обстежень та виробничих характеристик.

Трудове. Цей аспект підкреслюється позитивним лікувальним впливом перебування хворих на алкоголізм у лікувально-трудовах профілакторіях, де праця є головним лікувальним фактором. Роль сім'ї, колективу у боротьбі з алкоголізмом.

Контрольні запитання

1. Клінічні прояви звичайного алкогольного сп'яніння.
2. Клінічні прояви патологічного сп'яніння.
3. Перша допомога при алкогольному отруєнні.
4. Клінічні прояви хронічного алкоголізму I стадії.
5. Клінічні прояви хронічного алкоголізму II стадії.
6. Клінічні прояви хронічного алкоголізму III стадії.
7. Методи лікування хворих на хронічний алкоголізм.
8. Класифікація алкогольних психозів.

9. Клінічні ознаки білої гарячки.
10. Принципи лікування білої гарячки.
11. Клінічні ознаки гострого алкогольного галюцинозу.
12. Клінічні ознаки Корсаковського психозу.
13. Принципи лікування алкогольних психозів.
14. Соціальне коріння хронічного алкоголізму та пиятики.

Заняття 14

Назва теми:

Наркоманії, токсикоманії

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: оволодіти навичками обстеження, клінічної діагностики наркоманій і токсикоманій. Ознайомитися із методами лікування хворих на наркоманії і токсикоманії, промисловими отруєннями, соціальними та медичними аспектами наркоманій і токсикоманій.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці за темою заняття. Тематичні хворі.

Загальні дані

Наркоманія - захворювання, що виникає у зв'язку з систематичним вживанням лікарських чи інших речовин (що мають болезаспокійливу, снотворну, галюцинаторну чи тонізуючу дію), внаслідок чого розвиваються психічна і фізична залежність від цих речовин, підвищується толерантність до них та тяжкі нервово-психічні і соматичні захворювання. Подібні речовини мають назву наркотичних і знаходяться на обліку у списках МВС і МОЗ.

Токсикоманія - хворобливий стан (у вигляді підвищеного настрою, відчуття задоволення і т.ін.), що викликаний вживанням лікарських препаратів чи речовин побутової хімії. При цьому вживання їх

супроводжується розвитком психічної залежності, різноманітною нервово-психічною симптоматикою.

Одноразове вживання різних видів наркотиків, в залежності від дози, може викликати стан своєрідного сп'яніння із ейфорією, явищами дереалізації, макропсіями, ілюзіями, оглушенням, сопором чи комою, а також гострими психотичними епізодами по типу делірію. У стадії побутового вживання наркотиків зберігається здатність до самоконтролю та припинення прийому, але вона короткочасна і швидко переходить у наркоманійну, коли спостерігаються усі ознаки наркоманічного синдрому, що відрізняється від алкоголізму більшою стійкістю та ступенем вираженості.

Морфінізм - морфійна наркоманія, що виникає внаслідок вживання морфіну та інших дериватів опію і характеризується тяжкими психічними і соматичними абстинентними явищами (діарея, блювання, біль у різних частинах тіла і т.ін). Наркоманам притаманні виснаження, сіро-зелений колір шкіри, раннє облісіння, сивина, ламкі нігті, крихкі зуби, лущення шкіри, тромбофлебіти нижніх кінцівок, серцева недостатність, захворювання печінки. Хворим притаманні психічна та фізична астенія, психопатоподібні риси характеру. Явища недоумства нарастають повільно і виражені нерізка.

Гашишизм - наркоманія, що виникає при систематичному палінні гашишу (виготовляється із індійських конопель). При тривалому вживанні спостерігаються зміни особистості неврозо- та психопатоподібного характеру, звуження кола інтересів, егоцентризм,

порушення адаптації, погіршення пам'яті, уваги, мислення, емоцій, тобто деградація особистості.

Кокаїнізм - кокаїнова наркоманія, що супроводжується не тільки значними змінами особистості, але іноді й кокаїновими психозами. Загальний вигляд наркоманів хворобливий, виснажений, шкіра має землистий відтінок, обличчя пастозне. Анорексія чергується з ненажерливістю. Очі блищать, зіниці розширені, порожнина рота і носа суха. Внаслідок характерного способу вживання кокаїну можливий прорив носової перегородки. Артеріальний тиск знижений, пульс частий, спостерігаються випадки запаморочення. Сон порушується, бувають жахливі сновидіння. Статева потенція спочатку підвищується, але у подальшому різко знижується аж до повної імпотенції. Характерні парестезії у вигляді відчуття повзання під шкірою комах, перекочування кристалів кокаїну. У подальшому особистість спустошується, має місце повне психічне та фізичне виснаження, що призводить до маразму та смерті.

Барбітурова наркоманія - наркоманія на ґрунті зловживання препаратами барбітурової кислоти (люмінал, веронал та ін.). Нерідко супроводжується психотичними станами, епілептиформними проявами, псевдопаралітичним синдромом, гіперкінезами.

Лікування наркоманій

Припинення прийому наркотиків, дезінтоксикація, серцеві засоби, седативні препарати, нейролептики.

Психози при отруєнні промисловими та лікарськими речовинами.

При отруєнні різноманітними промисловими та лікарськими речовинами спостерігаються, в залежності від дози та тривалості дії, астеничні стани, порушення свідомості (оглушення, сопор, кома), гострі психози у вигляді деліріозного та деліріозно-аментивного синдромів, затяжні галюцинаторно-параноїдні стани, Корсаковський амнестичний синдром, токсична енцефалопатія з психоорганічним синдромом, недоумством чи епілептиформними явищами, псевдопаралітичним синдромом.

Особливості психічних порушень при окремих отруєннях середньої тяжкості:

- при отруєнні акрихіном - найбільш типовими є стани маніакального збудження, деліріозний синдром;
- при отруєнні атропіном - атропіновий делірій із зоровими та тактильними галюцинаціями, мідріазом ті сухістю слизових оболонок;
- при отруєнні тетраетилсвинцем - деліріозний синдром із почуттям сторонніх предметів у роті, аментивний синдром, гіперкінези;
- при отруєнні окисом вуглецю - оглушення, що переходить у кому; при виході - деліріозний синдром, Корсаковський амнестичний синдром;
- при отруєнні стероїдними гормонами (кортизон, АКТГ) - деліріозний або маніакальний синдром, епілептиформні судомні явища;
- при професійних променевих ураженнях - у гострих випадках спостерігається занепокоєння, страх, маячні ідеї, порушення

свідомості; у хронічних - астенічні та астено-іпохондричні стани, порушення пам'яті, нав'язливі страхи та галюцинації.

Принципи лікування - дезінтоксикація та антидотна терапія, серцеві засоби, седативні та нейролептичні препарати.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Багатим джерелом для цього аспекту проблеми є аналіз соціальної, головним чином, морально-етичної деградації наркоманів на прикладі їх анамнезу, даних соціальних обстежень. Особливу увагу слід звернути на проведення роботи серед школярів, молоді, учнів ПТУ.

Трудове. Цей аспект підкреслюється позитивним впливом перебування наркоманів на лікуванні, де праця є основним лікувальним фактором.

Контрольні запитання

1. Визначення наркоманій і токсикоманій.
2. Клінічні особливості морфінізму.
3. Клінічні особливості гашишизму.
4. Клінічні особливості кокаїнізму.
5. Зловживання барбітуратами.
6. Загальна характеристика психічних порушень при отруєнні промисловими та лікарськими речовинами.
7. Психічні і соматичні порушення при отруєнні акрихіном.
8. Отруєння атропіном.

9. Клінічні прояви отруєння тетраетилсвинцем.
10. Психічні порушення при професійних променевих ураженнях.
11. Психічні порушення при отруєнні окисом вуглецю.
12. Лікування наркоманій та інтоксикаційних психозів.
13. Принципи профілактики наркоманій і токсикоманій.

Заняття 15

Назва теми:

Психози інфекційного походження

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів із психічними порушеннями, що зустрічаються внаслідок гострих та хронічних інфекцій. Навчити студентів розумінню клініки і диференціальної діагностики психопатологічних проявів, що спостерігаються внаслідок гострих та хронічних інфекцій.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці за темою заняття. Тематичні хворі.

Загальні дані

Для психічних порушень, що виникають внаслідок гострих та хронічних інфекцій, як і для усієї групи екзогенних психозів (до якої належать і інфекційні) характерно:

- наявність внаслідок гострих інфекцій синдромів порушення свідомості;
- внаслідок хронічних інфекцій - параноїдних і галюцинаторно-параноїдних, ступорозних, депресивних та інших синдромів і симптомів.

Психічні порушення різного ступеня вираженості можуть спостерігатися внаслідок загальних інфекцій центральної нервової системи. Для психозів внаслідок гострих інфекцій найбільш характерні

синдроми порушення свідомості (деліріозний, аментивний, онейроїдний, присмеркові розлади свідомості), а внаслідок хронічних інфекцій - різноманітні варіанти параноїдного і галюцинаторно-параноїдного синдромів. Інфекції із мозковою локалізацією частіше загальних інфекцій закінчуються синдромами органічного дефекту. Внаслідок мозкових інфекцій, як загальних, спостерігається астеничний синдром у різних модифікаціях.

Класифікація психічних порушень внаслідок гострих та хронічних інфекцій

I. Непсихотичні синдроми

1. Астено-невротичний (неврозоподібний).
2. Психопатоподібний.
3. Апатико-абулічний (астено-абулічний).

II. Психотичні синдроми

1. Внаслідок гострих інфекцій:
 - деліріозний;
 - онейроїдний;
 - аментивний;
 - присмеркові розлади свідомості.
2. Внаслідок хронічних інфекцій:
 - параноїдний (депресивно- і маніакально-параноїдний, галюцинаторно-параноїдний);
 - іпохондричний;
 - кататонічний (ступорозний).

III. Психоорганічні синдроми (синдроми дефекту)

1. Простий психоорганічний синдром.

2. Корсаковський амнестичний синдром.
3. Судомний синдром.
4. Синдром органічної деменції.
5. Паркінсонічний синдром.

***Психічні порушення внаслідок гострих загальних інфекцій
(сепсис, пневмонія, тифи, грип, скарлатина, ангіна, кір, вірусні
гепатити та ін.)***

1. Ініціальні психічні порушення виникають у продромальному періоді інфекцій, проявляються астено-невротичними та іншими непсихотичними синдромами, рідше - синдромами порушення свідомості.
2. Психічні порушення на висоті інфекції найчастіше мають вигляд синдромів порушення свідомості, рідше - судомного, різних видів параноїдного і ступорозного синдромів.
3. Психічні порушення у кінцевому періоді інфекції частіше мають вигляд астено-невротичного, рідше - Корсаковського амнестичного синдрому та інших синдромів органічного дефекту.

Лікування проводиться у інфекційному стаціонарі з додатковим призначенням антипсихотичних засобів (нейролептики, антидепресанти та ін.). Внаслідок затяжного перебігу психозу після висновку психіатрів хворого можна перевести до психіатричного стаціонару.

Психічні розлади внаслідок деяких хронічних загальних інфекцій

Ревматизм. Для ранньої стадії захворювання типові астено-невротичні (неврозоподібні) стани, на більш пізніх стадіях - симптоми, що характерні для ревматичного церебрального васкуліту або арахно-

енцефаліту, так звані психопатоподібні і психоорганічні зміни особистості з високою виснаженістю, зниженням інтелектуальної продуктивності. Проявами ревматичного арахно-енцефаліту можуть бути гострі психотичні розлади із синдромами порушення свідомості (при загостренні ревматичного процесу), а також депресивно-параноїдні, маніакально-параноїдні, кататонічні і галюцинаторно-параноїдні стани, нагадуючи шизофренію. Для діагностики використовують соматичні і неврологічні ознаки ревматизму (сіалова, формолова проби). Лікування - комплексне протиревматичне і психотропні засоби.

Бруцельоз. Психопатологічні прояви поліморфні, перебігають приступоподібно, хвилеподібно або прогресивно. Спочатку можуть бути астено-невротичні синдроми, а в подальшому - галюцинаторно-параноїдні стани, що часто нагадує шизофренію або стійкі і незворотні зміни в неврологічній і психічній сферах у вигляді органічного психосиндрому.

Діагностика - внаслідок установлення основного захворювання. Лікування психічних розладів симптоматичне.

Туберкульоз. Внаслідок туберкульозного менінгіту на фоні астенії часто спостерігаються синдроми порушення свідомості або епілептиформне збудження. Наприкінці захворювання - різні види психоорганічного дефекту. Внаслідок туберкульозу легенів та інших органів - астеничний, депресивно-параноїдний і галюцинаторно-параноїдний синдроми.

Сифіліс мозку

Клінічні форми токсичного, токсикоорганічного походження:

1. Сифілітична псевдоневрастенія.
2. Галюцинаторно-параноїдний синдром, галюциноз сифілісу мозку.
3. Сифілітичний делірій.
4. Сифілітичний псевдопараліч (Корсаковський синдром).

Клінічні форми токсичного, токсикоорганічного ураження (ранні форми нейролюесу):

1. Гума мозку.
2. Сифілітичний менінгіт (менінго-енцефаліт).
3. Сифіліс мозку із ураженням церебральних судин:
 - апоплектиформний (інсульт);
 - епілептиформний (судомні напади, порушення свідомості).

Під час діагностики використовують результати неврологічного обстеження та лабораторні дані (позитивна реакція Васермана, Ланге).

Відмінність від прогресивного паралічу:

- ранній початок (на тлі первинного, вторинного, третинного сифілісу);
- поліморфність клінічної картини (недоумство, якщо й зустрічається, носить лакунарний характер);
- реакція Ланге - специфічний для сифілісу мозку зубець;
- патоморфологічно-первинне ураження мезодермальних структур (оболонок, судин);
- більш сприятливий прогноз. Перебіг із ремісіями. Лікування - специфічне і антипсихотичне.

Прогресивний параліч (пізня форма нейросифілісу) - органічне тотальне прогресуюче недоумство, що проявляється грубим порушенням інтелекту, емоцій, критичної оцінки власної поведінки, пам'яті і уваги. Інкубаційний період - 10 - 15 років.

Неврологічні симптоми (як наслідок ураження головного мозку): зміна розміру і форми зіниць, симптом Арджил-Робертсона, парамімічність обличчя, його маскоподібність, фібрилярні посмикування м'язів язика, дизартрія мови, різке порушення почерку, нерівномірність, підвищення чи відсутність сухожильних рефлексів, порушення ходи, позитивний симптом Ромберга і т.ін.

Соматичні симптоми: сухість шкіри, ламкість нігтів, волосся, кісток, легке виникнення пролежнів, специфічне ураження внутрішніх органів і т.ін.

Лабораторні дані: реакції Васермана і Закс-Вітебського різко позитивні, кількість клітинних елементів у спинномозковому лікворі - 100 - 200 у 1 мл, вміст білка підвищений до 0,5%, кількість глобулінів підвищена (позитивна реакція Панді, Ноне-Апельта, Вейхбротта), різко позитивна реакція із колоїдним золотом (Ланге), яка має характерну криву (повне знебарвлення розчину хлорного золота у перших пробірках).

Стадії прогресивного паралічу:

I. Псевдоневрастенічна - характеризується неврастенічним синдромом із рисами психоорганічної недостатності і органічними неврологічними симптомами;

II. Стадія вираженого паралітичного недоумства (розпал хвороби) - характеризується неврастенічним вираженим органічним тотальним недоумством, розвитком психопатологічних проявів, характерних для

однієї із форм маніфестного прогресивного паралічу, вираженими неврологічними, соматичними і серологічними змінами;

III. Стадія маразму (термінальна) - характеризується повним психічним і фізичним розпадом особистості, смерть виникає звичайно внаслідок крововиливу у мозок або від випадкових інфекцій, до яких хворі надзвичайно чутливі.

Типові форми прогресивного паралічу

1. **Експансивна або маніакальна** (класична) - на тлі органічного тотального прогресуючого недоумства спостерігаються виражена ейфорія, рухове збудження, грубе оголення інстинктів, мегаломанічні безглузді маячні ідеї величі.
2. **Деменція** - характеризується вищеописаними симптомами органічного тотального прогресуючого недоумства та емоційною тупістю, зниженням активності при відсутності маячних ідей і галюцинацій.
3. **Депресивно-іпохондрична** - на тлі недоумства спостерігається виражений депресивний синдром, іпохондричні маячні ідеї, іноді нігілістичного характеру.
4. **Галюцинаторно-параноїдна** - частіше трансформується із інших форм прогресивного паралічу під впливом лікування. У картині хвороби домінують галюцинації і маячні ідеї різного змісту.
5. **Галопуючий параліч** - має бурхливий перебіг, у особливо швидкоплинних випадках смерть настає через декілька тижнів від початку захворювання.

Атипові форми прогресивного паралічу:

1. **Ювенільна** (юнацька) - виникає на ґрунті природженого чи набутого у ранньому віці сифілісу. Проявляється частіше у

вигляді дементної форми, має виражені неврологічні і соматичні порушення і триаду Гетчинсона.

2. **Табопараліч** - сполучення симптомів прогресивного паралічу із проявами спинної сухотки.
3. **Стаціонарна** - дементна форма із повільним перебігом.
4. **Лісауєрівська** - характерні стійкі явища випадіння нервових функцій після інсультів, часто спостерігається афазія, агнозія, геміанопсія і т.ін.

Лікування

- хімічна гіпертермія (пірогенал, піроксан та ін.);
- специфічне протисифілітичне лікування (застосовується після завершення будь-якого із методів гіпертермії).

Нейровірусні енцефаліти:

Епідемічний енцефаліт - у маніфестній стадії спостерігаються психотичні стани у вигляді деліріозного і онейроїдного синдромів із менінгеальними і енцефалітичними симптомами; наприкінці захворювання - психоорганічний і паркінсонічний синдроми, органічне недоумство.

Кліщовий енцефаліт - у гострій стадії спостерігається деліріозний і аментивний синдроми, присмеркові розлади свідомості, а наприкінці хвороби - астено-невротичні стани, психопатоподібний і психоорганічний синдроми.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Матеріал теми дозволяє розглянути причинно-наслідкові відносини у категоріях "частка й ціле", відносно

обговорення концепції Бонгефера, а також обговорити дію закону переходу кількісних змін у якісні при розгляді інтенсивності впливу екзогенних шкідливих факторів.

Деонтологічний аспект демонструється і підкреслюється під час спілкування з хворими.

Трудове. Доводиться, що у сучасних умовах неухважність, недостатній професіоналізм лікаря, його безвідповідальність і халатність при зборі анамнезу і всебічного обстеження хворого може призвести до серйозних помилок у діагностуванні і лікуванні хворих на інфекційні психози.

Контрольні запитання

1. Класифікація інфекційних психозів.
2. Загальні ознаки інфекційних психозів.
3. Найбільш характерні психопатологічні порушення внаслідок гострих інфекційних психозів.
4. Значення сомато-неврологічної симптоматики, допоміжних досліджень для диференціальної діагностики інфекційних психозів.
5. Етіологія, патогенез прогресивного паралічу і сифілісу мозку.
6. Основні клінічні прояви прогресивного паралічу.
7. Сомато-неврологічна симптоматика внаслідок прогресивного паралічу, сифілісу мозку.
8. Серологічні дослідження у діагностуванні прогресивного паралічу, сифілісу мозку.
9. Форми прогресивного паралічу: типові і атипові.
10. Лікування прогресивного паралічу, сифілісу мозку.

Заняття 16

Назва теми:

Олігофренії

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів із класифікацією олігофреній, принципами діагностики, лікування та експертизи різних видів олігофреній. Ознайомити студентів із клінічними проявами трьох ступенів олігофренії. Навчити студентів діагностуванню олігофреній за допомогою клініко-анамнестичного методу і встановленню їх ступеня, використовуючи навички обстеження за допомогою патопсихологічних методів.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: навчальні таблиці. Атлас експериментально-психологічного обстеження. Тематичні хворі.

Загальні дані

Олігофренія (недоумство) - недорозвиненість розуму, інтелекту внаслідок причин, що діяли у внутрішньоутробному періоді або у ранньому дитинстві. Відноситься до групи дизонтогеній, що викликаються різноманітними факторами. Це стан (аномалія особистості), що не носить процесуального, прогресивного характеру. Недорозвиненість інтелекту звичайно поєднується із аномаліями та спотвореннями розвитку у нервово-соматичній сфері.

Класифікація олігофреній

I. За ступенем вираженості:

- ідіотія;
- імбецильність;
- дебільність.

II. За етіологією (класифікація за Г. Е. Сухарєвою):

I група. Олігофренії ендогенної природи (ураження генеративних клітин батьків):

1. Хвороба Дауна.
2. Істинна мікроцефалія.
3. Ензимопатичні форми олігофреній із спадковими порушеннями різних видів обміну (фенілпіровиноградна, олігофренія, що пов'язана із галактоземією, сукрозурією).
4. Клінічні форми олігофреній, що характеризуються поєднанням недоумства із захворюванням кісток і шкіри (дизостозична, ксеродермічна олігофренії).

II група. Ембріо- і фетопатії:

1. Олігофренія, що зумовлена перенесеною матір'ю краснухою під час вагітності (рубеолярна ембріопатія).
2. Олігофренія, що зумовлена іншими вірусами (грип, паротит, ін'єкційний гепатит, цитомегалія).
3. Олігофренія, що зумовлена токсоплазмозом, лістеріозом.
4. Олігофренія, що виникла на ґрунті природженого сифілісу.
5. Олігофренії, що зумовлені гормональними порушеннями у матері і токсичними факторами (екзо- та ендотоксичними агентами).

