

Г.Т. СОННИК, О.К. НАПРЕЄНКО, А.М. СКРИПНІКОВ

ПСИХІАТРІЯ

Допущено Міністерством охорони здоров'я України як підручник
для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних
навчальних закладів III-IV рівнів акредитації

Київ
“ЗДОРОВ'Я”
2003

УДК 616.89 (075.8)

Автори: проф. Г.Т. Сонник, проф. О.К. Напреевко, проф. А.М. Скрипніков

Рецензенти: проф. В.Л. Гавенко, проф. В.М. Козідубова

Цей підручник висвітлює загальні та окремі питання психіатрії і за структурою та змістом відповідає чинній навчальній програмі. За своєю структурою він складається з двох основних розділів. У першому висвітлюються питання загальної психопатології та симптоматики психічних захворювань, а другий присвячений клінічній психіатрії, головним чином тим захворюванням, знання яких необхідне для майбутніх лікарів-стоматологів.

Клінічні уявлення про головні форми психічних розладів у підручнику викладено з урахуванням новітніх досягнень теоретичної медицини, вміщено тлумачний словник психіатричних термінів. Значне місце також відведено сучасним методам лікування та профілактики психічних захворювань, представлені сучасні погляди на етіологію та патогенез психічних розладів. Систематику патології подано як за традиційною національною, так і прийнятою в Україні у 1998 році Міжнародною класифікацією ICD–10 та поширеним у світі Довідником по діагностиці та статистиці психічних розладів Американської асоціації психіатрів (DSM-IV).

Для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних закладів III-IV рівнів акредитації.

В дизайні обкладинки використано фрагмент картини Р. Флері "Філіп Пінель звільняє психічно хворих з кайданів".

КОРОТКІ БІОГРАФІЧНІ ДОВІДКИ ПРО АВТОРІВ ПІДРУЧНИКА

Сонник Григорій Трохимович

Доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії, академік Нью-Йоркської академії наук та Української академії сексологічних досліджень.

Закінчив Вінницький медичний інститут. Автор понад 200 наукових праць, у тому числі трьох монографій і семи збірників по психіатрії. Співавтор підручника по психіатрії для студентів вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації, “Тлумачного словника психіатричних термінів”. Нагороджений Почесною грамотою Верховної Ради України та медаллю “За доблесний труд”, почесним дипломом та срібною медаллю за досягнення у психіатрії у XX сторіччі (Кембріджський біографічний центр, Англія), знаком “відмінник освіти України”, почесними грамотами МОЗ України і обласної Ради народних депутатів, Лауреат премії імені академіка В.П. Протопопова. Автор патенту України “Електропровідний адгезив”. Занесений в книжку “Національний довідник. Медична еліта України”.

Напрєєнко Олександр Костянтинович

Доктор медичних наук, професор.

У 1973 р. закінчив Київський медичний інститут ім. О.О. Богомольця. Завідувач кафедри психіатрії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, головний психіатр Міністерства охорони здоров'я України.

Крім досліджень традиційних проблем вітчизняної психіатрії, наркології, психотерапії та організації охорони здоров'я, одним із перших став розвивати в Україні психосоматичну медицину, екстремальну

психіатрію, груповий психоаналіз та інші особистісно орієнтовані лікувально-діагностичні підходи. Співзасновник пріоритетного напрямку клінічної психіатрії, пов'язаного з радіаційним опроміненням та іншими несприятливими впливами зовнішнього середовища (екологічна психіатрія). Автор понад 200 наукових праць, які видані у 11 країнах світу, у тому числі 13 монографій, підручників, навчальних та клінічних посібників.

Брав активну участь у розробці першого Закону України “Про психіатричну допомогу”, низки директивних документів спрямованих на його практичну реалізацію. Значну увагу надає підготовці кандидатів та докторів медичних наук, роботі в наукових часописах.

Член Ради Всесвітньої асоціації екстремальної психіатрії, президії правління Товариства невропатологів, психіатрів та наркологів України, голова Київського регіонального товариства психіатрів, наркологів і медичних психологів.