6. Олігофренія, що зумовлена гемолітичною хворобою новонароджених.

III група. Олігофренії, що виникають у зв'язку із різними шкідливими факторами, які діють під час пологів та у ранньому дитинстві:

1. Олігофренія, що пов'язана із пологовою травмою та асфіксією.
2. Олігофренія, що пов'язана із черепно-мозковою травмою у постнатальному періоді (у ранньому дитинстві).
3. Олігофренія, що зумовлена перенесеними у ранньому дитинстві енцефалітами, менінго-енцефалітами та менінгітами.

Визначення основних клінічних понять

Ідіотія - характеризується неможливістю формування умовних рефлексів, відсутністю мови, неможливістю вироблення найпростіших навичок, порушенням інстинктивної діяльності.

Імбецильність - менш глибока ступінь олігофренії, внаслідок якої виробляються умовні рефлексії, наявна мова, але запас слів обмежений, доступні виключно конкретні поняття.

Дебільність - недорозвиненість абстрактного мислення, обмеження запасу знань. Можливе навчання у спеціальних школах для розумово відсталих дітей із набуттям нескладних професій.

Хвороба Дауна - належить до хромосомних аномалій (трисомія 21 пари хромосом) і характеризується психічною недорозвиненістю

(імбецильність чи дебільність) та деякими соматичними ознаками - косий розріз очей, епікантус, тотальна гіпотонія мускулатури.

Мікроцефалія - глибока розумова недорозвиненість, що пов'язана із дуже зменшеними розмірами та вагою головного мозку. Найчастіше недорозвинені або навіть зовсім відсутні лобні долі мозку.

Фенілкетонурія (фенілпіровиноградна олігофренія) - хвороба, що зумовлена порушенням білкового обміну внаслідок недостатності ензиму фенілаланіноксидази. До найчастіших клінічних проявів її відносять:

- шкіра та райдужна оболонка очей, що майже позбавлені пігментації;
- деформація черепа, зменшення розмірів голови;
- значна кількість хворих має своєрідний запах - "мишачий" або "запах вовка".

Дизостозична олігофренія:

Синдром Марфана - арахнодактілія (павукоподібні пальці), витягнутий у довжину скелет, високе піднебіння, "курячі" груди, природжені вади серця, вивих кришталіка, катаракта у сполученні із інтелектуальною недорозвиненістю.

Синдром Гурлера (гаргоїлізм) - поряд із порушенням інтелекту спостерігаються неповноцінність процесів обміну у кістках і хрящовій тканині, порушення остеосинтезу, росту та формування скелета. Хворі мають спотворений череп, малий зріст, глухоту, сліпоту.

Ксеродермічна олігофренія - характеризується сполученням розумової недорозвиненості із дефектами шкіри (іхтіоз, хвороба Реклінгаузена).

Ембріо- та фетопатії - наявність психічної недорозвиненості різного ступеня у поєднанні із органічними ознаками ураження ЦНС, що залежать від характеру шкідливості (сифіліс, плазмоз).

Олігофренії, що виникають внаслідок дії різних шкідливих факторів інтра- та постнатального періоду або у ранньому дитинстві - інтелектуальна недорозвиненість внаслідок пологової травми (хвороба Літля - спастичні паралічі, гіперкінези, атетоз, торсійний спазм), інфекційного процесу (гідроцефалія).

Принципи лікування

1. Лікування в залежності від причин, що зумовили розвиток олігофренії.
2. Застосування препаратів, що нормалізують обмін речовин.
3. Психотропні препарати.
4. Ноотропні препарати.
5. Соціально-трудова адаптація (спеціальні школи та інтернати, будинки для інвалідів - психохроніків).

Виховання через предмет

Морально-етичне. Одним із показників високого соціального рівня суспільства є поширена і різноманітна державна допомога розумово

відсталим як організаційна, так і матеріальна (пенсії за інвалідністю з дитинства і т.ін.).

Демонструється діалектичний зв'язок психіки олігофрена із дефектами її матеріального субстрату, з одного боку, та із соціальними факторами, з іншого.

Аналізуються принципи монокаузалізму у зіставленні причини і наслідку, причини і умов. Критично розглядається теорія виродження та її використання прихильниками расизму.

Трудове. Підкреслюється висока відповідальність педіатра, психіатра, невропатолога у вирішенні питань своєчасного розпізнавання захворювання, застосування методів медичної реабілітації та соціальної адаптації (форми навчання, профілактики і т.ін.).

Контрольні запитання

1. Що таке олігофренія?
2. Класифікація олігофреній в залежності від ступеня вираженості проявів.
3. Етіологія олігофреній (класифікація за Г. Е. Сухаревою).
4. Характеристика клінічних проявів ідіотії.
5. Клінічні прояви імбецильності.
6. Клінічні прояви дебільності.
7. Клінічні прояви хвороби Дауна.
8. Клінічні прояви ензимопатичних форм олігофреній.
9. Лікування олігофреній.
10. Профілактика олігофреній.
11. Організація навчально-виховної роботи із олігофренами.

12.Трудова, військово-лікарська та судово-психіатрична експертизи олігофренів.

Заняття 17

Назва теми:

Психічні розлади внаслідок травм головного мозку

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів із психічними розладами внаслідок травм головного мозку. Навчити студентів діагностуванню психічних порушень у залежності від важкості, локалізації і давності черепно-мозкової травми, принципам лікування, профілактики та експертизи психічних порушень, що виникають після черепно-мозкових травм.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці класифікації психічних розладів внаслідок черепно-мозкових травм. Тематичні хворі. Діагностичні завдання, комплекти рентгенограм черепа, аналізів ліквору, експериментально-психологічні методики, стенд психотропних препаратів.

Загальні дані

Черепно-мозкова травма завжди була у центрі уваги невропатологів, психіатрів, нейрохірургів. Особливості нервово-психічних змін внаслідок травм черепа залежать від характеру ураження, інтенсивності

та поширеності травми, її локалізації, фактора часу і можливих ускладнень.

Психічні розлади, що виникають після різних черепно-мозкових уражень, пов'язані із трьома періодами перебігу хвороби.

У першому (початковому) періоді, що починається безпосередньо після травми, у 94 - 95% випадків відмічається потьмарення свідомості, інтенсивність (ступінь) якого може коливатися від легкого нетривалого оглушення до глибокої коми.

У другому (гострому) періоді відновлюється свідомість і виникають різні за симптоматикою та ступенем вираженості нервово-психічні розлади, зокрема, астенія, судомні напади, транзиторні психози, вогнищеві симптоми органічного ураження мозку.

У третьому періоді вказані розлади або зазнають повної редукції з відновленням здоров'я, або зменшуються за інтенсивністю. Третій період часто є періодом віддалених наслідків і розвитку травматичної хвороби.

Сомато-неврологічні зміни внаслідок черепно-мозкової травми

1. Загально мозкові симптоми: головний біль, нудота, блювання, запаморочення.
2. Підвищення внутрішньомозкового тиску: застійні явища на очному дні, посилення малюнка пальцевих вдавлень на рентгенограмі черепа, болючість внаслідок рухів очних яблук та натискування на них, зміни ліквору (гіпертензія чи гіпотензія, зміни вмісту білка і формених елементів).
3. Вестибулярні розлади: запаморочення, нудота в зв'язку з мерехтінням предметів перед очима, під час читання,

окостатичний феномен Гуревича (нестійкість у позі Ромберга, внаслідок конвергенції очних яблук).

4. Розлади вегетативної іннервації: розповсюджений дермографізм, гіпергідроз внаслідок психічної напруги, лабільність судинних реакцій та пульсу.
5. Неврологічні симптоми, що свідчать про ті чи інші органічні ураження ЦНС.

Психічні розлади внаслідок церебральних травм

Безпосередні прояви черепно-мозкової травми майже завжди супроводжуються втратою свідомості різної глибини і тривалості.

У більш легких випадках виникає миттєве виключення свідомості із наступною нетривалою обнубіляцією (найлегша форма потьмарення свідомості), у найбільш тяжких - розвивається кома. Глибока втрата свідомості, протрагований перехід до ясної свідомості зі змінами різних ступенів оглушення і тривалістю існування його легких форм, а також виникнення на цьому фоні станів періодичного збудження свідчить про важкість одержаної травми. Описання симптомів наведено у попередніх заняттях.

Гострі травматичні психічні розлади

1. Непсихотичні форми

Постійний симптом гострого періоду - астенія, астено-невротичний синдром, астено-абулічний, астено-депресивний, астено-іпохондричний синдроми із чітким, а у тяжких випадках і значно вираженим адинамічним компонентом. У більш легких випадках астенія супроводжується зниженим, дратівливим настроєм із

вередуванням, вразливістю, недоумством, численними соматичними скаргами. Відмічається гіперестезія у ряді випадків із гіперпатією, агрипнічними розладами, порушеннями пам'яті за астеничним типом. Астеничні стани часто характеризуються не тільки слабкістю, виснаженням, млявістю, апатією, але й зниженим настроєм.

Сурдомутизм - частіше спостерігається після баротравм внаслідок вибухів авіабомб, артилерійських снарядів, мін. Сурдомутизм (глухонімота) поступово зникає. Слух поступово відновлюється, а у тих випадках, коли не було пошкоджено самого органа слуху, навіть раніше мови. Мова відновлюється відносно раптово, часто внаслідок зовнішніх чинників. Нерідко мутизм змінюється на заїкання або афонію.

Епілептиформний судомний синдром - переважають різні за тривалістю (секунди, хвилини) і симптоматикою епілептиформні напади, нерідко парціальні і абортівні. Крім клонічних і тонічних судом, руховий компонент може мати прояв різних гіперкінезів (хореєформних, атетоїдних, торзійних і інших станів порушення рухливості). Частота нападів коливається від поодиноких до множинних, нерідко виникаючих серіями (розвивається епілептичний статус). Пароксизми різних психосенсорних розладів (метаморфопсії, розлади схеми тіла), а також феномени, близькі до "уже баченого", або "ніколи небаченого", у поєднанні із пригнічено-тривожним афектом.

2. Гострі травматичні психози

Травматичний делірій - може виникати гостро, через тижні після відновлення свідомості на тлі астенії внаслідок наявності додаткових шкідливостей.

Зміст зорових галюцинацій - групи або натовпи людей (вони насуваються, тиснуть), транспорт, рідше - великі тварини. Переважаючий афект - виражена тривога або страх. Мають місце захист, напад, втеча. Характерні люцидні (світлі) проміжки. Сприймання хворого має фрагментований характер.

Присмерковий стан свідомості - виникає після дії додаткових шкідливостей, частіше у вечірні години. Форми проявів: амбулаторний автоматизм, різні стани збудження (часто із переважанням психосенсорних розладів, у окремих випадках із інкогерентністю, галюцинаціями, маренням, брутальним афектом, агресією, псевдодементними рисами), стан сонливості із нерухливістю, що наближається до ступору.

Корсаковський амнестичний синдром - характеризується амнезіями (фіксаційною, ретроградною) і, в меншій мірі, антероградною (у поєднанні із конфабуляціями і зміненим афектом). Інтенсивність конфабуляцій може бути різною, а їх зміст багато в чому залежить від переважаючого афекту (експлозивного - внаслідок підвищеного, іпохондричного - внаслідок зниженого). Характерним є постійний зв'язок змісту конфабуляцій із подіями, що зумовили госпіталізацію хворого. Корсаковський синдром - найтриваліша форма гострого травматичного психозу (2 - 3 місяці і більше).

Дисфорії - напружено неприємний настрій із схильністю до емоційно-рухового вибуху. Раптовість їх виникнення, поєднання із агресією, втечами, відмовою від лікування свідчить про наявність потьмарення свідомості (найчастіше присмеркового).

3. Стійкі травматичні розлади

Травматична церебрастенія - характеризується триадою хворобливих симптомів: астенія, вегетативні розлади (у тому числі й головний біль), розлади сну. Описання астенічного синдрому подавалось у попередніх розділах. Вегетативні розлади мають прояв у лабільності пульсу, артеріального тиску, стійких спонтанних дермографічних реакціях, загальному і дистальному гіпергідрозі і т.ін. Досить характерними є порушення засинання, легкі прояви дипсоманії.

Травматична енцефалопатія - характеризується синдромами уражень кори головного мозку (лобних, тім'яних, скроневих і ін. ділянок) та стійкою психічною недостатністю, що може мати вигляд наступних клінічних форм:

- *експлозивний тип*, внаслідок якого мають місце легка дратівливість, втрата самоконтролю, брутальність, агресивність. Завдяки цим змінам хворі постійно конфліктують з оточенням, відрізняються егоїстичністю, постійним брутальним прагненням здійснити усі свої наміри, можуть виявляти сутяжні тенденції;
- *ейфоричний тип* - відрізняється підвищеним фоном настрою, що поєднується із значним зниженням критичних здібностей, розгальмуванням потягів, безтурботністю, метушливістю;

- *апатичний тип* - характеризується аспонтанністю, млявістю, неквапливістю;

Внаслідок енцефалопатії має місце поєднання психотичної та неврологічної симптоматики.

Травматична епілепсія - виникає як варіант травматичної енцефалопатії і характеризується наявністю епілептиформних явищ, що залежать від місця і особливостей ураження. Внаслідок безпосередніх уражень рухової зони кори головного мозку можливі напади джексоновської епілепсії із збереженням свідомості. Внаслідок травматичних нападів можливі й істеричні включення. У останньому випадку напад розпочинається криками, прагненням командувати, а потім набуває звичайної судомної форми. Крім нападів спостерігаються присмеркові стани свідомості, коливання настрою (дисфорії), зміни характеру (дратівливість, імпульсивність).

Травматичний паркінсонізм - є наслідком поширеного ураження стовбура мозку, що охоплює й екстрапірамідну систему. На тлі різко виражених стовбурових симптомів (вазомоторних, вегетативних, вестибулярних) у гострій стадії виникають симптоми, що нагадують енцефалітичний паркінсонізм (скутість, амімія, ригідність м'язів, монотонна уповільнена мова, порушення рухів очей, недостатність конвергенції, інколи - параліч погляду). З боку психіки: млявість, апатія, байдужість, підвищена втомлюваність.

Травматичне недоумство - характеризується сполученням неврологічної симптоматики, апатичних (рідше ейфоричних) розладів

із значним інтелектуальним зниженням, грубим ослабленням критичних здібностей, порушенням пам'яті на минуле і наявне. Характерним є також наявність локальних ознак і відсутність прогредієнтності.

Післятравматичний психопатоподібний розвиток особистості має прояв у симптомах травматичної енцефалопатії із ейфорією або експлозивністю. Психопатоподібні розлади інколи домінують у клінічній картині і характеризуються стійкістю. Їх зовнішні прояви, ступінь вираженості, співвідношення із астенічним фоном залежать від віку, у якому було отримано травму, її тяжкості, преморбідними особливостями особистості, мікросоціальними умовами, додатковими шкідливостями, серед яких перше місце посідає алкоголізм.

4. Пізні травматичні психози

Присмеркові стани свідомості, деліріозний синдром - стан потьмареної свідомості спостерігається звичайно у випадках судомних нападів. Присмеркові стани мають різну структуру. У одних випадках вони виникають безпосередньо після великих судомних нападів, рідше - після малих. Для подібних станів характерними є раптовий початок, переважання рухових розладів, у тому числі й таких, що мають характер збудження, неможливість мовного спілкування, короткочасність (хвилини, години), нерідко літичний вихід, повна амнезія. У інших випадках поза зв'язком із пароксизмами, але частіше після соматичних шкідливостей, виникають провісники у вигляді розладів сну, церебрально-органічних порушень, пригнічено-тривожного настрою. Далі розвивається потьмарення свідомості, що

супроводжується різними продуктивними розладами, перш за все, маячними ідеями, галюцинаціями, психосенсорними та афективними порушеннями.

Афективні психози (депресивний і маніакальний синдроми) - перебігають у вигляді періодичних депресій чи маній або біполярно. Маніакальні напади частіше виникають за депресивні, а серед хворих переважають жінки. Внаслідок маніакальних або біполярних нападів, у яких манії завжди мають більш тяжкий перебіг ніж депресії, перші психотичні напади часто супроводжуються станами зміненої свідомості.

Депресії супроводжуються плаксивістю або дисфорією, судинно-вегетативними розладами, іпохондрією (близько до понадцінної чи маячної). Їх поглиблення перебігає у вигляді зростання тривоги, ажитації, рідше - у вигляді депресивно-маячних розладів. Маніакальні стани частіше розвиваються досить швидко. У підвищеному афекті легко взаємно чергуються дратівливість, добрий гумор, гнів, а при більш тяжких станах приєднуються пуерильність, псевдодементні риси. Рухові розлади характеризуються непродуктивністю, метушливістю.

Галюцинаторно-маячні психози - виникають через багато років після травми. Серед хворих переважають чоловіки. Виникненню галюцинаторно-маячного психозу передують напади присмеркового, деліріозного чи онейроїдного потьмарення свідомості, що супроводжуються інтенсивними вербальними галюцинаціями та маренням. Часто психози перебігають у вигляді нападів із поступовим спрощенням клінічної картини, перш за все, у зв'язку із редукцією чи

послабленням інтенсивності галюцинозу. У окремих випадках редуковані напади починають визначатися паранойяльними розладами - ревнощами, сутяжною діяльністю. У окремих випадках психоз "зупиняється" на галюцинозі, у інших - трапляється поступове ускладнення галюцинозу симптомами бідної за змістом галюцинаторної парафренії.

Лікування

У гострому періоді після травми - суворий постільний режим, дегідратація, заспокійливі засоби; у більш віддаленому періоді - дегідратація, розсмоктуюча терапія, седативні засоби. Психотропні засоби застосовують у залежності від конкретного стану.

Лікарські рекомендації особам, що перенесли різні види черепно-мозкової травми.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Матеріал теми дозволяє розкрити причинно-наслідкові взаємовідносини у категоріях "ціле і частка", а також обговорити дію закону переходу кількості у якість під час обговорення інтенсивності впливу екзогенних шкідливостей.

Контрольні запитання

1. Загальна характеристика черепно-мозкових травм.
2. Сомато-неврологічні зміни внаслідок черепно-мозкової травми.
3. Характеристика непсихотичних розладів у гострому періоді черепно-мозкової травми.

4. Гострі травматичні психози та їх характеристика.
5. Характеристика розладів психіки внаслідок стійких черепно-мозкових уражень.
6. Характеристика травматичної церебрастенії
7. Характеристика травматичної енцефалопатії.
8. Характеристика травматичної епілепсії.
9. Характеристика травматичного паркінсонізму.
10. Характеристика травматичного недоумства.
11. Лікування хворих, що перенесли черепно-мозкову травму.

Заняття 18

Назва теми:

Психічні розлади внаслідок соматичних захворювань різної етіології

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів із психічними розладами, що виникають при деяких захворюваннях внутрішніх органів. Навчити студентів діагностуванню і лікуванню психічних розладів, що виникають при захворюваннях серця, шлунково-кишкового тракту, печінки, злоякісних пухлинах позамозкової локалізації, авітамінозів, колагенозів і т.ін.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці психопатологічних синдромів при соматичних захворювань. Тематичні хворі.

Зміст теми

Захворювання внутрішніх органів, при яких можуть спостерігатись психічні розлади: захворювання серця (стенокардія, інфаркт міокарда, хронічна серцева недостатність), виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки, холецистити, злоякісні пухлини позамозкової локалізації, авітамінози, колагенози і т.ін.

Класифікація психопатологічних синдромів

I. Непсихотичні синдроми здебільшого зустрічаються на початкових, а також маніфестних та пізніх (кінцевих) стадіях соматичних захворювань:

- астено-невротичний (неврастено-істероїдний і т.ін.);
- нівеліровка або загострення характерологічних рис особистості (психопатоподібний синдром);
- іпохондричний розвиток особистості.

II. Психотичні синдроми переважно на маніфестній стадії соматичного захворювання:

- синдроми порушеної свідомості (деліріозний, онейроїдний, аментивний, присмеркові стани);
- депресивний;
- маніакальний;
- параноїдний (іпохондричний і т.ін.) або галюцинаторно-параноїдний;
- ступорозний.

III. Синдроми, що зустрічаються переважно на пізніх стадіях:

- амнестичний;
- епілептиформний;
- синдром недоумства.

Психічні розлади внаслідок деяких соматичних захворювань

Стенокардія та інфаркт міокарда - можуть спостерігатись астено-невротичні стани, що супроводжуються емоційною лабільністю, тривогою, страхом, синдромами порушення свідомості. Можливий іпохондричний розвиток особистості.

Хронічна серцево-судинна недостатність - на тлі астено-невротичних станів можуть бути напливи гіпнагогічних та гіпнопомпічних зорових галюцинацій, а також синдроми порушення

свідомості (делірій, присмеркові стани з епілептиформним збудженням).

Захворювання шлунково-кишкового тракту - характерними є астено-невротичні та астено-депресивні стани, загострення характерологічних особливостей особистості, іпохондричний розвиток рис особистості.

Злоякісні пухлини позамозкової локалізації - ейфоричний або, навпаки, депресивний фон настрою. На висоті інтоксикації можуть виникати деліріозні чи аментивні епізоди (без вираженої психомоторної активності - "тихий делірій"), амнестичний та галюцинаторно-параноїдний синдроми.

Захворювання ендокринної системи (тиреотоксикоз, мікседема, ураження гіпофіза, хвороба Іценко-Кушинга і т.ін) - прояви психічного інфантилізму, астено-невротичні, депресивні, депресивно-параноїдні стани. На висоті токсикозу - деліріозний, аментивний та галюцинаторно-параноїдний синдроми.