Скрипніков Андрій Миколайович

Доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії. Закінчив Полтавський державний медичний стоматологічний інститут. Автор понад 60 наукових праць, у тому числі однієї монографії та трьох навчально-методичних посібників. Нагороджений Почесною Грамотою МОЗ України та відзнакою “Відмінник вищої школи”.

ПЕРЕДМОВА

Програма психіатричної підготовки студентів стоматологічного факультету передбачає вивчення етіології, патогенезу та клініки психічних захворювань а також розладів при соматичних захворюваннях, навчання їх навичкам діагностики і лікування. Вивченню психіатрії на стоматологічних факультетах медичних вузів відводиться значно менше часу, ніж на медичних. Але студенти за цей короткий проміжок часу повинні ознайомитися з питаннями загальної та клінічної психіатрії, навчитися діагностиці поширених симптомів та синдромів при психічних захворюваннях та навичкам їх лікування.

Підручник для студентів-стоматологів, природно, відрізняється від підручників з психіатрії для студентів медичних факультетів. Багаторічний досвід викладання психіатрії студентам-стоматологам дозволив нам, згідно програми, зменшити обсяг та конкретизувати викладення матеріалу і зробити спробу наблизити зміст підручника до сучасного рівня знань. Автори розглядали основи клінічних розладів психічної діяльності, їх патогенез та методи лікування, а також профілактику з урахуванням досягнень психіатрії та суміжних з нею дисциплін.

Із загальної кількості психічних захворювань відібрані головні, знання яких має безумовне значення для практичної діяльності лікаря-стоматолога та формування його клінічного світогляду.

Лікарю-стоматологу на практиці нерідко доводиться зустрічатися з різними психічними розладами, мати уявлення про які можна тільки при достатній підготовці з психіатрії. Питання загальної психіатрії у підручникові висвітлюються разом з питаннями медичної психології, що надає можливість студентам стоматологічного факультету набути клінічного уявлення про хворобливий процес та встановити безпомилковий діагноз.

Особливу увагу в розділі загальної психопатології приділено ролі негативних емоцій при розвитку синдрому дисморфофобії у осіб з різними

дефектами обличчя, неприємним запахом з ротової порожнини і т. ін., через те, що з такими хворобливими проявами нерідко доводиться мати справу лікарю-стоматологу.

Питання загальної психіатрії висвітлюються в поєднанні з питаннями медичної психології. До підручника включені основні дані про психогігієну, психопрофілактику та психотерапію психічних розладів.

В розділі, який присвячений клінічній психіатрії розглядаються найбільш поширені психічні захворювання, загальні відомості, що необхідні лікарю будь-якого профілю. Особливо детально розглядаються питання аномалій розвитку характеру та психічних реакцій у осіб з природженими та набутими дефектами обличчя та щелеп. Детально розглядаються особливості перебігу та розвитку синдрому дисморфоманії при шизофренії. Ці питання недостатньо висвітлені в існуючих підручниках з психіатрії, в той час як знання їх необхідне лікарям-стоматологам.

Вивчення психічних реакцій у осіб з різними дефектами обличчя та щелеп, зубних рядів, прикусу і т. ін., особливо динаміки їх розвитку з простеженням етапів формування особистісних змін, характеризують собою нову по суті, ще мало вивчену галузь медичної психології та психіатрії. Підвищення кваліфікації стоматологів в галузі психіатрії допоможе в ранній, вірній постановці діагнозу, та своєчасному проведенню необхідного лікування.

Як доповнення до підручника додається тлумачний словник психіатричних термінів.

Глава 1

ОСНОВНІ ЕТАПИ ІСТОРИЧНОГО РОЗВИТКУ ПСИХІАТРІЇ

Історія психіатрії нараховує багато віків. Психічні хвороби існують стільки, скільки існує людство. Але при цьому психіатрія як розділ медицини сформувалася лише наприкінці XVIII ст. Її історія включає в себе не тільки процес становлення як наукової дисципліни, але й демонструє трансформацію ставлення суспільства до душевнохворих.

Згідно періодизації відомого історика психіатрії Ю.В. Каннабіха (1929) виділяють шість історичних етапів формування наукових поглядів і, відповідно, організації допомоги психічно хворим.

Перший (донауковий) період характеризується теологічним розумінням аномального поведіння хворих. В цей період уявлення про психічні розлади у стародавніх народів знаходило відображення у міфах, легендах і т. ін.