Соматична симптоматика соматогенних психозів визначається ознаками основного соматичного захворювання чи ендокринними розладами.

Принципи терапії

1. Лікування основного захворювання.
2. Седативні та нейролептичні засоби у залежності від психопатологічної симптоматики.
3. Різні види психотерапії.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Розкрити причинно-наслідкові взаємовідносини у категорії "ціле і частка" відносно до обговореної концепції Бонгефера, а також обговорити дію закону переходу кількості у якість під час обговорення інтенсивності впливу екзогенних шкідливостей.

Показати, що у сучасних умовах екзогенні психози при соматичних захворюваннях виникають насамперед внаслідок недостатньої кваліфікації лікаря або його поверхового, халатного ставлення до лікування хворого.

Контрольні запитання

1. При яких захворюваннях внутрішніх органів найчастіше спостерігаються психопатологічні синдроми?
2. Непсихотичні синдроми, що зустрічаються при соматичних захворювань.
3. Психотичні синдроми, що зустрічаються при соматичних захворювань.
4. Психічні розлади внаслідок серцевої патології.
5. Психічні розлади внаслідок захворювань шлунково-кишкового тракту.
6. Психічні розлади при злоякісних пухлинах позамозкової локалізації.
7. Психічні розлади при захворюваннях ендокринної системи.
8. Перебіг та завершення соматогенних психозів.
9. Основні принципи лікування соматогенних психозів.

- 10.Профілактика психічних розладів при захворюваннях внутрішніх органів.
- 11.Особливості організації допомоги хворим із психічними розладами, що виникають за соматичних захворювань.

Заняття 19

Назва теми:

Психічні розлади при судинних захворюваннях головного мозку

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів із клінічними особливостями психічних розладів при судинних ураженнях головного мозку (артеріальна гіпертонія, артеріальна гіпотонія, церебральний атеросклероз, судинні кризи). Навчити студентів діагностуванню, принципам лікування та експертизи психічних розладів, що виникають за судинних уражень головного мозку.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного, соматичного та геронтологічного відділень.

Оснащення заняття: таблиці класифікації психічних розладів при судинних захворюваннях головного мозку. Атлас експериментально-психологічних обстежень. Тематичні хворі.

Загальні дані

Зміни з боку судинної системи, що пов'язані не лише із зменшенням діаметру судин, але й з різними коливаннями кров'яного тиску та кровонаповнення, мають велике значення у патології. Судини, як і серце, дуже чутливо реагують на різні зовнішні та внутрішні впливи. Загальновідома висока лабільність судин та легкість виникнення судинних реакцій на різні подразники. Хвилювання, психічна травматизація, що призводять до підвищення кров'яного тиску, до

гіпертонії, у решті-решт здатні призвести до церебрального атеросклерозу.

Психічні розлади внаслідок гіпертонічної хвороби

На початковій (функціональній) стадії гіпертонічної хвороби здебільшого має місце астено-невротичний синдром, що характеризується зниженням працездатності, невпевненістю у власних силах, підвищеною дратівливістю, плаксивістю, інколи фобіями. Сон поверхневий, тривожний, спостерігається послаблення пам'яті. У деяких випадках на перше місце виступає патологічне загострення окремих рис характеру, загальне огрубіння особистості, що характерно для психопатоподібних станів.

У другій (склеротичній) стадії хвороби проявляються синдроми порушеної свідомості: деліріозні переживання дивного чи фантастичного змісту, рідше - присмеркові стани свідомості із загальним збудженням, страхом та наступною амнезією. Синдроми порушеної свідомості мають епізодичний характер і частіше виникають при гіпертонічних кризах. Інколи мають місце депресивно-параноїдні, галюцинаторно-параноїдні, тривожно-параноїдні та тривожно-депресивні синдроми.

У третій стадії розвиваються різні види недоумства (лакунарне, тотальне, амнестичне, післяінсультне). Може виникнути псевдопухлинний симптомокомплекс.

Церебральний атеросклероз

У початковому періоді атеросклеротичного процесу мають місце різні варіанти астеничного синдрому: неврастеноподібний, obsесивно-компульсивний, астено-депресивний, астено-іпохондричний. Основним синдромом протягом усього захворювання залишається неврастеноподібний або неврастеничний. Для нього характерними симптомами є головний біль, запаморочення, послаблення пам'яті, підвищена втомлюваність, зниження працездатності. Часто цей синдром переходить у астено-депресивний. Депресія набуває у хворого характеру звичайної реакції на будь-які соматичні чи життєві негаразди.

Астено-іпохондричний синдром характеризується стійкою фіксацією уваги хворого на різних соматичних відчуттях, надмірною турботою і страхом за власне здоров'я і т.ін. Рідше зустрічається obsесивно-фобічний синдром. У хворого з'являються настирливі сумніви, страхи, втрата впевненості у власних діях. Інколи має місце настирливе прагнення до ображання будь-кого, брутальної лайки і т.ін.

Психопатологічні розлади у вигляді гострих психозів виникають на різних стадіях церебрального атеросклерозу. Можливі наступні форми психозів: депресивний, параноїдний, галюцинаторно-параноїдний синдроми, а також синдроми порушеної свідомості.

Депресивний синдром - у вигляді простої депресії, депресивно-параноїдного чи депресивно-іпохондричного стану зустрічається досить часто. Характеризується пригніченим настроєм, вітальним сумом. Депресія має ремітуючий характер, супроводжується тривогою, немотивованим страхом із включенням іпохондричних скарг чи маячних ідей відношення, переслідування і т.ін.

Параноїдний та галюцинаторно-параноїдний синдроми - характеризуються чутливим маренням відношення, отруєння, переслідування, впливу, паранойяльним маренням ревнощів, шкоди із афектом страху, тривоги, зоровими галюцинаціями.

Синдроми розладів свідомості - займають важливе місце у клініці церебрального атеросклерозу. За гострих розладів мозкового кровообігу мають місце як синдроми виключеної свідомості, так і психотичні форми (делірій, аменція, онейроїд), присмеркові стани свідомості.

У подальшому перебігу хвороби, що характеризується поступовим наростанням втрати нервових елементів, у так званій дефектно-органічній стадії церебрального атеросклерозу, можуть спостерігатись судомні напади, що мають назву атеросклеротичної (пізньої) епілепсії, а також різні прояви атеросклеротичного недоумства.

Лакунарне недоумство - характеризується збереженням "ядра особистості" при нерівномірному ураженні різних боків психіки та інтелекту.

Амнестичний тип недоумства - характеризується проявами Корсаковського синдрому на тлі атеросклеротичного недоумства.

Псевдосенільний тип недоумства - нагадує старече недоумство, але внаслідок атеросклеротичного недоумства характерними є окремі прояви усвідомлення хвороби і зберігаються деякі риси "ядра особистості".

Псевдопаралітичний тип недоумства - характеризується зниженням інтелекту, збідненням інтересів, паранойяльною насторогою.

**Диференціальна діагностика гіпертонічної хвороби і
церебрального атеросклерозу**

Гіпертонічна хвороба	Атеросклероз
<u>Астено-невротичний стан</u>	
1. Легкі прояви порушень пам'яті	1. Виражені порушення пам'яті
2. Характерна експлозивність	2. Характерна слабкодухість
<u>Стан порушення свідомості</u>	
Зустрічається часто	Зустрічається рідше
<u>Депресивний синдром</u>	
1. Гострий початок	1. Підгострий початок
2. Переважаючий афект страху	2. Страх звичайно відсутній
3. Пам'ять, інтелект страждають мало	3. Значне ураження пам'яті, інтелекту
<u>Параноїдний синдром</u>	
Розвиток у більш молодому віці	Розвиток у середньому і похилому віці

Слід враховувати часте поєднання гіпертонічної хвороби і атеросклерозу у хворих.

Гіпотонічна хвороба

Найчастіше супроводжується астено-невротичними, астено-іпохондричними і фобічними синдромами. Інколи (частіше при гіпертонічних кризах) можуть мати місце непсихотичні форми порушень свідомості або присмеркові стани.

Церебральні вазопатії. Характеризуються неврозоподібними синдромами.

Нейроциркуляторні дистонії за гіпертонічним типом. Найчастіше мають прояв неврозоподібних синдромів.

Сомато-неврологічна симптоматика церебральних судинних розладів залежить від стадії хвороби. Вогнищева неврологічна симптоматика коливається від мікросимптомів до глибоких уражень.

Профілактика та лікування

1. Дотримання режиму праці і відпочинку.
2. Лікування основного захворювання.
3. Психотропні засоби (транквілізатори, нейролептики, антидепресанти).
4. Різні види психотерапії.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Підкреслити необхідність гуманного ставлення до хворих на судинні ураження головного мозку під час лікування.

Трудове. У процесі аналізу анамнестичних відомостей і даних об'єктивного спостереження за хворими показати необхідність детального обстеження усіх матеріалів щодо хворого. Довести важливість ролі анамнезу у діагностичному арсеналі лікаря.

Контрольні запитання

1. Принципи виникнення психічних розладів внаслідок судинних уражень головного мозку.
2. Класифікація психічних розладів внаслідок судинних уражень головного мозку.
3. Психічні розлади внаслідок гіпертонічної хвороби.
4. Психічні розлади внаслідок гіпотонічної хвороби.
5. Психічні розлади внаслідок церебрального атеросклерозу.

6. Психічні розлади внаслідок гіпертонічних кризів.
7. Психотичні розлади внаслідок нейро-циркуляторних дистоній.
8. Функціональні розлади психіки у початковому періоді церебрального атеросклерозу.
9. Види атеросклеротичного недоумства.
10. Види розладів свідомості внаслідок церебрального атеросклерозу.
11. Які психози виникають внаслідок церебрального атеросклерозу?
12. Принципи лікування психічних розладів при судинних захворюваннях головного мозку.

Заняття 20

Назва теми:

Психози віку зворотнього розвитку (пресенільні і сенільні психози)

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів із класифікацією і змістом основних понять, що стосуються клінічних особливостей пресенільних та сенільних психозів. Навчити студентів діагностуванню, принципам лікування та експертизи пресенільних та сенільних психозів.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці класифікації пресенільних та сенільних психозів. Атлас експериментально-психологічних обстежень. Аудіозаписи, діагностичні задачі. Тематичні хворі.

Зміст теми

Пресенільні (передстаречі) психози - група захворювань недостатньо вивченої етіології та патогенезу, що звичайно розвиваються у інволюційному періоді.

Фактори, що беруть участь у їх генезі:

- патологічний клімакс (ендогенно-токсичний процес, що пов'язаний із раннім клімактеричним періодом);
- психічні травми, соматичні хвороби, що є провокуючими факторами;
- преморбідні властивості особистості (у людей слабого типу, тривожно-помислових, психічно-ригідних найчастіше виникає

депресивна форма психозу - пресенільна депресія; у людей сильного типу, схильних до інертності, - найчастіше спостерігаються маячні форми пресенільних психозів, пресенільний параноїд).

Сенільні (старечі) психози - група психозів невідомої етіології, що здебільшого мають прояв прогресуючого недоумства, що зумовлене атрофічними процесами у головному мозку.

Класифікація

I. Пресенільні психози

1. Пресенільна (інволюційна) депресія.
2. Пресенільний (інволюційний) параноїд.
3. Злоякісна форма пресенільного психозу (хвороба Крепеліна).
4. Пізня кататонія.

II. Сенільні психози

1. Старече недоумство (просте старече недоумство).
2. Конфабуляторна форма старечого недоумства (пресбіофренія).
3. Старече недоумство із психічними проявами (параноїдними, іпохондричними, із маренням Котара, старечий делірій).
4. Атипові форми (хвороба Альцгеймера, хвороба Піка).

Зміст основних клінічних понять

Психічні порушення при клімаксі - з'являються до початку менопаузи, під час менопаузи та через 1 - 3 роки після неї. Звичайно мають прояв афективної нестійкості, підвищеної збудливості, тривожної помисловості, схильності до виникнення реактивно-депресивних та іпохондричних реакцій. Підвищена афективна

лабільність та реактивність сприяють виникненню різноманітних істеричних проявів - "інволюційна істерія".

Сомато-неврологічні порушення при клімаксі - найчастіше мають прояв вегетативно-соматичних розладів (приливи крові до голови, запаморочення, серцебиття, непритомні стани, астенія, схуднення, передчасне старіння і т.ін).

Пресенільна депресія - виникає найчастіше у жінок віком 45 - 55 років. Провідним симптомом є тривожно-тужливий настрій із маячними ідеями самозвинувачення, самозневажання або іпохондричними маячними ідеями (інколи - синдром Котара), суїцидальними думками і тривожно-маячними побоюваннями. Хворі знаходяться у стані рухового неспокою, розгубленої метушливості (ажитована депресія). Тривога, туга звичайно посилюються у вечірній час.

Пресенільний параноїд - характеризується поступовим розвитком марення параноїальної структури, що звичайно не поширюється за межі конфліктних побутових відносин. Останні є фактором, що провокують захворювання (маячні ідеї "малого розмаху", "буденних відносин"). Звичайно спостерігаються маячні ідеї збитку, отруєння, ревнощів. Нерідко спостерігається підвищена активність хворих у залежності від змісту маячних ідей (кверулянтська діяльність і т.ін).

Злоякісна форма пресенільного психозу (хвороба Крепеліна) - захворювання, що характеризується інтенсивним тривожним збудженням, мовною безладністю, постійно вираженою розгубленістю,

періодами онейроїдного потьмарення свідомості. Смерть настає внаслідок явищ прогресуючої кахексії.

Старече недоумство (просте старече недоумство) - виникає у віці 70 - 80 років. На початковій стадії відбувається загострення характерологічних рис, хворі стають егоцентричними, зникають вищі емоції, розгальмовуються інстинкти, з'являються розлади пам'яті за типом прогресуючої амнезії, порушення уваги. Для другої стадії характерними є ознаки тотального недоумства. Третя (термінальна) стадія - цілковитий психічний і фізичний маразм.

Конфабуляторна форма старечого недоумства (пресбіофренія) - тотальне недоумство поєднується із численними псевдоремінісценціями і конфабуляціями. Хворі ейфоричні, рухливі, невгамовно метушливі.

Старече недоумство із психічними проявами - характеризується тим, що на тлі недоумства з'являються маячні ідеї збитку, жебракування, пограбування, іпохондричні, марення Котара.

Старечий делірій - недоумство у поєднанні із деліріозним потьмаренням свідомості, амнестичним дезорієнтуванням.

Хвороба Альцгеймера - виникає у віці 55 - 65 років. Типовим є грубі розлади пам'яті, мислення, орієнтування, порушення праксису, розлади мови, амнестична, сенсорна, моторна афазія.

Хвороба Піка - виникає у віці 50 - 60 років, належить до грубих системно-дегенеративних захворювань (Е. Я. Штернберг). Хвороба виникає при прогресуючій атрофії окремих ділянок головного мозку. Розвивається органічне недоумство, псевдопаралітичні розлади, порушення мови, грубі порушення праксису (особливо характерні). Хворим притаманна своєрідна схильність до повсякчасного повторювання одних і тих же слів, фраз, рухів ("стоячі симптоми").

Лікування

1. При пресенільних психозах - нейролептики, антидепресанти, іноді інсулінотерапія у гіпоглікемічних дозах; при пресенільній депресії - іноді застосовують ЕСТ.

2. При старечих психозах лікування має симптоматичний характер.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Ставлення до недоумкуватих хворих та олігофренів має бути гуманним як до особистостей, членів суспільства, а не як до "соціального браку".

Трудове. Обговорити результати мікрокурації із аналізом повноти і слушності обстеження, ступеню та особливості виявлених у хворих дефектів.

Контрольні запитання

1. Психічні порушення при клімаксі.
2. Фактори, що зумовлюють виникнення інволюційних психозів.
3. Пресенільна депресія.

4. Пресенільний параноїд.
5. Типові форми сенільних психозів.
6. Атипові форми сенільних психозів.
7. Патанатомія сенільних і пресенільних психозів.
8. Лікування сенільних і пресенільних психозів.
9. Трудова, військово-лікарська і судово-психіатрична експертиза.

Заняття 21

Назва теми:

Психогенії

а) неврози

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів із нервово-психічними розладами функціонально-динамічного характеру - неврозами. Навчити студентів діагностуванню, лікуванню та експертизі неврозів.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці класифікації психогеній (неврозів). Атлас експериментально-психологічних досліджень. Аудіозаписи. Тематичні хворі.

Зміст теми

Психогенії - нервово-психічні розлади функціонально-динамічного характеру (здебільшого емоційно-вольової сфери). Фізіологічні механізми, на яких ґрунтуються психогенії, являють собою порушення процесів вищої нервової діяльності. У виникненні захворювання мають значення наступні фактори:

- психічна травма (важкі переживання, що супроводжуються негативними емоціями, при яких найважливіше значення мають їх сила, зміст та тривалість);
- індивідуальні властивості особистості (тип вищої нервової діяльності, вік і т.ін);
- навколишня ситуація, у якій виникла психічна травма (моральні, соціальні та інші фактори).

Майже завжди залучається до процесу і вегетативна нервова система.

Класифікація психогеній

I. Неврози

1. Короткочасні невротичні (ситуаційні) реакції:

- істерична;
- неврастенічна;
- психастенічна;
- параліч емоцій.

2. Затяжні невротичні стани (неврози):

- неврастенія;
- невроз нав'язливих станів;
- істерія.

II. Реактивні психози

1. Гострі реактивні психози (афективно-шокові реакції):

- реактивний ступор;
- реактивні присмеркові стани свідомості:
 - фугіформна реакція;
 - патологічний афект;
 - псевдодеменція;
 - ганзеровський синдром;
 - пуерілізм.

2. Затяжні реактивні психози:

- реактивна депресія;

- реактивний параноїд, реактивні параноїдальні стани (марення ревнощів, марення туговухих, індуковане божевілля і т.ін);
- зтяжний реактивний ступор.

Оскільки психогенії ґрунтуються на порушенні основних нервових процесів і систем, доречно нагадати основні положення учення І. П. Павлова про типи нервової системи. Класифікуючи загальнобіологічні типи нервової системи, Павлов виходив із трьох основних властивостей вищої нервової діяльності: сили процесів збудження і активного гальмування, співвідношення цих процесів між собою, їх рухливості. Внаслідок комбінації цих параметрів вчений одержав чотири типи вищої нервової діяльності:

- сильний, врівноважений, рухливий;
- сильний, нерівноважений, рухливий;
- сильний, врівноважений, інертний;
- слабкий.

Однак, коли І. П. Павлов звернувся до людських неврозів, з'ясувалося, що для їх розуміння недостатньо цих чотирьох типів. Так з'явилося славетне вчення Павлова про дві сигнальні системи, із наступним відокремленням суто людських типів вищої нервової діяльності: мисельного (розумового), художнього і середнього.

Мисельний тип характеризується відносною перевагою другої сигнальної системи у межах кори і відносною перевагою кори над підкоркою; *художній* - зворотнім співвідношенням; *середній* - гармонійним співвідношенням сигнальних систем, кори та підкорки.

Основну масу людства складає середній тип.

Визначення основних клінічних понять

Невроз - функціонально-динамічний розлад вищої нервової діяльності, що проявляється, здебільшого, порушенням емоційно-вольової сфери і виникає під впливом психічних травм. Внаслідок неврозу звичайно залишаються збереженими критичне ставлення до власної поведінки і стану, здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Істерична реакція - характеризується афективно-забарвленою поведінкою (із плаксивістю, примхливістю, театральністю поведінки), іноді істеричними судомними проявами (загальне тремтіння, істеричні напади, судомні посмикування окремих груп м'язів), звичайно спостерігається у емоційно-лабільних осіб або у астенізованих.

Неврастенічна реакція - характеризується загальним падінням нервового тону із зниженням працездатності (гостра психогенна астенія), скаргами на слабкість, порушення уваги, сну, діяльності внутрішніх органів, головний біль і т.ін. у поєднанні із запальністю, дратівливістю.

Психастенічна реакція - характеризується наявністю розгубленості, нерішучості, болісних сумнівів у випадку прийняття будь-якого рішення на тлі вираженої астенії.

Параліч емоцій - короткочасне виключення емоційних переживань при збереження свідомості і розуміння дійсності, що виникає у відповідь на раптову психічну травму.

Неврастенія - невроз, що виникає внаслідок тривалого психічного, рідше фізичного перевантаження або тривалої психотравмуючої ситуації. Найчастіше виникає у людей слабого або сильного нестримного типів. Характеризується, з одного боку, виснажливістю, втомлюваністю, зниженням працездатності, а із іншого боку, запальністю, дратівливістю, емоційною вибуховістю. У залежності від переважаючої симптоматики виділяють гіперстенічну і гіпостенічну стадії (форми).

Неврологічні та соматичні симптоми: підвищення чутливості до інтероцептивних і екстероцептивних подразників, різноманітні болісні відчуття з боку внутрішніх органів, вегетативні розлади (пітливість, тахікардія і т.ін), підвищення сухожильних і шкірних рефлексів, тремор повік, витягнутих пальців рук і т.ін., сексуальні розлади (імпотенція, фригідність).

Диференціальна діагностика: неврастенію слід диференціювати із неврастенічним синдромом (церебральний атеросклероз, прогресивний параліч і т.ін).

Лікування - усунення психотравмуючої ситуації або зміна ставлення до неї, відпочинок, заспокійлива та загальнозміцнююча терапія, вітамінотерапія, лікування сном, різні види психотерапії.

Невроз нав'язливих станів - найчастіше виникає у осіб із слабким типом ВНД і переважанням другої сигнальної системи. Здебільшого,

має прояв різноманітних нав'язливих станів (нав'язливі думки, сумніви, страхи, потяги, дії).

Неврологічні і соматичні симптоми: астенизація, схуднення, тахікардія, лабільність артеріального тиску, пітливість, блідість або почервоніння обличчя, сухість у роті, тремор повік, пальців рук і т.ін.

Диференціальна діагностика: невроз нав'язливих станів слід відрізнити від синдрому нав'язливості внаслідок інших захворювань (шизофренія, початковий церебральний атеросклероз і т.ін).

Лікування: загальнозміцнюючі і седативні засоби, різноманітні психотерапевтичні заходи і т.ін.

Істерія - звичайно виникає у осіб із відносним переважанням першої сигнальної системи над другою, тобто у осіб художнього типу ВНД. Загальними характерними рисами, що притаманні істерії, є яскравість, сила і лабільність емоцій, обертання "психічного" у "соматичне" і "захисний" характер симптомів. Поряд із цим спостерігаються театральність поведінки, егоцентризм, внаслідок гострих психічних травм - стани порушеної свідомості (присмеркові, псевдодеменція, пуерілізм), тобто гострі реактивні психози.

Соматичні прояви: нудота, блювання, "гострий живіт", порушення із боку серцево-судинної системи, гінекологічні форми (удавана вагітність і т.ін).

Неврологічні симптоми:

- симптоми подразнення - тіки, спазми, істеричні напади, гіперкінези, істеричний клубок;
- симптоми випадіння - паралічі, парези, зниження чи відсутність чутливості, сліпота, глухота, мутизм, астазія-абазія.

Диференціальний діагноз: істерію слід диференціювати із істеричними реакціями внаслідок інших захворювань (пізня істерія при інволюції і т.ін).

Лікування: усунення психічних травм, вилучення хворого із психотравмуючої ситуації, відпочинок, загальнозміцнююче лікування, психотерапія різних модифікацій, нейролептики і транквілізатори.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Під час обговорення етіопатогенезу неврозів необхідно розглянути відомі психоаналітичні концепції їх виникнення.

Аналізуючи структуру відносин у сім'ях хворих, показати, як порушення батьками морально-етичних норм призводить до патологічного формування особистості і виникнення неврозів у дітей та підлітків.

Трудове. Звернути увагу на важливість спокійної, ділової, колегіальної атмосфери у медичних трудових колективах. Роль макро- і мікросоціального оточення, режиму навчання, побуту, роботи.

Контрольні запитання

1. Визначення понять "психогенії", "психічна травма".
2. Визначення поняття "невроз".
3. Теорія нервових зривів за І. П. Павловим.
4. Види короткочасних (ситуаційних) невротичних реакцій.
5. Особливості неврастенічної реакції.
6. Особливості істеричної реакції.
7. Особливості психастенічної реакції.

8. Що таке параліч емоцій?
9. Клінічна картина неврастенії, диференціальна діагностика і лікування.
10. Клінічна картина невроту нав'язливих станів, диференціальна діагностика і лікування.
11. Клінічна картина істерії, диференціальна діагностика і лікування.
12. Диференціальна діагностика істеричного і епілептичного нападів.
13. Принципи лікування невротів.
14. Трудова, військова, судово-психіатрична експертиза хворих на невротизм.

Заняття 22

Назва теми:

Психогенії б) реактивні стани (психози)

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів із клінічними особливостями, етіологією і патогенезом різноманітних клінічних

варіантів реактивних психозів. Навчити студентів діагностуванню, принципам лікування, профілактики та експертизи реактивних психозів.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці класифікації реактивних психозів. Тематичні хворі.

Зміст теми

Реактивні (психогенні) психози - здебільшого функціонально-динамічні порушення психічної діяльності, що проявляються розладами сприймання (галюцинації), мислення (маячні ідеї), свідомості і виникають внаслідок психічної травми. При психозів звичайно відсутня критична оцінка свого становища і поведінки, здатність усвідомлювати власні дії і керувати ними.

Гострі реактивні психози (афективно-шокові реакції) - реакції, що виникають під впливом гострих психічних травм за типом стихійного лиха чи катастрофи, перебігають майже без особистісної переробки, але за участю примітивних захисних біологічних механізмів.

Реактивний ступор - стан заціпеніння, загальної загальмованості із розладом (потьмаренням) свідомості за присмерковим типом у відповідь на шоківу психічну травму. У деяких випадках може трансформуватись у присмерковий стан свідомості із хаотичним

психомоторним збудженням, галюцинаторними і маячними переживаннями, що відображають психотравмуючу ситуацію.

Реактивні присмеркові стани свідомості - присмеркові стани свідомості, які супроводжуються окремими галюцинаціями, маячними переживаннями, що частково пов'язані із психотравмуючою ситуацією, страхом та психомоторним збудженням. Після виходу із психозу спостерігається амнезія.

Варіанти присмеркових реактивних станів:

- *фугіформна реакція* - присмерковий стан свідомості із хаотичним збудженням, безглуздим тіканням, вираженою вегетативною симптоматикою і наступною повною амнезією;
- *патологічний афект* - присмерковий стан, що виникає раптово у відповідь на зовнішньо незначний привід із руйнівними діями, наступним виснаженням і амнезією;
- *псевдодеменція* - неглибокий присмерковий стан свідомості з нерозумінням елементарних задач та безглуздими відповідями на запитання; здебільшого спостерігається при істерії;
- *ганзеровський синдром* - неглибокий присмерковий (звужений) стан свідомості, що характеризується наявністю "мимовідповідей" стосовно запитань, навмисною поведінкою; здебільшого спостерігається у істеричних суб'єктів в умовах заключення за ґрати;
- *пуерілізм* - присмерковий стан свідомості, що характеризується ніби регресією свідомості до дитячого віку і у відповідній дитячій поведінці (гра у ляльки і т.ін).

Затяжні реактивні психози - психози що виникають внаслідок більш тривалої психічної травми при наявності її особистої переробки та усвідомлення (за участю другої сигнальної системи). Розвивається інколи через деякий час після травмуючої психіку події.

Реактивна депресія - пригнічений тужливий настрій. Зміст думок зумовлений психотравмою і домінуючим афектом. Нерідко мають місце суїцидальні думки та вчинки. Рухова загальмованість та вегетативні розлади менш виражені ніж за депресивної фази МДП.

Реактивний параноїд - характеризується маячними ідеями відношення, переслідування, що відображують психотравму, можливі зорові і слухові ілюзії і галюцинації, виражений афект страху. Перебіг відносно короткочасний.

Реактивні параноїяльні стани:

- *марення ревнощів* - стійкі маячні ідеї ревнощів, що звичайно виникають із незначного приводу у ревливих, недовірливих та психопатичних суб'єктів;
- *марення туговухих* - стійка тривожна підозрілість та маячні ідеї відношення і переслідування у осіб, що мають поганий слух (вони вважають, що оточуючі глузують з них, прагнуть завдати їм якоїсь шкоди і т.ін);
- *індуковане марення* - маячні ідеї, що виникають внаслідок контакту із психічно хворим і відображають зміст його висловлювань;

- *марення кверулянтів* - утворюється звичайно у психопатичних осіб під впливом образи, травми, що зачіпає їх інтереси чи права; супроводжується активною діяльністю у "боротьбі за свої права".

Затяжний реактивний ступор - стан рухової загальмованості, що виникає під впливом психотравмуючої ситуації, існує тривалий час і нерідко супроводжується тяжкими дистрофічними порушеннями.

Принципи лікування реактивних психозів:

1. Госпіталізація.
2. Застосування нейролептиків, транквілізаторів та антидепресантів (у залежності від наявного синдрому).
3. Загальнозміцнююча та симптоматична терапія.
4. Психотерапія.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Обговорити філософську категорію моралі, показати її значення для правильної поведінки у сім'ї, колективі, суспільстві людини взагалі і лікаря зокрема

Трудове. Обговорити закономірності соціальної психології відносин у медичному колективі.

Контрольні запитання

1. Визначення реактивних психозів.
2. Умови, що сприяють виникненню реактивних психозів.
3. Класифікація гострих реактивних психозів.

4. Особливості реактивного присмеркового стану.
5. Характеристика реактивного ступору.
6. Характеристика реактивної депресії.
7. Характеристика реактивного параноїду.
8. Характеристика реактивних паранойяльних станів.
9. Характеристика реактивного патологічного афекту.
10. Характеристика псевдодеменції та ганзерівського синдрому.
11. Принципи лікування реактивних психозів.
12. Трудова, військова та судова експертиза хворих на реактивні психози.

Заняття 23

Назва теми:

Психопатії

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів із патологічними варіантами характеру, дисгармонійним станом особистості (при

збереженні інтелектуальних здібностей). Навчити студентів основам клініки, діагностики, лікування та експертизи психопатій.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

Оснащення заняття: таблиці класифікації психопатій. Атлас експериментально-психологічного обстеження хворих. Тематичні хворі.

Зміст теми

Психопатії - патологічні варіанти характеру (що виходять за межі норми), дисгармонійні стани особистості, що заважають пристосовуватися до життя, здебільшого внаслідок аномалії емоційно-вольової сфери при збереженні інтелектуальних здібностей особистості.

Фактори, що зумовлюють розвиток психопатій:

- біологічні - спадкова обтяженість та захворювання раннього дитячого віку (інтоксикації, травми головного мозку і т.ін);
- суспільні - несприятливі умови виховання і т.ін.

Для розвитку психопатій необхідне сполучення біологічних та суспільних факторів.

Класифікація за етіологією та патогенезом:

- "ядерні" та "крайові" форми психопатій (за О. В. Кербиковим);
- затриманий, викривлений, пошкоджений розвиток (за Г. Е. Сухарєвою).

Клінічні форми психопатій

1. Астенічна.
2. Психастенічна.
3. Шизоїдна.
4. Істерична.
5. Паранойяльна.
6. Збудлива.
7. Афективна:
 - гіпертимна;
 - гіпотимна.

Визначення основних клінічних понять

Ядерна та крайова психопатії

"Ядерні" психопатії - прояв природженої конституціональної патології особистості. Розрізняють також вторинну психопатизацію особистості (**"крайові" форми психопатій**), що виникає внаслідок несприятливих зовнішніх впливів (неправильне виховання, перенесені захворювання головного мозку і т.ін.). "Крайові" форми психопатій не слід змішувати із психопатоподібними станами дорослих, що виникають після органічних мозкових пошкоджень.

Астенічні психопатії. Хворі відрізняються нерішучістю, підвищеною ранимістю, надзвичайною невпевненістю в собі, нетерплячістю по відношенню до інтенсивних психічних подразників і фізичних навантажень, що має вираження у коливаннях працездатності, з частими спадами, схильності до іпохондричних

побоювань, до появи почуття внутрішньої напруги і неспокою, до станів пригнічення і навіть відчаю. Постійною рисою цих особистостей є дратівлива слабкість, що з'являється у вигляді спалахів афекта при будь-якому непосильному для них навантаженні.

Психастенічні психопатії. Хворі нерішучі, невпевнені в собі, недовірливі, стурбовані, перебільшено делікатні, з побоюванням ставляться до всього нового і відчують труднощі при його засвоєнні, охоплені постійними ваганнями. Їм притаманне відчуття неповноцінності життя, схильність до заниженої самооцінки, до перебільшення значення дрібних факторів, до постійного самоконтролю, самоспостереження, безплідного мудрування, до депресій, песимізму, понадцінних ідей, до фобічних і нав'язливих станів. Поряд з цим вони самолюбиві, образливі, нетерплячі, малодинамічні, консервативні, схильні нав'язувати свою точку зору рідним і підлеглим. Так само, як і астеники, вони погано переносять порушення звичного життєвого розпорядку.

Шизоїдні психопатії - виникають переважно у осіб слабого типу, характеризуються патологічною замкненістю, відлюдькуватістю, інтравертованістю, патологічною афективністю (можуть співіснувати різні, іноді протилежні прагнення, зовнішня холодність поєднується із надчутливістю, а інколи із афективною вибуховістю). Не відчуючи потреби спілкування із людьми, не вмючи налагодити міцні емоційні контакти, шизоїди, як правило, залишаються поза колективом. Вони схильні до мрійливості, абстрактного фантазування, до занять

абстрактними проблемами, чудернацького колекціонування, створення дивних робіт і творів. В цілому такі люди мало пристосовані до життя, погано розуміють реальні обставини, уперті, образливі. Мислення їх в значній мірі абстрактне, аутистичне, судження нерідко чудернацькі, в моториці відсутні природність і гармонійність.

Істеричні психопатії - виникають у осіб слабкого типу з переважанням першої сигнальної системи (художній тип). Істеричні психопати характеризуються позерством, театральністю, манірністю, прагненням обов'язково звернути на себе увагу, пошуками визнання, постійним бажанням видаватися значнішими, ніж вони є в дійсності. Їх відрізняє надзвичайний егоцентризм, ексцентричність, надмірна вразливість, підвищена, але поверхова емотивність. Такі люди піддаються впливу і самовпливу, схильні до витиснення травмуючих переживань, до втечі у хворобу, до “косметичної” брехні, псевдології, фантазерства, шахрайства, авантюри, ревнивості. Ці психопати не здатні до одноманітної і систематичної праці. У важкій для них ситуації легко виникають істероневротичні картини, бурхливі афективні реакції або реакції з відходом у світ мрій і фантазій.

Паранойяльні психопатії. Найбільш характерними особливостями цієї групи є інертність, негнучкість інтелекту і емоцій, вузькість інтересів, знижена здатність до психічного перемикавання, егоїзм, надмірна самовпевненість, схильність до утворення понадцінних ідей, гіперстенічність і гіперактивність, схильність до правдодомагання, прямолінійність, ригідність, недовірливість і підозрілість, похмурість і

злопам'ятність, нетерпимість до всіляких спроб ураження їх особистих інтересів, акуратність, скупість. Їх в'язке і малорухливе мислення не лише суб'єктивне, але й різко афективно забарвлене.

Збудлива форма психопатії - надзвичайний прояв нестримного типу. Характеризується гарячковістю, надзвичайною дратівливістю, що доходить до нападів нестримної люті, владністю, егоїстичністю, злопам'ятністю, мстивістю, схильністю до невідповідних нападів розладу настрою (дисфорії), до бурхливого реагування за принципом короткого замикання з руховим розрядженням, нетерпимістю до думки оточуючих, вимогливістю, образливістю, підозрілістю, поганим перенесенням алкоголю. Ці особистості недружелюбні, часто руйнують свої сім'ї, змінюють місця роботи.

Афективні психопатії:

Психопатії гіпертимні - особи, що належать до цієї форми, відрізняються постійно підвищеним настроєм, безтурботністю, часто поверховим легковажним ставленням до своїх обов'язків; внаслідок швидкої переміни захоплень та переоцінки власних можливостей часто потрапляють у конфліктні ситуації.

Психопатії гіпотимні - цим особам притаманний постійно знижений фон настрою, схильність оцінювати події та явища виключно із негативного боку, постійне відчуття незадоволення собою, що виникає безпідставно; знижений настрій часто поєднується із підсиленою увагою до власного здоров'я, іпохондричними побоюваннями.

Динаміка психопатій, вікові особливості

Клінічна картина психопатій протягом усього життя не залишається стабільною. Декомпенсація психопатичних рис відбувається під впливом соматичних, інтоксикаційних і психотравмуючих ситуацій. У передстаречому віці відбувається, як правило, загострення психопатичних рис особистості під впливом ендокринних та судинних порушень. У старечому віці психопатичні риси пом'якшуються.

Лікування і профілактика психопатій

Найважливіша роль належить медико-педагогічним засобам, суспільному і трудовому влаштуванню особи із патологією характеру. Важливе профілактичне значення має правильне коригуюче виховання у дитячому, підлітковому віці. При декомпенсації - амбулаторне та стаціонарне лікування.

Виховання через предмет

Морально-етичне. Показати значення ролі сім'ї у розвитку правильних форм поведінки людини взагалі та лікаря зокрема.

Трудове. Під час обговорення патологічних форм поведінки дітей і підлітків увага акцентується на професійних обов'язках педіатра з психогієни та психопрофілактики.

Контрольні запитання

1. Що таке психопатії?
2. Фактори, що зумовлюють розвиток психопатій.
3. Ядерні та крайові психопатії.
4. Клінічні форми психопатій.

5. Ознаки астеничної психопатії.
6. Ознаки психастеничної форми психопатії.
7. Ознаки шизоїдної форми психопатії.
8. Ознаки істеричної форми психопатії.
9. Ознаки паранойяльної форми психопатії.
10. Ознаки збудливої форми психопатії.
11. Ознаки афективної психопатії.
12. Динаміка психопатій у залежності від віку.
13. Принципи лікування та профілактики психопатій.
14. Питання лікарсько-трудової, військово-лікарської та судово-психіатричної експертизи психопатій.

Заняття 24

Назва теми:

Питання лікарсько-трудової, військово-лікарської та судово-психіатричної експертизи психічно хворих

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів із завданнями та порядком проведення лікарсько-трудової, військово-лікарської та судово-психіатричної експертизи психічно хворих.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричної лікарні (відділення).

Оснащення заняття: таблиці: МСЕК, військово-лікарська та судово-психіатрична експертиза. Документація, що оформляється при проведенні МСЕК, ВЛК, СПЕ. Накази, інструкції та вказівки з проведення МСЕК, ВЛК, СПЕ психічно хворих. Тематичні хворі.

Лікарсько-трудова експертиза психічно хворих

При амбулаторному та стаціонарному лікуванні впродовж 4 місяців безперервно або 5 місяців з перервою протягом одного року видається лікарняний листок тимчасової непрацездатності. При потребі продовження лікування психіатрична МСЕК може продовжити термін видачі листка тимчасової непрацездатності ще до 2 місяців. При хронічному перебігу захворювання чи настанні дефекту або недоумства призначається 1, 2 або 3 група інвалідності в залежності від ступеня втрати працездатності. Завданням трудової експертизи є не лише визначення ступеня непрацездатності, але й працевлаштування.

Судово-психіатрична експертиза

Судово-психіатрична експертиза призначається слідчим або судовими органами. Види судово-психіатричної експертизи:

- амбулаторна - проводиться у психоневрологічному диспансері, у кабінеті слідчого, камері попереднього ув'язнення, у суді;

- стаціонарна - проводиться у звичайних психіатричних або у спеціалізованих психіатричних відділеннях, або у спеціалізованих відділеннях судово-психіатричної експертизи (строк перебування - до 1 місяця); заочна - за матеріалами справи (до заочної належить і посмертна експертиза).

Завдання судово-психіатричної експертизи

1. Визначення психічного стану підекспертного у момент скоєння ним протиправної дії і в період експертизи.
2. Визначення психічного стану потерпілих свідків.
3. Визначення дієздатності осіб у громадському процесі.

Права та обов'язки експерта визначені у відповідних статтях УПК України.

Експерт зобов'язаний з'явитися за викликом особи, що проводить дізнання, слідчого, прокурора і суду і дати об'єктивний заключний висновок на поставлені перед ним запитання. Якщо поставлене запитання виходить за межі знань експерта або наданих йому матеріалів недостатнє для обґрунтування висновку, експерт у письмовій формі сповіщає орган, що призначив експертизу, про неможливість дати висновок.

Експерт має право:

1. Знайомитися із матеріалами справи, що належать до предмета експертизи.
2. Подавати прохання про надання йому додаткових матеріалів, необхідних для формулювання висновку.
3. З дозволу особи, що проводить дізнання, слідчого, прокурора чи суду, бути присутнім при проведенні допитів чи інших слідчих і

судових дій, ставити допитуваному запитання, що належать до предмета експертизи.

Експерт дає висновок від власного імені на підставі проведення досліджень у відповідності із його спеціальними знаннями і несе особисту відповідальність за даний ним висновок. При залученні його у якості експерта, він (фахівець) письмово попереджується (дає підписку, що його попереджено) про відповідальність за надання завідомо неправильного висновку (ст. 178 КК України) та відмову від надання висновку (ст 179 КК України).

Експерт не має права розголошувати дані попереднього слідства або дізнання без дозволу прокурора, слідчого чи особи, що проводить дізнання (ст. 181 КК України).

Експерт-психіатр, у відповідності зі ст 12 КК України, у своєму висновку зобов'язаний дати відповідь на запитання, що стосуються медичного (наявність хронічної душевної хвороби, тимчасового розладу психічної діяльності, недоумства або іншого хворобливого стану) та юридичного (здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними) критеріїв осудності.

Ст. 12 КК України (неосудність) говорить:

"Не підлягає кримінальній відповідальності особа, яка на час скоєння суспільно небезпечної дії знаходилась у стані неосудності, тобто не могла усвідомлювати свої дії та керувати ними внаслідок хронічної душевної хвороби, тимчасового розладу душевної діяльності, недоумства або іншого хворобливого стану. До такої особи за вироком

суду можуть бути застосовані примусові заходи медичного характеру.

Не підлягає покаранню також особа, яка скоїла злочин у стані осудності, але до винесення судом вироку захворіла на душевну хворобу, що позбавила її можливості усвідомлювати власні дії та керувати ними. До такої особи за вироком суду можуть бути застосовані примусові заходи медичного характеру, а після одужання вона може підлягати покаранню".

Дані судово-психіатричної експертизи викладаються у акті експертизи, зміст якого складається із трьох частин (передмова, досліджувально-констатаційна та заключна).