Другий період характеризується першими кроками в розумінні розладів психіки без теологічних тенденцій, що було вже значним прогресом та формувало зачатки організації допомоги психічно хворим. У цей час формується лікарська корпорація.

Третій період відповідає часам середньовіччя. Він характеризується регресом до рівня донаукового світогляду. Відношення до хворих у цю епоху двояке – від перших кроків по організації суспільного догляду до знищення на вогнищах інквізиції. Десятки тисяч людей, серед яких були й психічно хворі, були прилюдно спалені живцем. В цей період почали будувати примітивні заклади для утримання душевнохворих. У вологих темних підвалах їх тримали в кайданах, наручниках, жорстоко карали. Головною метою було ізолювати, а не лікувати хворого.

Четвертий період, що охоплює XVIII та початок XIX ст. – період становлення психіатрії як області медицини, епоха Ф. Пінеля, Дж. Коноллі, які сповідували нові принципи ненасильства по відношенню до душевнохворих. В цей період будуються перші психіатричні лікарні, в яких починають проводити дослідницькі роботи, і на їх основі будується симптоматологія психіатрії. У 1792 р. французький лікар *Ф. Пінель* (1745 – 1826) зняв ланцюги з душевнохворих, ліквідував тюремний режим, зобов'язав лікарів гуманно ставитися до пацієнтів. Лікування він поєднував з диференційованою фізичною працею. У 1801 р. Ф. Пінель опублікував “Медико-філософський трактат про душевні хвороби”, в якому систематизував та описав їх.

Учень Ф. Пінеля *Ж. Ескіроль* (1772 - 1840) продовжив реформи і активно боровся за права хворих. Він запровадив у лікарняний режим обходи пацієнтів, історії хвороби. В 1838 році опублікував двохтомний посібник по психіатрії "Про душевні хвороби".

В Англії в 40-х роках XIX ст. *Дж. Коноллі* заснував систему нестиснення, згідно якої механічний тиск на пацієнта є злом, оскільки він принижує хворого і гальмує його одужання.

У 1803 р. *Й. Рейль* запропонував термін "психіатрія".

П'ятий період - епоха нозологічної психіатрії. На базі достатньо сформованої клінічної психіатрії, що дала великий матеріал для спостережень, робиться спроба використати методологію медицини того часу для створення закінченої (природно-наукової) моделі психіатрії. Головним підсумком цього періоду стало створення нової нозологічної класифікації психічних розладів.

Основу нозологічного напрямку в психіатрії (1834) заклав *П.О. Бутковський* у фундаментальній праці "Душевні хвороби..."

Слідом за ним нозологічні критерії в психіатрію запровадив *К. Кальбаум* (1828 - 1899), який запропонував вивчати психічні та соматичні симптоми психозу, його перебіг, послідовність чергування клінічних проявів хвороби.

Пізніше *Е. Крепелін* (1856 - 1926), ґрунтуючись на критеріях, запропонованих *К. Кальбаумом*, у 1896 р. виділив як окремі захворювання маніакально-депресивний психоз та раннє недоумство. *Е. Крепелін* систематизував психічні хвороби та написав "Підручник психіатрії".

До класифікацій цього періоду входять уже не тільки виражені психотичні форми хвороби, а й великий розділ "малої" та "межової" психіатрії. В цей же час намітились різні підходи щодо розуміння механізмів та причин психічних порушень, що зумовило розвиток таких напрямків, як фрейдизм, психодинаміка, клініко-біологічна та соціальна психіатрія.

Шостий (сучасний) етап розвитку психіатрії характеризується широким вивченням позалікарняних, соціальних, соматологічних аспектів психіатрії та "психофармакологічною революцією". Відбувся значний розвиток соціальної та біологічної психіатрії, соціальної реабілітації, порушуються глобальні проблеми, такі як вікові психічні розлади, суїцидологія та ін.

Отже, психіатрія за короткий відрізок часу пройшла значний шлях, перетворившись із науки "чистого спостереження" в медичну спеціальність, що набуває активного розвитку.

Становлення наукової психіатрії в Україні та інших слов'янських країнах.

Засновником психіатрії слов'янських країн є харківський професор *П.О. Бутковський*, автор першого посібника "Душевные болезни". Він викладав психіатрію в Харківському університеті з 1834 до 1844 рр., тобто значно раніше, ніж *І.Б. Балинський* в Петербурзькій Військово-медичній академії.

Петро Олександрович Бутковський (1801-1844) народився в родині священика. Після навчання у Греко-латинській колегії в Харкові вступив до С.-Петербурзької медико-хірургічної академії, після закінчення якої 9 років служив військовим лікарем у різних шпиталях та військових частинах російської армії. У вільний від службових обов'язків час він проводив широку практику серед цивільного населення з лікування не лише

соматичних, але й душевних хвороб. У ці роки він виявив глибокий інтерес до вивчення творів російських та іноземних лікарів-психіатрів. Цьому сприяло знання латинської, французької, німецької та шведської мов. У лютому 1830 року штабс-лікар Петро Бутковський звертається в конференцію медико-хірургічної академії у С.-Петербурзі з проханням дозволити для отримання ступеня доктора медицини замість іспитів з усіх предметів захистити публічно свої міркування про душевні хвороби. Це прохання було задоволене і в цьому ж році він представив свою працю, яка отримала високу оцінку. Однак з незрозумілих причин лише через два роки рукопис був розглянутий і схвалений на конференції. 24 грудня 1832 року П.О. Бутковському присуджений ступінь доктора медицини, котрий був визнаний Гельсінгфорським університетом.

Його не задовольняла тогочасна класифікація душевних хвороб, коли "...все формы этих болезней описывались под названием меланхолии и бешенства..." (т. I, с.1). Розвиток психіатрії затримувався тим, що протягом декількох століть "...психологию преподавали по догмам метафизики..." (т. I, с. 2). Практичний досвід та широкі теоретичні пізнання дали можливість П.О. Бутковському розпочати написання посібника з психіатрії. Про це він скромно писав: "Имея случай познакомиться со всеми психиатрическими сочинениями... и находя явный недостаток в надлежащем руководстве, счел нужным написать "Душевные болезни"...". У січні 1833 р. П.О. Бутковським був презентований до друку рукопис, а в середині 1834 р. вийшли у світ "Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом содержании". Це був перший посібник з психіатрії в Росії. П.О. Бутковський одним з перших у світі включив до назви посібника термін "психіатрія", і широко користувався ним на його сторінках.

15 листопада 1834 р. він був затверджений ординарним професором Харківського університету на кафедрі хірургії та душевних хвороб, а ще через три роки перейшов на кафедру окремої патології і терапії, але

продовжив викладати душевні хвороби протягом 10 років роботи в Харківському університеті. В цей період у Харкові функціонувала одна з перших психічних лікарень Росії, яка була відкрита у 1796 р. і мала назву Сабурової дачі. Відомо, що П.О. Бутковський тісно співпрацював з цією лікарнею, оскільки там використовувались запропоновані ним методи лікування.

Помер П.О. Бутковський 21 листопада 1844 року від крововиливу в мозок у віці 43 років.

"Душевные болезни" Бутковського складаються з двох книг, загальний обсяг яких 318 сторінок. В них автор відстоював матеріалістичні погляди, першим запропонував фізіологічний напрямок у психіатрії і вказав на необхідність відійти від догм метафізики. Його прогресивні погляди зазнавали жорстокої критики (К.І. Грум, 1834, 1835; О.І. Сенковський, 1834; П.П. Маліновський, 1847). У подальшому його критикували за релігійно-містичні погляди (Ю.В. Каннабіх, 1929; Т.І. Юдін, 1951). Протягом багатьох десятиріч замовчувався той факт, що він є автором першого посібника з психіатрії, першим професором психіатрії і університетським викладачем душевних хвороб.