До осіб, що визнані неосудними, у судовому засіданні можуть бути застосовані призначені наступні заходи медичного захисту (ст. 13 КК України):

- примусове лікування у загальних психіатричних лікарнях із звичайним наглядом;
- примусове лікування у психіатричних лікарнях із посиленням наглядом;
- примусове лікування у психіатричних лікарнях із суворим наглядом;
- передача на лікування родичам чи опікунам із одночасним лікарським наглядом.

Звільнення від примусового лікування проводиться також лише судом згідно з висновком судово-психіатричної експертизи.

У разі скоєння злочину алкоголіком або наркоманом, суд на прохання громадської організації, трудового колективу, товариського

суду чи органів охорони здоров'я може застосувати до такої особи примусове лікування. Визначені особи, яких осуджено до мір покарання, не пов'язаних із позбавленням волі, підлягають примусовому лікуванню у лікувальних установах із спеціальним режимом. У разі осудження таких осіб до позбавлення волі, вони підлягають примусовому лікуванню під час відбування покарання, а після звільнення із місць позбавлення волі у випадку необхідності продовження такого лікування - у лікувальних установах із спеціальним лікувальним та трудовим режимом (ст. 14 КК України).

Військово-лікарська експертиза

1. До завдання військово-лікарської експертизи належить визначення ступеня придатності до військової служби у мирний час та у час війни із урахуванням можливості проведення повного та кваліфікованого лікування і відновлення працездатності та боєздатності. Питання придатності до військової служби вирішується на підставі розкладу хвороб згідно з наказом Міністра Оборони України.

5. Особливістю військово-лікарської психіатричної експертизи, на відміну від інших видів експертиз, є не лише визначення наявності чи відсутності психічного захворювання і ступеня його вираженості, але й можливості використання обстежуваного в умовах військової служби із урахуванням специфіки і високих вимог до нервово-психічного стану військовослужбовців. Питання придатності до військової служби при психічних захворюваннях вирішується за участю психіатра у військово-лікарських комісіях (ВЛК), що створюються при військових комісаріатах і військових шпиталях, як правило, після стаціонарного психіатричного обстеження, згідно із

відповідними статтями та графами розкладу хвороб наказу Міністра Оборони України. Нижче приведено особливості експертизи окремих захворювань.

Олігофренія (ст. 1-а розкладу хвороб) - хворі із легкими формами дебільності визнаються придатними до нестройової служби. Більш виражені ступені олігофренії виключають можливість служби у армії.

Епілепсія (ст. 2-а розкладу хвороб) - у мирний час усі хворі непридатні до служби, придатні до нестройової служби під час війни тільки у випадку нечастих судомних нападів (без якихось психічних порушень), інші є непридатними із виключенням із військового обліку (із частими нападами і психічними порушеннями).

Маніакально-депресивний психоз (ст. 3) - із нечастими нападами у відношенні офіцерського складу може бути прийняте індивідуальне рішення про придатність до військової служби. Інші - непридатні до військової служби.

Шизофренія (ст.4) - усі хворі непридатні до військової служби із виключенням із військового обліку.

Органічні ураження ЦНС (ст.5) *із психічними порушеннями (церебральний атеросклероз і т.ін)* - усі хворі непридатні до військової служби із виключенням із військового обліку.

Інфекційні та інтоксикаційні психози (у тому числі й алкоголізм): *затяжні форми і алкоголізм із деградацією особистості* - непридатні до військової служби із виключенням із військового обліку; короткочасні розлади із виходом у астеничний стан - відпустка внаслідок хвороби, відстрочка від призову (ст. 6).

Психопатії (ст. 7) - хворі декомпенсованими формами непридатні до військової служби із виключенням із військового обліку; у стані

нестійкої компенсації - непридатні у мирний час, придатні до нестройової служби під час війни.

Неврози та реактивні стани (ст.8) - хворі із вираженими затяжними формами непридатні до військової служби із виключенням із військового обліку; у відношенні до інших - індивідуальна оцінка (непридатний до стройової служби, відпустка внаслідок хвороби, непридатний у мирний час та придатний до нестройової служби під час війни).

Наслідки черепно-мозкової травми (ст. 9) - із вираженими і стійкими психічними порушеннями хворі непридатні до військової служби із виключенням із військового обліку, а із астенічними станами - непридатні у мирний час і придатні до нестройової служби під час війни (можливий індивідуальний підхід).

Виховання через предмет

Морально-етичне. Підкреслити гуманне ставлення до психічно хворих, турботу про їх соціальний статус, матеріальне становище. У випадку скоєння хворими суспільно небезпечних дій вони не несуть кримінальної відповідальності, а направляються на лікування.

Трудове. Звертається увага на необхідність професійного удосконалення із урахуванням інтересів хворого і суспільства під час вирішення питань працездатності, придатності до військової служби, осудності і дієздатності.

Контрольні запитання

1. Критерії ступенів непрацездатності психічно хворих.
2. Порядок проведення трудової експертизи.
3. Групи інвалідності.

4. Критерії осудності психічно хворих.
5. Права і обов'язки експерта у судово-психіатричній експертизі.
6. Види судово-психіатричних експертиз.
7. Міри медичного характеру, що застосовуються до психічно хворих, що скоїли суспільно небезпечні дії.
8. Завдання військово-лікарської психіатричної експертизи.
9. Особливості військово-лікарської експертизи окремих захворювань.

Заняття 25

Назва теми:

Основні методи лікування психічних захворювань. Застосування психотропних препаратів та основи психотерапії, голко- та рефлексотерапії

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів із психофармакологією та досягненнями за останні роки у цій галузі. Розповісти про класифікацію психофармакологічних засобів та дати характеристику окремим психофармакологічним засобам і препаратам. Ознайомити студентів із основними видами психотерапії, голко- та рефлексотерапії. Навчити студентів принципам застосування психотерапії та голкотерапії у комплексному лікуванні психічно хворих.

Місце заняття: навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення, гіпнотарій.

Оснащення заняття: таблиці класифікації психофармакологічних засобів. Тематичні хворі.

Показання до невідкладної психіатричної допомоги

Виявлення у психічній діяльності хворих тенденцій, що можуть призвести до дій та вчинків, небезпечних як для самого хворого, так і для оточуючих:

1. Стани розладу свідомості;
2. Стани психомоторного збудження;
3. Галюцинаторно-маячні, депресивні та дисфоричні стани;
4. Ступорозні стани;
5. Збільшення кількості епілептичних нападів за типом "серійних" та епілептичні статуси;
6. Наявність суїцидальних думок, тенденцій (часто у сполученні із симптомам, що вказані у п. 3).

Основні принципи лікування психічних захворювань

1. Ранній початок патогенетичного лікування, індивідуальний підхід до хворого із урахуванням індивідуального перенесення лікарських засобів та можливі протипоказання.
2. Комплексне та безперервне лікування.
3. Спадкоємність у терапії.
4. Своєчасне проведення реабілітаційних та ретерапевтичних заходів.
5. Забезпечення підтримуючої терапії після виписки із лікарні.

Засоби лікування психічних захворювань поділяють на шоківі (інсулінові та електричні шоки); піротерапію; лікування психотропними препаратами (нейролептики, антидепресанти, транквілізатори і т.ін); психотерапію та трудову терапію.

Шоківі методи застосовуються при тяжких психозах. Їх дію спрямовано на руйнування психопатологічної симптоматики, відновлення критичного ставлення хворих до власного стану та поведінки. Уводячи хворих у тимчасовий стан вираженого стресу, вони тим самим немов "витискають" та роблять неактуальними такі симптоми як галюцинації та маячні ідеї.

Піротерапія, тобто штучне підвищення температури тіла шляхом введення пірогенних речовин, певно, справляє аналогічну дію. Можливо, що шоківі методи, так як і піротерапія, мають, окрім того, і якісь інші (наприклад, зміна процесів обміну речовин), до цього часу невивчені механізми впливу на психопатологічну симптоматику.

Психотропні препарати є ефективними засобами, що діють вибірково на різні синдроми порушень психіки. Їх широко використовують як у гострій стадії психічного захворювання, так і у хронічній (як головний метод лікування, так і допоміжний), змінюючи дози та тривалість лікування у досить широкому діапазоні.

Характеристика окремих психофармакологічних засобів

Нейролептики - речовини, що мають властивості послаблювати та усувати продуктивну психотичну симптоматику, тамувати психомоторне збудження. Їх хімічні ряди та препарати:

- фенотіазіни (аміназін, тізерцин, трифтазін та ін.);
- бутирофенони (галоперідол, триседіл);
- тіоксантени (хлорпротиксен);
- нейролептики пролонгованої дії (модітен-депо, флушпірілен, пімозід).

Антидепресанти - речовини, що мають протидепресивну дію.

- трициклічні сполучення (меліпрамін, триптізол, амітриптілін);
- інгібітори моноаміноксидази (іпразід, нуредаль).

Транквілізатори - речовини, що мають властивість усувати страх, тривогу, нав'язливі стани, вегетативні дисфункції.

- бензодіазепіни (еленіум, седуксен);
- похідні від мепротану (мепробамат, триоксазін).

Психостимулятори - речовини, що мають властивість тимчасово підвищувати фізичну та психічну працездатність, настрій, усувати втоми, кволість, сонливість (група амфетаміну, фенметразину, піпрадол).

Ноотропи - речовини метаболічної дії, що позитивно впливають на процеси обміну у нервовій тканині (підвищують ефективність механізмів, що забезпечують консолідацію пам'яті, захищають мозок від патогенної дії гіпоксії, мають протисудомну активність і т.ін).

Психодизлептики - речовини, що мають властивість викликати у здорових людей психотичні розлади (похідні від лізергінової кислоти: ЛСД-25, МЛК; речовини рослинного походження: псилоцибін, мескалін і т.ін).

Психотерапія

Загальні дані

Психотерапія - це метод лікувального впливу лікаря на психіку хворого (або одночасно групи хворих) за допомогою слова через другу сигнальну систему для терапії нервово-психічних та соматичних хворих.

Основа психотерапевтичного впливу - мовний вплив лікаря його лікарським словом. Однак, не кожне слово лікаря є терапевтичним, лікувальним. Так, слово, сказане лікарем, може залишити хворого байдужим, не вплинути на нього. Слово лікаря може лікувати хворого лише тоді, коли воно несе корисну інформацію, що дає відповідь на найважливіші життєві проблеми хворого, коли це слово здатне

вплинути на хворого, піднести його, підбадьорити або принести заспокоєння.

І, навпаки, слово лікаря, що сказане необачно, випадково, без урахування його впливу на психіку хворого, може справити травмуючу дію і призвести до виникнення захворювання (*ятрогенія*). Тому лікар повинен надто відповідально ставитися до власних слів.

Застосування психотерапії для лікування потребує від лікаря глибокого знання типу вищої нервової діяльності хворого, індивідуальних особливостей його характеру, темпераменту. У одних випадках психотерапія є основним методом лікування (за неврозів, заїкання, алкоголізму, деяких внутрішніх і шкірних хвороб, окремих ендокринних хвороб), у інших випадках психотерапія може бути важливим допоміжним засобом лікування хворого.

Особливе місце психотерапія займає у комплексному лікуванні психічних захворювань.

Методи психотерапії змінюються у залежності від характеру захворювань, віку пацієнта, а також особливостей медичного закладу, де проводиться лікування (стаціонар, поліклініка чи санаторій).

Види психотерапії

1. Психотерапія у стані, коли не спиш:

- раціональна - роз'яснювальна;
- суггестивна - базується на навіюванні (прямому чи посередньому).

2. Психотерапія у гіпнотичному сні - гіпнотерапія:

- індивідуальна;
- колективна;

- наркогіпноз.

3. Аутогенне тренування:

- трудова терапія;
- культтерапія;
- бібліотерапія;
- музикотерапія і т.ін;
- психотерапія навчання.

Раціональна психотерапія

Під раціональною психотерапією розуміють логічно обгрунтовану або роз'яснювальну психотерапію, що здійснюється внаслідок активного стану кори головного мозку.

Психотерапевтичний вплив при цьому методі спрямовано головним чином на розумне перевиховання мислення хворого, на зміну оцінки хворим свого хворобливого стану. Ефект від раціональної психотерапії досягається систематичними співбесідами лікаря із хворим, роз'ясненням його хворобливих симптомів, розширенням світогляду хворого. При цьому психотерапевт активно залучає у лікувальний процес самого хворого, виробляє у нього критичне ставлення до свого хворобливого стану, а, головне, переконує хворого у тому, що основою його захворювання є "хвороблива уява".

Під час проведення раціональної психотерапії нерідко рекомендується зміна обстановки, що оточує хворого, особливо у тих випадках, коли хворий та оточуючі його особи знаходяться у конфліктних стосунках.

Безперечно, раціональна психотерапія, якщо вона проводиться уміло, буде мати успіх тільки у тому разі, коли особистість лікаря у інтелектуальному відношенні не нижче за хворого. Важливим також є те, щоб лікар взагалі імпонував хворому та був спроможним завоювати симпатію та довіру із перших сеансів раціональної психотерапії.

Метод раціональної психотерапії вельми ефективний за різного роду іпохондричних станів, страхів, фобій, наприклад, внаслідок канцерофобії, кардіофобії, сифілофобії і т.ін., а також при різноманітних невротичних розладах з боку внутрішніх органів.

Сугестивна психотерапія

Під методом сугестивної психотерапії розуміють спосіб психічного впливу лікаря на хворого за допомогою словесного навіювання. Навіювання - це явище, що відіграє провідну роль в усіх психотерапевтичних впливах лікаря на особистість хворого. Навіювання, що проводиться за допомогою дій лікаря, називається *реальним навіюванням*. Якщо ж лікар користується мовним впливом, говорять про *мовне, вербальне навіювання*.

При сугестивної психотерапії розрізняють пряме та посереднє навіювання. При посередньому навіюванні у корі головного мозку виникає концентроване збудження, що пов'язане із навіюванням словами та із тими предметами, за допомогою яких навіюване повинне реалізуватися. У даному випадку у корі великих півкуль головного мозку утворюються два осередки збудження: один - від слова (у другій сигнальній системі), другий - від реального подразника (у першій сигнальній системі).

Поняття сугестивної психотерапії містить у собі навіювання, що проводиться у стані, коли не спиш, та навіювання, що проводиться у стані гіпнотичного сну.

Під навіюваністю розуміють певну схильність підкорятися та змінювати поведінку не на підставі розумних, логічних доведень чи мотивів, а із однієї лише вимоги або пропозиції, що виходить від іншої особи, що навіює. При цьому сам суб'єкт, що підлягає сугестії, не усвідомлює такого підкорювання і продовжує вважати свій спосіб дій наслідком власної ініціативи чи самостійного вибору. Навіюваність є властивістю людської особистості, що цілком нормально виявляється у різних людей різною мірою.

Навіювання у стані, коли не спиш

Цей вид психотерапії у якійсь мірі використовується кожним лікарем-клініцистом, що позитивно впливає своїм словом на психіку хворого. Показаннями для застосування даного методу психотерапії є, насамперед, різноманітні невротичні розлади (істерія, неврастенія, психастенія і т.ін). Добрі результати досягаються за різних фобій (кардіофобія, канцерофобія, сифілофобія). Особливо ефективний цей метод психотерапії у дітей, що мають високу навіюваність.

Навіювання у стані, коли не спиш показане і у тих випадках, коли проведення навіювання у стані гіпнотичного сну неможливе через упередження хворого до "гіпнозу", побоювань щодо нього.

Протипоказане застосування методу навіювання хворим, що нещодавно перенесли інсульт чи гострий інфаркт міокарда, тому що навіювання у стані, коли не спиш передбачає певні емоційні реакції хворого на владний імперативний тон того, хто проводить лікування.

Навіювання у стані гіпнотичного сну

У основі методу міститься можливість ввести хворого у своєрідний сноподібний стан із гальмуванням його нервової системи, але із збереженням часткового контакту із лікарем - рапорту. Згідно з вченням І. П. Павлова, у гіпнотичному стані має місце гальмування великих півкуль головного мозку при наявності окремих пунктів збудження. Інакше кажучи, мова іде не про повний, а про "частковий" сон. Завдяки загальмованості нервової системи, навіювання у цьому стані досягається більш легко і має більшу силу, ніж навіювання у стані, коли не спиш.

Сфера застосування навіювання у стані гіпнозу повинна бути суворо обмежена. Неприпустиме застосування гіпнотичного навіювання психічно хворим у психотичному стані, тому що сама методика може призвести до посилення страхів, загострення та актуалізації марення.

Слід підкреслити, що глибокі стадії гіпнотичного навіювання (до ступеню задерев'яніння тіла, м'язів і т.ін) не є фізіологічними і тому небажані.

Аутогенне тренування

Одним із сучасних методів психотерапії є метод аутогенного тренування. Протягом останніх десятиліть темп життя у світі надзвичайно виріс, що ставить підвищені вимоги до нервової системи людини. Спостерігається певний дисонанс між високими вимогами до інтелекту людини, її емоційної сфери та порівняно малими навантаженнями на її м'язи.

Протягом останнього десятиріччя деякими вченими запропонований і із успіхом застосовується новий метод так званого аутогенного тренування. Як показали дослідження, зусиллями волі людини можна змінити у деяких випадках стан регуляторних нервових механізмів, тим самим впливаючи на напруження м'язів, ритм роботи серця, дихання, тонус судинної системи, температуру тіла.

Метод аутогенного тренування виявився ефективним не лише внаслідок суто функціональних розладів нервової системи, але й внаслідок лікування деяких внутрішніх, шкірних та інших захворювань.

Колективна психотерапія

Існує колективна та групова психотерапія. Різниця між ними полягає у тому, що при груповій психотерапії вплив лікаря спрямований на хворих, на усю групу взагалі (природно підібрану за монотематичної ознаки).

При колективній психотерапії використовується лікувальний вплив колективу, вплив хворих одне на одного. При колективній психотерапії збільшується обсяг уваги, а кількість корисної інформації, що сприймається, росте.

Щодо емоцій, то у колективі відбувається емоційний вплив одних хворих на інших. Вірний підбір хворих до терапевтичної групи призводить до загального підвищення настрою у групі, створення сприятливого фону "для лікування у групі" (М. В. Іванов, 1962). Під час проведення колективної психотерапії останнім часом знаходить широке застосування відтворення тематичних бесід, що записані на плівку.

Невідкладна допомога психічно хворим

Перебіг психічних захворювань нерідко супроводжується гострими станами, що потребують невідкладної допомоги, методами якої повинен володіти кожен лікар.

Психомоторне збудження - коли мова та рухи хворого хаотичні і прискорені. При цьому стані хворий може бути небезпечним як для самого себе, так і для оточуючих. Такий стан характерний для усіх видів розладу свідомості (аменція, делірій, присмеркові стани), буває при синдромі марення, при кататонічному збудженні (характерно для шизофренії), маніакальному чи депресивному синдромі.

При психомоторному збудженні у межах будь-якої нозологічної форми тактика лікаря майже ідентична. Насамперед, необхідно утримувати хворого у будь-якому певному положенні, застосовуючи підхід збоку, тому що при утриманні спереду або ззаду хворий здатний завдати медичному персоналу тяжких травм. Слід також мати на увазі, що кінцівки хворого необхідно фіксувати у проксимальних відділах, тому що фіксація їх у дістальних відділах може призвести до перелому або вивиху кісток чи надриву суглобових зв'язок.

Після утримання хворого у певному положенні йому відразу вводять внутрішньом'язово гексенал (3-5 мл 1% розчину) або нейролептики: аміназін (2-4 мл 2,5% розчину) у сполученні із мажептілом (2-3 мл 1% розчину), трифтазін (3-5 мл 0,2% розчину), тізерцин (2-4 мл 2,5% розчину), галоперідол (2-3 мл 0,5% розчину), седуксен (4-6 мл 0,5% розчину). Ці препарати вводять окремо чи комбінують при особливо сильному чи невтамованому збудженні. Перераховані нейролептики вводять із 5-10 мл 0,25% розчину новокаїну чи фізіологічного розчину.

При особливо тяжкому збудженні рекомендується в/в уведення аміназіну чи седуксену, що розчинений у 10-20 мл 40% розчину глюкози повільно, при горизонтальному положенні хворого (щоб уникнути швидкого падіння артеріального тиску). Під час психомоторного збудження на тлі депресії рекомендується уводити триптізол (4-8 мл 1% розчину) чи тізерцин (2 мл 2,5% розчину). При збудженні із розладом свідомості (аменція, делірій) рекомендується сполучати уведення нейролептиків із дезінтоксикаційною терапією (5 мл 25% розчину сульфату магнію із 5-10 мл 40% розчину глюкози, 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію, великі дози вітамінів групи В: В1, В6, В12).

Відмова від їжі. У кожному конкретному випадку необхідний індивідуальний підхід: слід спробувати з'ясувати причину відмови від їжі та спробувати умовити хворого поїсти. При упертій відмові слід проводити активне лікування нейролептиками і при цьому в/в уводити 30-40 мл 40% розчину глюкози і штучно годувати через зонд (уведення поживних сумішей - коктейлів - яйця, молоко, вершкове масло, бульйони, фруктові та овочеві соки, сіль, цукор - 500-1000 мл 1 раз на добу). Необхідно старанно перевірити знаходження зонду саме у шлунку!

Основні принципи реабілітації психічно хворих

1. Реабілітація як частка лікувально-профілактичних заходів у системі допомоги психічно хворим відповідає основним принципам державної охорони здоров'я.