П.І. Ковалевський (1849-1923), учень професора Фрезе, з 1877 р. завідував кафедрою психіатрії в Харкові. Його багаточислені праці охоплюють усі області нервових та психічних захворювань від психології до анатомічних досліджень в психографії відомих людей. Із психологічних праць становлять інтерес його "Основы механизма душевной деятельности" (1885), де викладено його погляд на розвиток психічної діяльності шляхом боротьби протиріч між мисленням та афективним самопочуттям; протиріч, які знімаються волею. Із клінічних праць Ковалевського особливо слід відмітити роботи по сифілісу нервової системи, про значення сифілісу в етіології прогресивного паралічу й табесу, що він переконливо доказував ще в той час. У 1883 р. Ковалевський почав видавати перший російський психіатричний журнал "Архив неврологии и психиатрии". Підручник з

психіатрії П.І. Ковалевського був першим таким російським виданням по психіатрії, що витримав чотири перевидання. Цікава і його класифікація психічних хвороб, яку він приводить в першому друкованому "Курсе..." (1882).

Іван Олексійович Сікорський (1845-1918). Після закінчення Київського університету в 1872 р. захистив докторську дисертацію на тему "Про лімфатичні судини легенів". Наступного року І.О. Сікорського було відряджено на 5 років для наукового вдосконалення до Петербурзької медико-хірургічної академії, де під керівництвом професора І.М. Балинського з 1875 по 1876 рр. він працював у галузі психіатрії та медичної психології. З 1882 до 1885 рр. він працював лікарем у лікарні св. Миколая. В 1886 р. зайняв пост голови кафедри в Києві. І.О. Сікорський багато займався питаннями психозів та дефективності у дітей. Ще у 1881 р. з'явилася його робота про затинання, косноязычність, яка в доповненому вигляді була видана в 1895 р. німецькою мовою. Представляє інтерес і його робота "О явлениях утомления при умственной работе" (1879). В 1884 р. вийшла його монографія "Воспитание в возрасте первого детства". В подальшому його роботи торкалися психопатичних епідемій.

Наприкінці своєї викладацької діяльності він видав два підручники: "Всеобщая психология с физиогномией" (1904) и "Основы теоретической и клинической психиатрии" (1910). В цих працях Сікорський підкреслює що "...одним із найважливіших методів вивчення психіки є вивчення виразу обличчя. вивчення пульсу, дихання, вивчення положення фігури в творах живопису...", та стверджував: "Не вірно, що при так званих суб'єктивних методах приймається до уваги тільки висловлене. Ми оцінюємо не тільки слова, що їх чуємо, а і силу, експресію, тембр голосу і розуміємо часто без слів, по іншим беззаперечним та об'єктивним показникам, іннервація яких іде від кіркових, а частково і підкіркових центрів".

Протягом 10 років (з 1895 по 1905 рр.) І.О. Сікорський видавав у Києві журнал "Вопросы нервнопсихической медицины" з підзаголовком: "Журнал,

посвященный вопросам психиатрии, нервной патологии, физиологической психологии, невро-психической гигиены и пр."

Иван Михайлович Балинский (1827-1902). В 1842 році після закінчення класичної гімназії у Варшаві Балинський вступив вільним слухачем до медико-хірургічної академії, яку й закінчив у 1846 р. з золотою медаллю. В 1855 р. він захистив докторську дисертацію і був призначений ад'юнкт-професором Петербурзької медико-хірургічної академії, де читав курс лекцій по дитячим хворобам. У 1857 р. в академії було створено нову кафедру - кафедру психіатрії. Викладання психіатрії було доручено І.М. Балинському. Він був талановитим лектором. Студенти із захватом слухали його лекції по 4 години підряд. Організацію першої в Росії клініки та кафедри психіатрії І.М. Балинський почав із розробки учбової програми. Вже в цій роботі проявилось самостійне наукове мислення Балинського та критичне відношення його до існуючих у науці поглядів. Він розглядав психічні порушення не ізольовано, а в зв'язку з різними тілесними захворюваннями. Велику увагу приділяв методам спостереження та дослідження душевнохворих, аналізу виявлених у них хворобливих явищ, догляду та лікуванню.

Процес викладання при І.М. Балинському досягнув високого рівня. Читаючи курс лекцій по психіатрії він широко використовував демонстрацію хворих та залучив до активної участі в клінічному аналізі своїх слухачів. Майстерність Балинського як викладача оцінює І.О. Сікорський: "Лекции Балинского, нередко представлявшие собой разбор вновь поступившего больного, отличались такою смелостью психологического и клинического анализа, что могли показаться скорее блестящими предположениями, чем строгой научной реальностью...".

В першій половині 1876 року за власним бажанням він пішов з академії. Будучи надзвичайно скромною людиною, він писав: "Ніякого капітального наукового трактату я не написав. ніякої складової в епосі наукової роботи я після себе не залишу, але я намагався зробити все, щоб товариші, які

прийдуть в мою клініку, могли в ній знайти необхідні можливості, щоб навчатися і працювати для науки, як належить...".

Іван Павлович Мержеєвський (1838-1908). Систематична наукова робота психіатричної клініки Військово-медичної академії почалася при спадкоємці Балинського, всебічно освіченому професорі І.П. Мержеєвському. Він у 1867 р. захистив дисертацію "Клиническое исследование о неистовых больных", в якій уже було видно елементи фізіолого-клінічного напрямку, який пізніше став основою петербурзької психіатричної школи. В своїй дисертаційній роботі Мержеєвський на основі вивчення ваги тіла, температури, обміну речовин у збуджених психічно хворих установив, що збудження різко посилює всі сторони обміну, чому збуджені душевнохворі потребують багато повітря. У працях по вивченню мозку мікроцефалів Мержеєвський відкидав теорію атавізму, як причину недоумкуватості, й доводив, що мозок мікроцефала лише є затримка його розвитку.

Поряд з вивченням дитячої психіатрії співробітниками Мержеєвського вивчалися психічні розлади пізнього віку та зміни нервової системи при різних шкідливих зовнішніх впливах та отруєннях (голодуванні, отруєнні спиртом, фосфором, азбестом, атропіном, при лакуванні шкіри, малокрів'ї, вилученні щитовидної залози та ін.).

Великий науковий внесок І.П. Мержеєвський зробив у вивчення мікроанатомії прогресуючого паралічу. Він першим відмітив при цьому захворюванні переродження мієлінових нервових волокон, зміни епендіми шлуночків, зміни судин, довів запальний характер процесу, що супроводжує новоутворення судин.

В 1893 р., в 60-річному віці, Мержеєвський не став балотуватися на наступні 5 років, а звільнив кафедру для більш молодих сил.

Віктор Хрисанфович Кандинський (1849-1889). В 1880 р. з'явилася робота лікаря лікарні "Миколи-чудотворця" в Петербурзі В.Х. Кандинського "Про псевдогалюцинации", яка завдяки своєму класичному опису

псевдогалюцинацій отримала всесвітню відомість. В цій книжці Кандинський на основі відмінностей: а) живого образного представлення - спомину - фантазії; б) псевдогалюцинацій та в) істинних галюцинацій, прагнув розв'язати одне з найважливіших питань фізіологічного механізму чуттєвого сприйняття об'єктивного світу.

Великий інтерес представляє і робота Кандинського "Общедоступные психологические этюды" (1881), в якій він в доступній формі виклав свої погляди на свідомість. Він дав визначення психопатій як психічного потворства, дисгармонії особистості. Будучи душевнохворим, Кандинський у клінічних дослідженнях користувався не лише спостереженням і розпитуванням хворих, але й ретроспективним самоописом. Він був прихильником нозологічного напрямку в психіатрії і навіть запропонував власну класифікацію психічних хвороб.

Сергій Сергійович Корсаков (1854-1900). На пам'ятнику С.С. Корсакову, який стоїть перед клінікою, що названа на його честь, висічені слова: "Вчений, мислитель, психіатр, гуманіст". Не можна не визнати, що ця стиснула характеристика є вельми вдалою. Вона вказує на ті основні риси, з яких складається духовний образ найвидатнішого із вітчизняних психіатрів.

Особливо велике значення мають праці Корсакова в області клінічної психіатрії. Він був визнаним клініцистом-психіатром із світовим ім'ям, який розпочав побудову нозологічної психіатрії раніше за Крепеліна, котрого офіційно визнано основоположником нозологічного напрямку.