2. Матеріалістичний підхід до проблем реабілітації на основі вчення І. П. Павлова про вищу нервову діяльність.

3. Реабілітація як динамічна система різноманітних заходів, що спрямовані на профілактику інвалідізації та компенсації того чи іншого дефекту психічної діяльності, на більш раннє та ефективне повернення хворих до суспільно корисної праці на основі перебудови стосунків (взаємостосунків), пристосування та відновлення у професійній, сімейній та суспільній сферах.

4. Максимально ранній початок проведення реабілітаційних заходів; активний вплив на особистість хворого на усіх етапах перебігу захворювання із урахуванням клінічних особливостей, біологічних та соціальних факторів - у єдності життєво-приспосувальних та лікувально-біологічних методів впливу.

5. Послідовність, поетапність та диференційованість реабілітаційних заходів, використання різноманітних форм цих заходів - від простих до більш складних - при активному співробітництві хворого із лікарем, середнім та молодшим медичним персоналом.

6. Зв'язок із медичною етикою та деонтологією. Під час проведення реабілітаційних заходів слід звертати увагу на чуйність, доброзичливість усіх ланок медичного персоналу, необхідність постійно підтримувати віру хворого у можливість того чи іншого ступеня відновлення втрачених функцій, необхідність виконання посильної праці і т.ін.

Питання соціальної реадaptaції хворих повинні бути у центрі уваги медичного персоналу.

Деякі нетрадиційні методи лікування у психіатричній клініці

Голковколювання (акупунктура, голкотерапія, чжень-цзю-терапія) - один із методів рефлекторної терапії, що полягає у впливі на функції організму із лікувальною метою різних за силою, характером та тривалістю подразнень, що наносяться у певні цяточні зони поверхні тіла. Подразнення здійснюється за допомогою найтонших металевих голок, що вводяться шляхом певних прийомів на різну глибину (*голковколювання, чжень, акупунктура*), або шляхом прогрівання чи припалювання тліючим полином (*припалювання, цзюа, мокса*). Загальне число біологічно активних точок (БАТ), що розташовані на усій поверхні шкіри, досягає 693, переважна більшість їх відома із глибокої давнини. У східній традиційній медицині існують емпіричні принципи розподілу точок за "каналами" або "*меридіанами*". На поверхні шкіри проходить 14 "меридіанів", на яких розташовано усі точки. 12 із 14 "меридіанів" носять умовні назви внутрішніх органів, а 2 - передній та задній серединні "меридіани" - одержали назву за розташуванням. Точки мають певне анатомо-топографічне положення: 55 точок - ординарні, розташовані на середній лінії голови, обличчі, передній та задній поверхні тулуба; решта 638 - парні, розташовані на симетричних лініях та ділянках голови, обличчя, кінцівок та тулубу. Згідно із напрямком дії та іннерваційним зв'язком точки можна умовно поділити наступним чином:

- точки загальної дії, подразнення яких справляє рефлекторний вплив на функціональний стан ЦНС;
- сегментарні точки, вплив на які обумовлює сегментарно-рефлекторну дію на органи, що за допомогою іннервації пов'язані із цими сегментами;

- спинальні точки, що розташовані на вертебральній та паравертебральній лініях, відповідно до місць виходу нервових корінців та вегетативних волокон;
- регіонарні точки - зони Захар'їна - Геда;
- локальні точки, призначені переважно для впливу на підлягаючі тканини (м'язи, судини, зв'язки, суглоби).

Розрізняють 2 основні методики голковколювання - *гальмуючу* та *збуджуючу*. Кожна із них має сильний та слабкий варіанти.

Позитивні якості методу:

1. Відносна простота техніки та значна ефективність при багатьох функціональних захворюваннях та болючих синдромах.
2. Відсутність побічних негативних реакцій (алергічних).
3. Відсутність необхідності застосування лікувальних засобів.

Аурикулотерапія (аурикулопунктура, ер-чжень-пяо) - вплив на певні активні зони вушної раковини, що викликає спрямовані рефлекторні реакції, що у свою чергу справляють терапевтичний ефект при захворюваннях внутрішніх органів, нервової системи.

Електропунктура - вплив електричним струмом на біологічно активні точки шкіри людини. Є лікувальним методом пунктаційної (цяточної) рефлексотерапії.

Контрольні запитання

1. Значення психотропних засобів у терапії психічних захворювань.
2. Визначення поняття "психофармакотерапія".
3. Визначення понять "трудова реадаптація" та "відновлююче лікування" (реабілітація).

4. Методи лікування та профілактики основних психічних захворювань.
5. Виписати по одному рецепту із наступних груп: нейролептики, транквілізатори, антидепресанти, психостимулятори, ноотропи.
6. Характеристика "активної" терапії психічно хворих.
7. Розповісти про класифікацію психотропних засобів.
8. Що Ви знаєте про психолептичні препарати?
9. Які нейролептичні препарати застосовуються у психіатрії?
10. Характеристика найбільш розповсюджених транквілізаторів.
11. Які антидепресанти найчастіше застосовуються у психіатрії?
12. Які побічні явища та ускладнення можуть виникнути під час лікування нейролептиками?
13. Що Ви знаєте про психотерапію?
14. Задачі та методи психотерапії.
15. Характеристика раціональної психотерапії.
16. Характеристика сугестивної психотерапії.

Заняття 26

Назва теми:

Сексологія і сексопатологія

Тривалість заняття: 4 академічні години.

Навчальна мета: ознайомити студентів із основними питаннями сексології та сексопатології, досягненнями за останні роки у цій галузі. Розповісти про історію розвитку цих наук, розкрити поняття

сексуальності та її складових, дати класифікацію основних сексопатологічних порушень. Ознайомити студентів із основними видами сексуальних перверсій, питаннями лікування та профілактики сексуальної патології.

Місце заняття: навчальна кімната.

Оснащення заняття: таблиці класифікації сексологічних порушень, навчальний відеофільм.

Сексуальна сфера людини. Сексуальна норма та патологія.

Сексуальність людини тісно пов'язана з її особистістю, впливає на самооцінку, зв'язок з оточуючими людьми і визначає поведінку.

Визначення меж норми в сексуальній поведінці людини пов'язане з труднощами. З клінічної точки зору, сексуальну поведінку можна вважати нормальною, навіть коли вона проявляється не тільки моногамним гетеросексуальним статевим актом, або застосуванням методів стимуляції зовнішніх статевих органів, і якщо вона не закінчується досягненням оргазму, що задовольняє обох партнерів.

Сексуальну поведінку не можна вважати патологічною, якщо вона не є компульсивною, експлозивною, деструктивною або супроводжується тривогою і почуттям провини (Г.І. Каплан, Б.Дж. Седок, 1994).

К. Імелінський (1986) рекомендував розрізняти три категорії норми: оптимальну, прийнятну і терпиму.

До оптимальної норми слід відносити сексуальні дії і форми поведінки, які внаслідок своїх особливостей, найбільш бажані з індивідуальної та соціальної точки зору.

До прийнятої норми відносять такі сексуальні дії і форми поведінки, які не обмежують індивідуальний розвиток людини і не заважають їй налагоджувати тісні міжособистісні контакти.

До терпимої норми слід віднести такі сексуальні дії і таку поведінку, оцінка яких може бути різною з точки зору норми або патології і залежить від особистісного, ситуаційного і партнерського контексту.

В основі критеріїв сексуальної норми лежить сучасна концепція психічного здоров'я, що спирається на такі показники, як тенденція до розвитку і самореалізації людини, здатність керувати своїми діями і вчинками у відповідності до системи особистісних цінностей, здатності адекватно сприймати самого себе і оточуючих і до навчання на ґрунті власного досвіду.

Розрізняють також партнерську норму за 6 критеріями, що розроблено Гамбургським сексологічним інститутом:

1. Відміна статі, тобто статева детермінація.
2. Зрілість виключення сексуальних контактів, що ґрунтуються на залежності та наслідках статевих стосунків. Цей критерій заважає встановленню статевих зв'язків між дорослими й дітьми, які ще не можуть усвідомити сутність такого роду контактів та їх наслідків.
3. Критерій взаємної згоди передбачає виключення сексуальних контактів при використанні фізичної сили або обману.
4. Критерій досягнення насолоди, що пов'язаний з самою сутністю сексуального контакту.
5. Критерій непричинення збитку здоров'ю.
6. Критерій відповідності суспільним нормам є важливим, так як у кожному суспільстві існує певна межа терпимого.

Партнерська норма розроблена перед усім з урахуванням гедоністичної та інтерперсональної функцій.

Біологічний аспект сексуальної норми виражено в понятті індивідуальної норми.

Для індивідуума нормальними вважаються такі форми сексуальної поведінки дорослої людини, які

- з непередбачених причин не виключають и значною мірою не обмежують можливість здійснення статевого акту, наслідком якого могло б стати запліднення;
- не характеризуються стійкою тенденцією до уникання статевих стосунків.

Таким чином, до необхідних факторів, що дозволяють розпізнати патологію сексуальності, відносять наступні:

- особистісні фактори;
- ситуаційні фактори;
- фактори партнерства.

Формування психічної статі

Тільки після описання З. Фрейдом наслідків впливу на характер дорослої людини його дитячих переживань, світ визнав універсальність сексуальної активності і сексуального навчання у дитинстві. Вже на момент народження дитини статева диференціація мозку формує його біологічну готовність для розвитку статевого диморфізму особистості. Образ “Я” особистості формується протягом життя. Ще до народження дитини його батьки безсвідомо обумовлюють розвиток фемінінних чи маскулінних рис.

Більшість переживань дитинства, що пов'язані із сексуальним досвідом, не усвідомлюється батьками. Однак усвідомлення статі проявляється у дитини в іграх, конфліктах у родині, терпимістю до агресії, активності чи пасивності, інтелектуальних, естетичних або фізичних захопленнях.

Сексуальність особистості залежить від трьох взаємопов'язаних складових:

- сексуального ототожнення;
- статевого ототожнення;
- сексуальної поведінки.

Статева ідентифікація співвідноситься з особистісним сенсом належності до чоловічої чи жіночої статі.

Сучасні ембріологічні дослідження показали, що генетично чоловічі та жіночі ембріони являються анатомічно жіночими на ранніх стадіях розвитку зародка. Диференціація чоловічого та жіночого типів здійснюється внаслідок дії фетальних андрогенів у період з 6-го тижня до 3-го місяця життя ембріону. Ці дані спростовують концепцію ранньої бісексуальності або екіпотенціальності ембріона.

Статева ідентифікація звичайно формується у дитини до 3-х років, однак усвідомлення маскулітності чи фемінітності відбувається в соціумі і суттєво залежить від поведінки оточуючих.

Формування статевої ідентичності залежить від впливу трьох факторів:

- відношення батьків і культурної позиції;
- зовнішніх статевих органів дитини;

- генетичної схильності.

Тенденції до розвитку чоловічих чи жіночих рис особистості звичайно проявляються у трьохрічному віці. Так, для хлопчиків характерна більша схильність до фізичної і вербальної агресії, допитливість, самовпевненість, самостійність, а для дівчаток - підвищений інтерес до зовнішності, одягу, прихильність до батьків, невпевненість, нерішучість, побоювання нового.

Статева ідентичність є найважливішою стороною самосвідомості, а самосвідомість визначає внутрішній образ “Я”, належить до найглибших, інтимних характеристик особистості і відіграє провідну роль в організації результативного управління власною поведінкою.

Статеворольова поведінка іноді може вступати в протиріччя з ідентичністю статі, є всим тим, що суб’єкт говорить чи робить для того, щоб продемонструвати статус хлопчика (чоловіка) або дівчинки (жінки). Роль статі не визначається при народженні, але будується внаслідок власного досвіду, стикаючись і перебігаючи крізь причинне і неплановане навчання, крізь точні інструкції і навіювання, крізь спонтанні ситуації, що порушують загальний хід розвитку.

Адекватний вихід полягає у відповідності ідентичності статі до її ролі. У прийнятті тої чи іншої статевої ролі важливе значення має навчання. Існує три альтернативні теорії статевої соціалізації:

1. Теорія ідентифікації підкреслює роль емоцій і наслідування, вважаючи, що дитина безсвідомо імітує поведінку дорослих представників своєї статі, місце яких вона прагне зайняти.
2. Теорія статевої типізації надає вирішальне значення механізмам психічного підкріплення заохочення хлопчиків за маскулінну поведінку, а дівчаток - за фемінінне “соціальне навчання”.

3. Теорія самокатегоризації підкреслює значення самосвідомості. Дитина спочатку засвоює уяву про статеву ідентичність, а потім визначає себе як хлопчика чи дівчинку (“когнітивно-генетична теорія”).

Статеворольова поведінка може вступати в протиріччя з ідентичністю статі. При цьому суб’єкт ототожнює себе зі своєю власною статтю, але запозичує атрибутику протилежної. В іншому випадку він (суб’єкт) ототожнює себе з протилежною статтю, але поводить у відповідності з власною.

Статева поведінка

Нормальним попередником сексуальної поведінки, за Альфредом Кінзі, є мастурбація. Вона є характерною майже для всіх чоловіків і 2/3 жінок. Мастурбація - це навмисне викликання оргазму шляхом штучного подразнення ерогенних зон, частіше власних статевих органів.

Дослідження встановили, що сексуальна стимуляція нерідко зустрічається у дитинстві. Спочатку це ссання пальців, а потім генітальна самостимуляція. Від зацікавленості до власного тіла інтереси пререміщуються на інших людей, тварин і т.ін. Це проявляється у ексгібіціонізмі, розгляданні і дослідженні геніталій один одного. У пубертатному віці мастурбація сягає своєї кульмінації. Якщо у стародавні часи і у первісних культурах пубертат знаменує собою шлюбний вік, то у західній цивілізації вступ до шлюбу потребує соціальної зрілості. Звідси походить оцінка мастурбації як прояву бісоціальної дисгармонії, в основі якої міститься той факт, що

біологічна організація статевої сфери людини завдяки притаманній їй консервативності не змінюється у ті проміжки часу, протягом яких відбуваються значні соціальні зміни, що відсувають можливість встановлення регулярних статевих стосунків на більш пізні терміни часу (Г.С. Васильченко, 1990).

Мастурбація являє собою сурогатний засіб, що дозволяє зняти або пом'якшити прояви фізіологічного дискомфорту, що породжені біологічними потребами, які не знаходять адекватного задоволення.

Важлива відміна між підлітком і дитиною, що не досягнула статевої зрілості, полягає у фантазуванні уявного коїтуса. Уявний коїтус, або інші фантазії сексуального змісту є суттєвим компонентом сексуальної ідентичності.

В умовах депривації, коли суб'єкт не має можливості здійснити коїтус внаслідок хвороби, відсутності партнера, ізоляції і т.ін., аутоstimуляція виконує адекватну роль, виступаючи джерелом отримання насолоди і послаблення напруги та агресивності.

Мастурбація є психопатологічним феноменом у тих випадках, коли стає компульсивною і неконтрольною.

Таким чином, мастурбація являє собою універсальний та неминучий аспект психосоціального розвитку і в більшості випадків має адекватне значення.

Основні прояви нормальної сексуальності у чоловіків.

Розрізняють чотири фази сексуальної реакції у чоловіків.

I фаза: збудження - ерекція, збільшення статевого члену в об'ємі порівняно зі станом спокою, придбання ним твердості, необхідної для введення у піхву і здійснення статевого акту. Ерекція є першим проявом чоловічої сексуальності, для якого характерна надмірна

чутливість до психотравмуючих факторів, негативних емоцій. Одночасно з ерекцією пеніса відбувається набухання сосків. Фаза збудження може тривати до декількох годин.

II фаза: плато, яке спостерігається при тривалій стимуляції. Яєчки збільшуються у розмірі на 50% і піднімаються. Відмічається скорочення великих м'язових груп, збільшення кровотоку, прискорення частоти дихання та збільшення артеріального тиску. Друга фаза триває декілька хвилин.

III фаза: оргазм. При еякуляції (сім'явиверження) відбувається м'язове скорочення сім'явидних протоків, що забезпечує викид еякулята. У окремих суб'єктів сім'яна рідина викидається на відстань більше одного метра.

У клініко-фізіологічному аналізі кортикального забезпечення статевих функцій слід відмітити парацентральної дольки, синдром ураження яких свідчить про безпосередню їх участь у регулюванні еякуляції. У здорових чоловіків суб'єктивне відчуття еякуляції неминуче викликає оргазм, вищу ступінь насолоди. Оргазм триває до 1,5 сек. і супроводжується легким потьмаренням свідомості. Г.С. Васильченко (1990) при оргазмі виділяє два рівня: а) церебральний та б) сегментарний. Системне тлумачення механізмів оргазму дає змогу пояснити диссоціацію між оргазмом та еякуляцією при деяких станах: мимовільний сім'явикид під час сну і випадки еякуляції без оргазму.

IV фаза: рефрактерна. Спостерігається відток крові від геніталій та заспокоєння. Ця фаза включає відчуття загального розслаблення та м'язової релаксації. Якщо виникає оргазм, то ця фаза є короткочасною, в протилежному випадку виникає роздратованість та дискомфорт, який триває від 2 до 6 годин.

Після оргазму у чоловіків спостерігається рефрактерний період, що триває від декількох хвилин до декількох годин. У цей період їх неможливо стимулювати для нового оргазму.

Основні особливості жіночої сексуальності.

На відміну від чоловічої сексуальності, жіноча сексуальність більш психологічна, з фіксацією на еротичній фазі, зміщенням оргазму на період регулярного статевого життя, домінуючим значенням екстрагенітальних ерогенних зон.

Феноменологія нормальних проявів жіночої сексуальності описується також у вигляді чотирьох фаз, що включають ерогенну реактивність, любрикацію, оргазм та статевий потяг.

Нормальні зрілі статеві відношення гетеросексуальні та інтимні. Якість інтимності залежить від взаємного кохання без страхів та конфліктів.

Найбільш розроблена сучасна типологія кохання розрізняє шість стилів:

1. ***Ерос*** - палке кохання, прагнення до повного фізичного оволодіння об'єктом.
2. ***Людус*** - гедоністична любов- гра.
3. ***Сторге*** - спокійне, тепле та надійне кохання- дружба.
4. ***Прагма*** - любов за розрахунком.
5. ***Манія*** - ірраціональна любов- одержимість з залежністю від об'єкту потягу.
6. ***Агапе*** - самовіддане, безкорисне кохання.

Основні форми статевого життя людини.

Прояви сексуальності складаються з різноманітних форм статевого задоволення. Г.С. Васільченко (1990) різноманітні форми статевого життя класифікував наступним чином:

А. Екстрагенітальні форми статевого життя.

1. Платонічне кохання.
2. Танці.
3. Гейшизм.

Б. Генітальні форми статевого життя.

І. Сурогатні та вікарні форми статевої активності.

1. Полюції.
2. Мастурбація.
3. Петінг.

ІІ. Сурогатні форми коїтуса.

1. Вестибулярний коїтус.
2. Коїтус між стегнами.
3. Коїтус пахвовий, між молочних залоз, нарвасадата.
- 4 4. Коїтус через анус:
 - а) гетеросексуальний;
 - б) гомосексуальний.

ІІІ. Нормативний гетеросексуальний коїтус.

ІV. Орогенітальні контакти - кейра, феллаціо, кунілінгус.

V. Сексуальні дії з тваринами.

Вияви сексуальності людини мають широкий діапазон, тому викликають дискусії не тільки у відношенні до меж норми, але й навіть у відношенні сенсу таких меж. Заперечення нормативності призводить до обговорення проблеми терпимості та нетерпимості.

Класифікація сексуальних розладів.

В міжнародній класифікації психічних та поведінкових розладів (ICDX) сексуальні розлади знаходяться у розділі F6 *Розлади особистості та поведінки у дорослих*, який включає наступні рубрики:

F64 Розлади статевої ідентифікації

F64.0 Транссексуалізм.

Під транссексуалізмом розуміють бажання жити та бути прийнятим у якості особи протилежної статі, як правило, разом з відчуттям неадекватності або дискомфорту від своєї анатомічної статі та бажанням отримати гормональне або хірургічне лікування з метою зробити своє тіло якомога більш відповідним до бажаної статі.

F64.1 Трансвестизм подвійної ролі має прояв у прагненні носити одяг протилежної статі з метою отримання задоволення від тимчасового відчуття своєї належності до протилежної статі, але без найменшого бажання більш сталої зміни статі або пов'язаної з цим хірургічної корекції. Перевдягання не супроводжується збудженням, що відрізняє цей розлад від фетишизму.

F64.2 Розлад статевої ідентифікації у дітей.

Як правило, цей розлад проявляється у ранньому дитинстві та характеризується постійною вираженою невдоволеністю через зареєстровану стать разом зі стійким бажанням належати до протилежної статі. Діагноз містить у собі наявність глибокого порушення належності до чоловічої або жіночої статі, явної хлоп'ячої поведінки у дівчат або дівчачої поведінки у хлопчиків. Розлад статевої ідентифікації частіше зустрічається у хлопчиків. Відкрита жіноча поведінка може зменшуватись у юнацтві, але більше

половини хлопчиків з таким розладом виявляють гомосексуальну орієнтацію.

У дівчат, яких рідше піддають соціальному остракізму за чоловічу роль, розлад статевої ідентифікації більш стійкий у зовнішніх проявах та інтересах, іграх, заняттях "чоловічими" видами спорту, одягу і т.ін. Після досягнення статевої зрілості в них зберігається чоловіча ідентифікація, що проявляється також у гомосексуальній орієнтації.

F65 Розлади статевої переваги.

Розлади сексуальної переваги включають парафілії:

F65.0 Фетишизм

Під фетишизмом розуміють використання будь-якого неживого предмету у якості стимула для сексуального задоволення. Фетишем можуть виступати взуття, рукавиці, шкарпетки або інші предмети туалету.

Розлад може виявлятися з дитинства. Сексуальна активність може бути спрямована на фетиш сама по собі (наприклад, мастурбація у взуття), або фетиш може залучатися до сексуальних відношень (наприклад, вимога, щоб партнер був одягнений певним чином).

Цей розлад частіше спостерігається у чоловіків. У жінок еквівалентом фетишизму може бути kleptomania, компульсивні крадіжки. Фетишистські фантазії нерідкі, але діагноз правомірний лише у тих випадках, коли мають місце нездоланні та неприйнятні ритуальні дії, які перешкоджають статевому акту і викликають страждання у самого індивідуума.

F65.1 Фетишистський трансвестизм.

Розлад відрізняється своїм чітким зв'язком з сексуальним збудженням та сильним бажанням зняти одяг протилежної статі після

досягнення оргазма та зниження сексуального збудження. Фетишистський трансвестизм може представляти собою стадію у розвитку транссексуалізму.

F65.2 Ексігібіціонізм.

Розлад характеризується періодичною або постійною схильністю до демонстрації власних статевих органів особам протилежної статі у людних місцях без вимоги та намірів більш близького контакту. Дослідження Б.В. Шостаковича та О.О. Ткаченка (1982) показали, що формування ексгібіціонізму можливе за будь-якої клінічної патології, і навіть у психічно здорових людей, що підтверджує його відносну феноменологічну самостійність.

Разом з тим, доведена можливість різноманітних механізмів його формування, перед усім за ступенем участі у цьому процесі біологічних або соціальних чинників. В усіх групах ексгібіціоністів є порушення ідентичності чоловічої статевої ролі та наявність тенденції і стереотипів поведінки, характерної для протилежної статі.

Згідно психоаналітичної трактовки, задача ексгібіціоніста полягає у затвердженні своєї чоловічої сутності, показуючи свій пеніс, спостерігати страх, здивування та відразу жертви.

Поряд з ексгібіціонізмом знаходиться інший розлад - непристойні телефонні дзвінки, під час яких суб'єкт, чекаючи реакції партнерші по телефонній розмові, займається мастурбацією - "телефонна скатологія".

F65.3 Вуаєризм.

Розлад, при якому має місце періодична або постійна схильність спостерігати за людьми, що займаються сексом, або іншими інтимними справами. Цей розлад може супроводжуватися

мастурбацією. Різновидом вуаеризму є надцінне захоплення порнографією та переглядом порнографічних фільмів.

F65.5 Педофілія

Сексуальна перевага дітям, як правило препубертатного або раннього пубертатного віку. Деяких педофілів приваблюють тільки дівчата, інших - тільки хлопчики, а треті цікавляться дітьми незалежно від їх статі. 95 відсотків випадків педофілії гетеросексуальні. Педофільні дії у більшості випадків включають поглажування геніталій або оральний секс. Вагінальні або оральні зносини з дитиною частіше спостерігаються при інцесті.

F65.5 Садомазохізм.

Розлад, який полягає у перевазі сексуальної активності з завданням болю чи приниженням. Якщо індивідуум схильний до такого роду стимуляції - це називається мазохізмом. Якщо ж він віддає перевагу тому, щоб бути джерелом таких дій - садизмом. Часто індивідуум отримує сексуальне задоволення як від садистичної, так і від мазохістської активності.

Сексуальний садизм пов'язаний із згвалтуванням, як однією з форм агресії. Деякі садистичні гвалтівники вбивають свої жертви, отримуючи задоволення від реалізації агресивного інстинкту. Згідно з теорією психоаналізу, садизм є захистом від страху перед кастрацією - суб'єкт робить з іншими те, що він боїться у відношенні до себе.

Мазохізм є діями по реалізації деструктивних фантазій, які спрямовані проти самого себе. Духовний мазохізм являє собою потребу страждати, але не супроводжується сексуальними переживаннями. У американській класифікації психічних порушень DSM-III-R, духовний мазохізм описується у осіб з прагненням до

аутодеструкції.

F65.6 Множинні розлади статевої переваги.

Розлади нерідко збігаються у одного суб'єкта, як правило це фетишизм, трансвестизм та садомазохізм.

F65.8 Інші розлади сексуальної переваги.

Може мати місце різноманітність статевої переваги та активності. Сюди відносяться доторкування до людей та тертя об них у людних місцях - фроттеризм; сексуальні дії з тваринами - зоофілія; використання придушування або аноксії для посилення статевого збудження - гіпоксіфілія. Під некрофілією розуміють отримання сексуального задоволення при статевих зносінах з трупом.

Екзотичні види статевої переваги різноманітні. Описуються також ковтання сечі - урофілія, вимазування фекаліями - копрофілія, введення предметів у пряму кишку, або в уретру, проколювання шкіри та сосків і т.ін.

Описані види сексуальної активності можуть бути проявом сексуального експериментування. У цих випадках відсутні такі ознаки парафілії, як стереотипність та компульсивність. Деякі парафілії є клінічними проявами інших психічних розладів.

F66 Розлади, пов'язані з сексуальним розвитком та орієнтацією.

Сама по собі сексуальна орієнтація не розглядається у якості порушення.

F66.0 Розлади статевого дозрівання.

Пацієнт старждає від сумнівів щодо власної сексуальної орієнтації, що призводить до депресії та тривоги.

F66.1 Егодистонічна сексуальна орієнтація.

Характерне прагнення до зміни статевої належності або сексуальної переваги.

Ф66.2 Розлад статевих взаємовідносин.

Характеризується тим, що аномалія статевої ідентифікації або сексуальної переваги призводить до труднощів при формуванні або збереженні зв'язку з сексуальним партнером.

Сексуальні розлади можуть поєднуватися також з іншими психічними порушеннями, що має важливе значення для судовопсихіатричної експертизи та пенітенціарної практики.

Феноменологічний напрямок у психіатрії, що в останні роки відроджується, дозволяє розмежувати різні види парафілій (О.О. Ткаченко, 1994).

Виділяють наступні клінічні характеристики парафілій:

1). Ступінь деперсоніфікації.

Цей показник характеризує різний ступінь патологічності, виражений тим більше, чим більш ранньому етапу психосексуального розвитку відповідає фіксація форм сексуальної поведінки. Основна відміна парафільного партнерства - це маніпулятивна роль, яка призначається об'єкту для виконання сталого стереотипу поведінки.

2). Зміна об'єкту сексуального потягу та засобів його реалізації.

Цей показник відображає ступінь розбіжності між об'єктом потягу та засобом активності.

Співвідношення об'єкту і активності містило в собі два різнопланових механізма: прогрес і регрес. Прогрес у відношенні до об'єкту з наближенням до гетеросексуального, більш анонімного, поєднується з регресивними тенденціями в основній активності.

Для типології парафілій О.О. Ткаченко пропонував використовувати

їх розподіл в залежності від структури переживань та форми, у яких ці переживання проявляються.

Егодистонічні форми парафілій:

а) **обсесивний** варіант, що характеризується мимовільним, нездоланим та постійним потягом. Дії, які відбуваються у такому стані, свідчать про декомпенсацію і не визивають розрядження після реалізації перверсного акта. Такі суб'єкти часто при цьому відчують занижену самооцінку та пригніченість.

б) **імпульсивний** варіант, що характеризується відсутністю усвідомлення спонукання та девіантною сексуальною активністю. Перверсні дії таких суб'єктів здійснювались без боротьби мотивів, не ідентифікувались особистістю і були "незалежні від волі". Після реалізації перверсних дій у пацієнтів виникало відчуття полегшення з частковою або повною амнезією на здійснене.

в) **компульсивний** варіант відображає наявність сформованої парафілії, має характер нездоланих спонукань на фоні відносно ясної свідомості.

Загальним для егодистонічних форм парафілій є збереження усвідомленої аномальності свого потягу та критичної оцінки своєї поведінки.

Егосінтотичні форми парафілій.

Характеризуються повним прийняттям особистістю власних девіантних спонукань. Це супроводжується стереотипізацією девіантних дій та підкоряється звичному і перевіреному шаблону. Ступінь обробки цього шаблону настільки висока, що поведінка має вигляд тонкого та глибоко проміркованого розуміння психології та мотивів жертви.

Судово-психіатрична оцінка при парафіліях.

Вона повинна бути комплексною та всебічною.

На першому етапі необхідно кваліфікувати особистість, яка здійснила сексуальний злочин у відповідності до міжнародної класифікації психічних та поведінкових розладів. При явних психічних розладах проблема експертної оцінки розладів спонукань вирішується, тому що обумовлює, згідно з юридичним критерієм неосудності (ст.12 КК України), порушення здатності до усвідомлення та регуляції по відношенню до будь-якого протиправного поведінкового акту.

Але парафілії можуть не супроводжуватися іншими психічними розладами, тому на другому етапі судово-психіатричного аналізу необхідно досліджувати саму парафільну поведінку.

Нездатність усвідомлювати власні дії та керувати ними, як правило, спостерігається при імпульсивних, а в деяких випадках - компульсивних парафіліях. При obsesivних парафіліях підекспертні часто визнаються осудними.

При компульсіях свідомість осіб, що обстежуються, під час здійснення акту парафілії буває звуженою, а при імпульсивних діях - потьмареною, тобто порушується здатність до вільного волевиявлення.

При інших варіантах психопатологічні механізми парафілій потребують більш повної індивідуальної оцінки при вирішенні питання про неосудність.

Необхідно виділити усі ознаки дизонтогенезу, які сприяють парафілії. Це особливо важливо при експертизі підлітків. В цих випадках слід проводити комплексну судово-сексолого-психіатричну експертизу (КССПЕ).

Оскільки серед контингенту осіб, що скоїли сексуальний злочин,

піддослідні з парафіліями складають близько половини, зберігається висока актуальність вивчення сексуальної поведінки серед ув'язнених, що дозволяє говорити про пенітенціарну сексопатологію.

Частіше за все, в пенітенціарних закладах зустрічається гомосексуалізм, пов'язаний з сексуальним насильством. В умовах ув'язнення сексуальне насильство відображає часто не незадоволені сексуальні потреби, а прагнення до закріплення свого ієрархічного положення серед ув'язнених. Таким чином, сексуальне насильство стає нормою серед ув'язнених. Так як гомосексуалізм є актуальною проблемою у пенітенціарному закладі, слід розрізняти:

- 1) гомосексуальну поведінку вікарну, пов'язану з ізоляцією серед суб'єктів однієї статі;
- 2) гомосексуалізм як соціальну поведінку у пенітенціарному закладі;
- 3) добровільне заняття гомосексуалізмом за винагороду;
- 4) гомосексуалізм як порушення статевої орієнтації.

Розв'язання проблеми сексуальних перверсій у ув'язнених потребує поглиблення наукових досліджень та підготовки відповідних спеціалістів. Можливим рішенням проблеми профілактики сексуальних злочинів є створення профільних лікувально-діагностичних пенітенціарних центрів.

Гомосексуальні відношення серед ув'язнених чоловіків часто випадкові та нестійкі. У жінок гомосексуальні контакти більш стійкі та емоційно насичені, проявляються у взаємній ніжності, увазі. У чоловіків активний партнер поводить себе розв'язно, нагло, часто з фізичним насильством, демонструючи активну чоловічу роль. Пасивні гомосексуалісти, як правило, знаходяться у положенні вигнанців, з принизливим і відразливим ставленням оточуючих.

Діюча в пенітенціарних закладах практика карного переслідування гомосексуалістів науково не доведена, тому в усіх подібних випадках необхідно призначати КССПЕ. Особливо це стосується молодих та інтелектуально неповноцінних суб'єктів.

Парафілії в пенітенціарних закладах потребують уваги спеціалістів - юристів, психологів, психіатрів та сексопатологів.

Введення в штати пенітенціарних закладів України психологів є кроком вперед для вирішення проблеми пенітенціарної сексопатології.

Контрольні запитання

1. Поняття “сексуальної норми” та її категорій.
2. Визначення факторів, що дозволяють розпізнати патологію сексуальності.
3. Як формується статева ідентифікація?
4. Теорії статевої соціалізації.
5. Особливості розвитку статевої поведінки людини.
6. Які основні прояви нормальної сексуальності у чоловіків?
7. Основні особливості жіночої сексуальності.
8. Класифікація форм статевого життя людини.
9. Класифікація сексуальних розладів за МКХ-10.
10. Характеристика транссексуалізму та трансвестизму.
11. Характеристика фетишизму та ексгібіціонізму.
12. Характеристика садомазохізму та педофілії.
13. Які клінічні характеристики парафілій Вам відомі?
14. Як здійснюється судово-психіатрична оцінка парафілій?

Рекомендована література

1. К. Имелинский. Сексология и сексопатология: Пер с польск. М.: Медицина, 1986. - 424с.
2. И.С. Кон. Введение в сексологию. М.: Медицина, 1988. - 320с.
3. А.Нохуров. Нарушения сексуального поведения: Судебнопсихиатрический аспект. - М.: Медицина, 1988. - 224с.
4. Сексология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко. М.: Медицина, 1990. - 576с.
5. Б.В. Шостакович, А.А. Ткаченко. Эксгибиционизм. Таганрог: "Сфинкс", 1991. - 200с.
6. З. Старович. Судебная сексология: Пер. с польск., М.: Юрид. лит., 1991. - 200с.
7. Ю.М. Антонян, А.А. Ткаченко. Сексуальные преступления: научно популярное исследование. М.: Амальтея, 1993. - 320с.
8. А.О.Бухановский, А.С. Андреев. Структурнодинамическая иерархия пола человека. Ростов: "Феникс", 1993. - 152с.

Контрольні питання по основних термінах та поняттях з курсу нозологічної психіатрії

1. Повторна поява ознак хвороби після періоду зовнішнього благополуччя.
2. Одночасне виникнення у хворого антагоністичних думок, почуттів, бажань.
3. Розлад емоційно-вольової сфери, проявом якого є байдужість до себе, оточуючих людей та подій, відсутність бажань та спонукань до дій.
4. Заглиблення у світ власних переживань, відірваних від реальності (патологічна замкненість).

5. Безпідставна, негативно забарвлена емоція, що супроводжується почуттям безпосередньої небезпеки для життя.
6. Синдром психомоторного збудження, ступору чи їх чередування з характерними парадоксальними змінами рухової активності.
7. Специфічний тип деменції при шизофренії, що характеризується втратою тону, процесів мислення та емоційно-вольових процесів.
8. Тип перебігу психічної хвороби, при якій спостерігається прогредієнтне наростання продуктивних та негативних симптомів.
9. Вживання хворим в усній та письмовій мові нових слів, створених ним самим (патологічне словомистецтво).
10. Невідповідність міміки хворого його емоціям чи ситуації.
11. Форма шизофренії, перебіг якої відбувається без продуктивних симптомів, але з відносно швидкою появою шизофренічного дефекту.
12. Французький психіатр XIX століття, який запропонував термін "раннє недоумство".
13. Німецький психіатр, один із засновників нозологічного напрямку в психіатрії.
14. Форма шизофренії, що з'являється у підлітковому та юнацькому віці і проявляється збудженням з блазнюванням, химерністю, пуерильністю, брутальністю, негативізмом, імпульсивністю.
15. Зовнішнє послаблення або зникнення проявів шизофренічного процесу.
16. Синдром, при якому спостерігається поєднання фантастичного марення (переслідування, величі, іпохондричного і т.ін) із слуховими галюцинаціями при зовнішньо впорядкованій поведінці.
17. Кататонічний симптом - мимовільне повторення одноманітних, безцільних рухів, що не мають виразності.

18. Кататонічний симптом - немотивована протидія хворого особі (лікареві), що намагається вступити з ним у контакт (патологічна упертість).
19. Форма шизофренії, що характеризується переважанням галюцинаторно-маячної симптоматики.
20. Визначення рецидиву шизофренії, що має нападopodobно-прогресивний тип перебігу.
21. Синонім поняття розщеплення - порушення єдності психічної діяльності у вигляді втрати смислових зв'язків думок, почуттів, дій.
22. Явище розщеплення, що проявляється у мові.
23. Перший синтезований нейролептичний препарат, що застосовується для тамування психомоторного збудження та лікування шизофренії або інших психозів.
24. Кататонічний симптом - мимовільне повторення хворим почутих слів та коротких фраз.
25. Мислення, що побудоване на філологічних правилах, але не має смислового змісту і відірване від реальної дійсності.
26. Тяжке почуття сприймання оточуючого як нереального, чужого.
27. Патологічна відсутність бажань та спонукань до діяльності.
28. Тимчасове послаблення або втрата проявів шизофренічного процесу.
29. Порушення єдності психічних процесів як наслідок втрати керуючого значення смислових зв'язків думок, почуттів, дій.
30. Одна з назв шизофренії, що проявляється найгострішим нападом рухового збудження з високою температурою тіла та запамороченням свідомості.
31. Комплекс заходів, які спрямовано на відновлення (чи компенсацію) порушених хворобою психічних функцій, повернення хворих до праці та у суспільство.

32. Стан послаблення нервово-психічної діяльності, провідною ознакою якого є її виснаження.
33. Мислення, що характеризується безглуздо-парадоксальним, без логічного зв'язку сполученням уявлень, але із збереженням граматично правильної побудови фраз.
34. Патологічна особливість мислення, що виявляється у викривленні логіки, невідповідності посилок та висновків.
35. Мислення у вигляді відокремлених міркувань без зв'язку з реальною дійсністю (безплідне мудрування).
36. Форма шизофренії із переважанням психомоторних розладів.
37. Сукупність ідей, суджень, що не відповідають дійсності та не підлягають корекції звичайним шляхом - переконуванням, роз'яснюванням.
38. Руховий розлад, що має прояв у тривалому збереженні хворим наданої йому пози.
39. Сприйняття без відповідного реального подразника (об'єкта).
40. Симптом прогресуючого розпаду асоціативних процесів при шизофренії.
41. Відсутність мови - мовний негативізм.
42. Синдром несистематизованих (уривчастих) маячних ідей.
43. Різновид психічного автоматизму у мисленні - наплив думок.
44. Швейцарський психіатр, що описав "раннє недоумство" як "психоз розщеплення", виділив "основні" та "додаткові" ознаки хвороби.
45. Вид психічного автоматизму у мисленні - затримка думок.
46. Російський психіатр, який описав синдром психічного автоматизму, автор класичної монографії "Про псевдогалюцинації", який описав синдром психічного автоматизму.
47. Розлад мислення за темпом, характерний для ендогенної депресії.
48. Безсоння.

49. Група психотропних засобів, які застосовуються для лікування депресій різного генезу.
50. Припинення рухової активності.
51. Синонім циркулярної депресії.
52. Стан, що характеризується пригніченим настроєм.
53. Рухове збудження на основі тривожно-боязливого напруження.
54. Відсутність апетиту (відмова від їжі).
55. Назва психозу, що описав Фальєре, а в подальшому названому Крепеліном маніакально-депресивним.
56. Маніакальний стан з переважанням гарячкості та дратівливості - вид змішаного стану.
57. Тип перебігу маніакально-депресивного психозу, при якому спостерігаються як депресивні, так і маніакальні стани, розділені "світлими" відрізками часу.
58. Знижений настрій.
59. Нестерпний смуток - афективний стан, характерний для депресії.
60. Напад психічної хвороби, після якого відбуваються зміни особистості (тип перебігу психічного захворювання).
61. Тип перебігу маніакально-депресивного психозу, при якому відбувається безпосередній перехід однієї фази у другу з наступним "світлим" відрізком часу.
62. Дія, що спрямована на позбавлення себе життя.
63. Різновид атипічної депресії, що має прояв у соматичних еквівалентах.
64. Вітчизняний психіатр - один із засновників патофізіологічного напрямку у психіатрії, що описав сомато-вегетативну триаду при МДП.
65. Стан між двома нападами МДП, що характеризується повним відновленням психічної діяльності.

66. Синдром розумового та рухового збудження з підвищено-радісним настроєм.
67. Напад шаленого збудження із надзвичайно сильним афектом туги та страху.
68. Метал, солі якого (карбонат та оксибутират) є препаратами нормотимічної дії.
69. Порушення діяльності шлунково-кишкового тракту, як один із симптомів сомато-вегетативного симпатикотонічного комплексу, що спостерігається при МДП.
70. Прискорення серцебиття - симптом сомато-вегетативного симпатикотонічного комплексу, що спостерігається при МДП.
71. Розширення зіниць - один із симптомів симпатикотонічного комплексу.
72. Підвищений настрій.
73. Форма МДП, при якій основні симптоми хвороби нечітко виявлені.
74. Зміна темпу мислення, що є характерною для маніакального стану.
75. Переживання відчуття болі, що викликане психічною хворобою.
76. Схильність до злісно-дратівливого афекту з незначного приводу або без нього, часто з агресивними тенденціями та діями.
77. Термін, що вживається як синонім тугорухомості мислення.
78. Якість мислення хворого на епілепсію, що характеризується інертністю, затрудненням переходу із одних уяв (тем) на інші.
79. Похідні барбітурової кислоти, протисудомні засоби.
80. Чітко обмежений часом хворобливий стан, що виникає раптово (втрата свідомості, судоми, вегетативні прояви).
81. Рідкісна форма епілепсії, що перебігає у вигляді повільно-прогресивного наростання епілептичного недоумства з нечастими та слабо окресленими пароксизмальними явищами у анамнезі.

82. Розлад свідомості з порушенням усіх видів орієнтування, при якому активуються рухові автоматизми переміщення з наступною амнезією усього, що трапилося.
83. Загальна назва епізодичного психозу.
84. Короткочасне виключення свідомості без втрати м'язового тону та без судомних явищ.
85. Тип перебігу психічної хвороби із прогресивним розвитком симптоматики, появою недоумства або дефекту психічної діяльності.
86. Схильність до фіксації на нескладних уявленнях з наступним їх повторенням на інші запитання.
87. Виражене збіднення словникового запасу, що супроводжується своєрідною персевераторною мовною продукцією.
88. Особливість особи хворого на епілепсію, що характеризується зосередженням на вузькому колі власних інтересів.
89. Характерологічна особливість, зовнішнім проявом якої є схильність до пунктуального дотримання дрібниць, іноді завдаючи збитку суті справи.
90. Тип епілептичного недоумства з переважанням дисфоричних станів та змін особистості.
91. Різновид амбулаторного автоматизму в стані сну.
92. Мислення, що характеризується нездатністю відокремлення головного від другорядного та надмірною деталізацією.
93. Мимовільне короткочасне м'язове скорочення.
94. Форма доброякісного перебігу епілепсії у дітей з частими та короткими нападами за типом абсансів.
95. Пароксизмальний розлад настрою з переважанням почуття туги, злості та страху.

96. Розлад свідомості продуктивного типу з повною дезорієнтацією, наявністю галюцинаторно-маячних переживань жахливого змісту, різким почуттям страху та схильністю до агресивно-руйнівних дій.
97. Епілептичне недоумство, у основі якого наявний стійкий параноїдний синдром.
98. Суб'єктивно забарвлений початок нападу у вигляді короткочасного пароксизму, перебіг якого супроводжується зміненою або частково зміненою свідомістю.
99. Тип перебігу психічного захворювання, що характеризується гострим початком, короткочасністю перебігу, нечастими розладами свідомості та виходом у стан, що мав місце до початку захворювання.
100. Розлад свідомості непродуктивного типу, що спостерігається під час великого судомного нападу.
101. Вид амбулаторного автоматизму у формі короткочасного пересування бігством.
102. Феномен, що проявляється електроенцефалографічно чи клінічно і відображає епілептичний розряд.
103. Непродуктивний розлад свідомості з уповільненням перебігу психічних процесів, з відсутністю спонтанної психічної продукції та наявністю лише елементарних мовно-рухових реакцій.
104. Невроз, викликаний перевтомою або тривалим впливом психотравмуючих факторів, що проявляється станом підвищеної збудливості та виснаженням з емоційною лабільністю.
105. Аномалія (дизонтогенія) характеру - сукупність стійких особливостей складу особистості, в основі яких наявна дисгармонія, невірноваженість або нестійкість психічних процесів при збереженні інтелектуальних здібностей.

106. Галузь гігієни, що вивчає фактори та умови оточуючого середовища, які впливають на психічний розвиток та психічний стан людини, і розробляє рекомендації по збереженню та зміцненню психічного здоров'я.
107. Психічне захворювання, викликане емоційним струсом - психічною травмою.
108. Лікування хворих чи корекція їх поведінки методами психологічного впливу.
109. Стан, що характеризується пригніченим настроєм та зниженням психічної діяльності.
110. Психогенне захворювання, що викликане неправильними або необережними висловами чи діями лікаря.
111. Німецький психіатр, психолог, філософ, творець феноменологічного напрямку у психіатрії, що описав триаду ознак внаслідок реактивної депресії.
112. Психопатія, що характеризується різкою дратівливістю, "застряванням" афекту, дріб'язковим педантизмом, впертістю, злопам'ятістю, схильністю до рухових реакцій та дисфорій.
113. Синонім психологічної брехливості.
114. Сексуальний потяг до дітей.
115. Німецький психіатр, який описав форму реактивного психозу (істеричного присмеркового розладу свідомості), що був названий його ім'ям.
116. Форма задоволення статевої пристрасті неприродним шляхом, при якій задоволення досягається спогляданням власного оголеного тіла або його частин.
117. Психопатія, що характеризується патологічною замкненістю, підвищеною чутливістю при зовнішній холодності, полярністю тенденцій у вчинках та поведінці, дивакуватістю.

118. Задоволення статевої пристрасті неприродним шляхом, що має прояв у прагненні до оголення геніталій у присутності осіб протилежної статі.
119. Форма психопатії з переважанням егоцентризму, демонстративністю, театральністю у поведінці, підвищеною навіюваністю, мінливістю прагнень та потягів.
120. Психопатія, що характеризується мінливістю настрою за типом фазових станів.
121. Наявність у поведінці та висловлюваннях дорослої людини рис, що притаманні дітям (одна із форм реактивних психозів).
122. Нездатність ходити, стояти та сидіти без сторонньої допомоги при збереженні м'язової сили внаслідок розладу рівноваги тіла істеричного характеру.
123. Невроз, що проявляється поліморфними функціональними психічними розладами, соматичними та неврологічними розладами, і характеризується великою навіюваністю та самонавіюваністю хворих, прагненням будь-яким шляхом привернути до себе увагу оточуючих.
124. Задоволення статевої пристрасті неприродним шляхом, при якому сексуальне задоволення досягається у процесі спричинення партнеру фізичних або моральних страждань.
125. Стан, при якому виявляється зведення кількості рухів до мінімуму (аж до нерухомості).
126. Психотропні засоби, що усувають тривогу, страх, нав'язливі стани, вегетативні розлади внаслідок психогенних захворювань.
127. Задоволення статевої пристрасті неприродним шляхом у формі сексуального потягу до осіб старечого віку.
128. Сминдром нав'язливих станів (синонім).

129. Явище засвоєння психічно здоровою особою маячних чи понадцінних ідей, які висловлює психічно хворий.
130. Зведення до культу певного предмета та статевая тяга до нього.
131. Спільна назва патологічних змін у психічній діяльності, що виникають у відповідь на психічну травму та відображають її зміст (один із типів перебігу психічних захворювань).
132. Істеричний психоз, проявами якого є вдавана втрата найпростіших навичок, елементарних знань, бланнювання при відсутності ознак запаморочення свідомості.
133. Задоволення статевої пристрасті неприродним шляхом, при якому з метою досягнення сексуального задоволення необхідно зазнавати фізичного болю чи морального приниження, спричинених партнером.
134. Форма психопатії, що характеризується підозрілістю, недовірливістю, підвищеною зарозумілістю, звуженням кола інтересів, упертістю та схильністю до паралогічного мислення, кататимно-афективного способу тлумачення ситуації, утворення понадцінних ідей.
135. Невроз, що проявляється відчуттям власної неповноцінності, нерішучості і схильністю до нав'язливостей та побоювань.
136. Нав'язливий страх.
137. Засновник вітчизняної психіатрії, творець вчення про суміжні стани та профілактичну психіатрію.
138. Вітчизняний психіатр, засновник спілки психіатрів та прешої кафедри психіатрії, творець вчення про психопатії.
139. Статевий потяг до тварин.
140. Повна сліпота, зокрема, як прояв істеричної реакції.
141. Олігофренія, що зумовлена зменшенням розмірів мозку, у зв'язку з його недостатнім розвитком.

142. Водянка головного мозку, що часто поєднується із розумовою відсталістю.
143. Розумова відсталість середнього ступеня.
144. порушення проміжного обміну фенілаланіну, що спадкується за рецесивним типом та призводить до олігофренії.
145. Втрата здатності рахувати.
146. Розумова відсталість легкого ступеня.
147. Додаткове повіко (симптом, що спостерігається при хворобі Дауна).
148. Втрата або відсутність здібностей до письмової мови.
149. Втрата здібності до концентрації уваги (найвиразніше послаблення уваги).
150. Спадково зумовлена ензимопатія, що проявляється у неможливості засвоєння та метаболізму фруктози та призводить до олігофренії.
151. Найвираженіший ступінь олігофренії.
152. Ензимопатія, що викликана порушенням обміну метіоніну і призводить до олігофренії.
153. Форма олігофренії.
154. Відсутність або втрата здатності читати та розуміти прочитане.
155. Форма олігофренії, що зумовлена ураженням мозку чисельними продуктами порушеного обміну мукополісахаридів.
156. Олігофренія, зумовлена ембріопатією, що пов'язана з ураженням зародка вірусом краснухи.
157. Олігофренія, що виникає внаслідок природженого дефіциту гістидази.
158. Олігофренія, що виникає внаслідок гіпотиреозу.
159. Аномалія розвитку з характерним високим ростом, подовженими кінцівками, особливо пальцями, вадами розвитку серцево-судинної системи та очей, розумовою відсталістю (синдром Марфана).

- 160.Порушення пам'яті, внаслідок якого добре засвоєний чужий матеріал відтворюється як власний.
- 161.Період життя, протягом якого відбувається припинення генеративної функції і можуть складатися умови, що сприяють розвитку психічних розладів.
- 162.Хронічна хвороба, що характеризується ліпоїдною інфільтрацією внутрішньої оболонки артерій із наступним розвитком у їх стінці сполучної тканини.
- 163.Надмірна зосередженість на стані власного здоров'я або впевненість у наявності вдаваної тяжкої хвороби.
- 164.Клонічне повторення окремих складів слова.
- 165.Дослідник, що встановив закономірність, згідно з якою процес втрати пам'яті відбувається від недавнього до давно минулого.
- 166.Втрата чи розлад здатності до цілеспрямованих дій, що пов'язані із нерозумінням адекватного вживання чи застосування певних предметів.
- 167.Французький психіатр, що описав маячний синдром (іпохондричний, меланхолічний), названий його ім'ям.
- 168.Стан, що характеризується глибоким спадом фізичних та психічних процесів із кахексією.
- 169.Тип недоумства, при якому спостерігається нерівномірне ураження психічних функцій, здебільшого зі збереженням критичного ставлення до свого стану ("ядра" особистості).
- 170.Галузь клінічної медицини, що вивчає хвороби людей похилого та старечого віку і розробляє методи їх діагностики, профілактики та лікування.
- 171.Зменшення маси та об'єму органа (зокрема, головного мозку), що супроводжується поступовим послабленням та припиненням його функції.

172. Синдром старечого недоумства із розладами пам'яті за корсаковським типом, ейфорією, при відносній зовнішній впорядкованості поведінки хворих.
173. Обман пам'яті - хибні спогади за продуктивним типом (вид парамнезії).
174. Німецький психіатр - один із засновників нозологічного напрямку у психіатрії.
175. Тип недоумства, при якому спостерігається рівномірне ураження психічних функцій із втратою критичного ставлення до власного стану, "ядра" особистості.
176. Розлад впізнавання.
177. Синдром, при якому спостерігається сполучення фантастичного марення (переслідування, величі, іпохондричного і т.ін) із слуховими галюцинаціями при зовнішній впорядкованості поведінки.
178. Вітчизняний психіатр - засновник нозологічного напрямку у психіатрії та Московської наукової школи; описав психоз, що названий його ім'ям, автор класичного курсу психіатрії.
179. Маячний синдром зі стійким, систематизованим маренням при зовнішній впорядкованості поведінки хворого.
180. Один із засновників гістопатології психозів, що виділяв особливий вид старечого недоумства, який було названо його ім'ям.
181. Рухове занепокоєння із тривожно-боязливим напруженням.
182. Втрата пам'яті.
183. Стан, що характеризується зниженим настроєм та психомоторною загальмованістю.
184. Виснаження нервової системи внаслідок будь-яких шкідливих факторів.
185. Вид глобальної деменції у старечому віці.

186. Синдром слухових галюцинацій на фоні формально непорушеної свідомості.
187. Тип сенсорно-апатичного розладу, що полягає у переставленні складів, спотворенні слів.
188. Багатомовність, балакучість.
189. Синонім недоумства.
190. Сп'яніння, що перебігає у формі гострого психотичного стану за типом присмеркового розладу свідомості із кримінальними наслідками.
191. Автор, ім'ям якого названо симптом нав'яних зорових галюцинацій внаслідок білої гарячки.
192. Комплекс переживань, пов'язаних із підозрою чи переконаністю у невірності сексуального партнера, який у деяких випадках набуває патологічного характеру.
193. Вживання алкоголю з метою тамування абстинентних явищ.
194. Стан інтенсивної та тривалої алкоголізації, що викликаний патологічним потягом до алкоголю.
195. Втрата особою притаманних їй властивостей зі збідненням усіх її здібностей.
196. Вид артикулярного розладу мови, "спотикання" на складах - одна із фізичних ознак алкогольного сп'яніння.
197. Один із алкалоїдів опію, що застосовується у медицині - наркотична речовина.
198. Сік, що отримують із недозрілих макових голівки, який є наркотичною речовиною.
199. Гіперкінез, проявами якого є мимовільні, стереотипні і ритмічні коливання (тремтіння) усього тіла або його частин (один із симптомів алкогольної абстиненції та білої гарячки).

200. Медикаментозний засіб, що застосовується для сенсibiliзуючої терапії алкоголізму (синонім антабусу).
201. Стан глибокого пригнічення функцій центральної нервової системи, що характеризується повною втратою свідомості, втратою реакції на зовнішні подразники.
202. Підвищена сприйнятливість до звичайних зовнішніх подразників - один із симптомів білої гарячки.
203. Недовгочасне вживання протягом одного чи декількох днів великої кількості алкоголю або наркотичних речовин, що призводить до вираженої інтоксикації.
204. Підвищена пітливість - одна із соматичних ознак алкогольного делірію.
205. Загальна назва хвороб, що проявляються протягом до вживання наркотичних речовин у наростаючій кількості, внаслідок стійкої фізичної та (чи) психічної залежності від них.
206. Розділ психіатрії, що вивчає прояви, етіологію та патогенез алкоголізму, токсикоманій та наркоманій і розробляє методи їх профілактики та лікування.
207. Розлад свідомості за продуктивним типом із порушенням орієнтації у часі та місці, наявністю яскравих істинних зорових галюцинацій.
208. Імпульсивний потяг до пияцтва, що періодично виникає на фоні пригніченого настрою і триває від декількох днів до тижня і більше із повним невживанням алкоголю у проміжок часу між запоями.
209. Відновлення симптоматики захворювання після періоду зовнішнього одужання (ремісії).
210. Синдром, головною особливістю якого є інтенсивні слухові галюцинації на фоні потьмареної свідомості.

- 211.Схильність до викривлення істини , характерна для алкоголіків та наркоманів.
- 212.Почуття щастя, радості, задоволення, що часто спостерігаються внаслідок різноманітних видів сп'яніння.
- 213.Синдром несистематизованих маячних ідей.
- 214.Неможливість повного відтворення у свідомості деталей, епізодів або подробиць подій, що відбувалися під час алкогольного сп'яніння.
- 215.Блювотний засіб, що застосовується для аверсійної терапії алкоголізму.
- 216.Делірій, що має тяжкий перебіг з наявністю безладної мови.
- 217.Наркотик, що отримують із квітів конопель (індійських, чуйських і маньчжурських).
- 218.Стан, що виникає внаслідок різкого припинення вживання речовин, що викликають токсико-наркоманічну залежність або після уведення їх антагоністів клінічна картина і перебіг якого залежить від типу речовини, дози прийому, тривалості вживання.
- 219.Розлад (запаморочення) свідомості з наявністю безладної мови та хаотичним збудженням у межах ліжка.

***Відповіді до контрольних запитань з основних термінів
та понять за курсом нозологічної психіатрії***

- | | |
|---------------------|---------------|
| 1. Рецидив. | 7. Дефект. |
| 2. Амбівалентність. | 8. Процес. |
| 3. Апатія. | 9. Неологізм. |
| 4. Аутизм. | 10.Парамімія. |
| 5. Страх. | 11.Проста. |
| 6. Кататонія. | 12.Морель. |

13. Крепелін.
14. Гебефренічна.
15. Ремісія.
16. Парафренія.
17. Стереотипія.
18. Негативізм.
19. Параноїдна.
20. Шуб.
21. Дисоціація.
22. Шизофазія.
23. Аміназін.
24. Ехолалія.
25. Формальне.
26. Дерезалізація.
27. Абулія.
28. Ремісія.
29. Розщеплення.
30. Фебрильна.
31. Реабілітація.
32. Астенія.
33. Розірване.
34. Паралогічність.
35. Резонерство.
36. Кататонічна.
37. Марення.
38. Каталепсія.
39. Галюцинація.
40. Зісковзування.
41. Мутизм.
42. Параноїд.
43. Ментизм.
44. Блейлер.
45. Шперунг.
46. Кандинський.
47. Уповільнення.
48. Агрипнія.
49. Антидепресанти.
50. Адинамія.
51. Меланхолія.
52. Депресія.
53. Ажитация.
54. Анорексія.
55. Циркулярний.
56. Гнівлива.
57. Біполярний.
58. Гіпотимія.
59. Туга.
60. Фаза.
61. Альтернуючий.
62. Суїцид.
63. Маскована.
64. Протопопов.
65. Інтермісія.
66. Манія.

67. Раптус.
68. Літій.
69. Запор.
70. Тахікардія.
71. Мідріаз.
72. Гіпертимія.
73. Циклотимія.
74. Прискорення.
75. Психалгія.
76. Експлозивність.
77. В'язкість.
78. Тугорухомість.
79. Фенобарбітал.
80. Напад.
81. Проста.
82. Транс.
83. Еквівалент.
84. Абсанс.
85. Процес.
86. Персеверація.
87. Олігофренія.
88. Егоцентризм.
89. Педантизм.
90. Афективне.
91. Сомнамбулізм.
92. Грунтовність.
93. Міоклонії.
94. Пікнолепсія.
95. Дисфорія.
96. Присмеркове.
97. Паралогічне.
98. Аура.
99. Епізод.
100. Кома.
101. Фуга.
102. Пароксизм.
103. Оглушення.
104. Неврастенія.
105. Психопатія.
106. Психогігієна.
107. Психогенія.
108. Психотерапія.
109. Депресія.
110. Ятрогенія.
111. Ясперс.
112. Епілептоїдна.
113. Псевдологія.
114. Педофілія.
115. Ганзер.
116. Нарцисизм.
117. Шизоїдна.
118. Експібіціонізм.
119. Істероїдна.
120. Циклоїдна.

121. Пуерілізм.
122. Абазія.
123. Істерія.
124. Садизм.
125. Ступор.
126. Транквілізатори.
127. Геронтофілія.
128. Ананкастичний.
129. Індуціювання.
130. Фетишизм.
131. Реакція.
132. Псевдодеменція.
133. Мазохізм.
134. Параноїдна.
135. Психастенія.
136. Фобія.
137. Салінський.
138. Ганнушкін.
139. Зоофілія.
140. Амавроз.
141. Мікроцефалія.
142. Гідроцефалія.
143. Імбецильність.
144. Фенілкетонурія.
145. Акалькулія.
146. Дебільність.
147. Епікантус.
148. Аграфія.
149. Апрозексія.
150. Фруктозурія.
151. Ідіотія.
152. Гомоцистонурія.
153. Ксеродермічна.
154. Алексія.
155. Гаргоїлізм.
156. Рубеоліерія.
157. Гістидинемія.
158. Кретинізм.
159. Арахнодактилія.
160. Кріптомнезія.
161. Клімакс.
162. Атеросклероз.
163. Іпохондрія.
164. Логоклонія.
165. Рібо.
166. Апраксія.
167. Котар.
168. Маразм.
169. Лакунарне.
170. Геріатрія.
171. Атрофія.
172. Пресбіофренія.
173. Конфабуляція.
174. Крепелін.

175.Глобальне.
176.Агнозія.
177.Парафренія.
178.Корсаков.
179.Паранойя.
180.Альцгеймер.
181.Ажитація.
182.Амнезія.
183.Депресія.
184.Астенія.
185.Сенільна.
186.Галюциноз.
187.Парафазія.
188.Логорея.
189.Деменція.
190.Патологічне.
191.Ліпман.
192.Ревнощі.
193.Похмілля.
194.Запій.
195.Деградація.
196.Дизартрія.
197.Морфій.

198.Опій.
199.Тремор.
200.Тетурам.
201.Кома.
202.Гіперестезія.
203.Абузус.
204.Гіпергідроз.
205.Наркоманія.
206.Наркологія.
207.Делірій.
208.Дипсоманія.
209.Рецидив.
210.Галюциноз.
211.Брехливість.
212.Ейфорія.
213.Параноїд.
214.Палімпсест.
215.Апоморфін.
216.Муситуючий.
217.Гашиш.
218.Абстиненція.
219.Аменція.

Рекомендована література

1. А. А. Портнов, Д. Д. Федотов. Психиатрия. М., 1971, 472 с.
2. А. А. Кирпиченко. Психиатрия. Минск, “Высшая школа”, 1984, 240 с.
3. Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува. Лечение психически больных (руководство для врачей). М., “Медицина”, 1988, 528 с.
4. Руководство по психиатрии под ред. В. А. Снежневского. М., 1983, в 2-х томах.
5. Клиническая психиатрия под ред. Н. Е. Бачерикова. Киев, “Здоровья”, 1989, 509 с.
6. М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко. Психиатрия. М., “Медицина”, 1995, 608 с.

7. Руководство по психиатрии под ред. Г. В. Морозова. М., “Медицина”, 1988, т. 1-2.
8. Майкл Гельдер, Деннис Гэт, Ричард Мейо. Оксфордское руководство по психиатрии. Киев, “Сфера”, 1997, т. 1-2.