Всесвітньо відомою працею Корсакова є його дисертація про поліневротичний психоз із своєрідним порушенням запам'ятовування та псевдоремінісценціями. Крім вчення про порушення пам'яті, надзвичайно оригінальне вчення Корсакова про гострий розвиток психозів. В 1891 р. питання про гострі психози було програмним на IV Пироговському з'їзді. Саме там Корсаков навів ряд цікавих положень, які демонстрували, що вже в той час, тобто за 10 років до Крепеліна, він думав про необхідність

створення нозологічної психіатрії. Класифікація С.С. Корсакова була на той час однією із найповніших та оригінальних класифікацій психічних хвороб.

С.С. Корсаков був не тільки великим клініцистом, він протягом всієї своєї діяльності проводив і велику громадську, організаційну, лікарську та психіатричну роботу. Також вчений працював і в анатомо-фізіологічному напрямку. Ним опубліковано "Курс психиатрии" (1893) і численні праці, які увійшли у "Вибрані твори" (1954). С.С. Корсаков сприяв втіленню в життя системи організованої гуманної психіатричної допомоги.

Традиційні основи нашої психіатрії - матеріалізм, гуманність, зв'язок із загальною медициною і громадською діяльністю знайшли в особі С.С. Корсакова найбільш повне та завершене для його часу вираження. Широко використовуючи його наукову спадщину, сучасний читач з повагою та вдячністю згадує і самого С.С. Корсакова.

Володимир Михайлович Бехтерев (1857-1927) був ще одним видатним психоневрологом. З перших же років своєї наукової праці Бехтерев займався вивченням будови мозку. З 1885 року Бехтерев завідує кафедрою психіатрії в Казані, а з 1893 р. - у Військово-медичній академії. У працях В.М. Бехтерева петербурзький анатомо-фізіологічний напрямок досягнув найвищого розвитку. Все своє життя Бехтерев відрізнявся величезною працездатністю і відкликався на кожне нове питання неврології та психіатрії: в кінці життя кількість його друкованих праць склала 600. В 1892-1896 рр. з'явилася його двохтомна праця "Проводящие пути спинного и головного мозга", перша систематизована праця в цій області, яка принесла йому всесвітню славу. В.М. Бехтерев одним із перших у світі почав вивчати кіркову регуляцію так званих "автономних процесів". З 1893 р. під редакцією Бехтерева видається психоневрологічний журнал "Неврологический вестник". В області психіатрії Бехтерев головним чином прагнув знайти анатомо-фізіологічні докази психопатологічних явищ. Психічні хвороби були для нього не лише хворобами головного мозку, а й порушенням окреслених механізмів мозку. Бехтерев цікавився проявами гіпнозу та методами лікування гіпнозом,

впроваджував у практику означені методи. Його школа дала багато позитивного для розвитку експериментальної психології в Росії.

Важко охарактеризувати бурхливу наукову діяльність В.М. Бехтерева. Він був дослідником широкого масштабу, людиною дивовижної цілеспрямованості, він швидко запалювався, коли дізнавався про якусь наукову новину. Дякуючи своїм працям він посів значне місце у світовій науці.

Володимир Петрович Сербський (1859-1917). Після смерті С.С. Корсакова кафедру психіатрії в Москві очолив В.П. Сербський. Він був вірним послідовником Корсакова і особливо яскраво підкреслював усі особливості корсаковського напрямку. Із наукових праць Сербського необхідно відзначити його дисертацію "Формы психических нарушений, описываемых под именем кататонии" (1890). В цій роботі Сербський, наслідуючи Корсакова, підкреслював, що кататонічні симптоми зустрічаються при самих різноманітних захворюваннях і, крім ранньої недоумкуватості, особливо часто при аменції. Дуже цікава стаття В.П. Сербського "До питання про ранню недоумкуватість" (1902), в якій він критикує Крепеліна, вказує на неможливість виділення психозів на основі заздалегідь визначеної прогностики. Тривалий час він викладав судову психіатрію на юридичному факультеті. Ним видано "Курс судової психіатрії". Підручник Сербського вийшов у 1907 р.; в 1912 р. вийшло його друге видання. Сербський вирізнявся великою стійкістю і не відступав ні на крок від того, що вважав справедливим.

Петро Борисович Ганнушкін (1875-1933). Видатний клініцист П.Б. Ганнушкін, учень С.С. Корсакова, цілком справедливо вважається засновником вчення про суміжні стани та теоретиком позалікарняної психіатричної допомоги. П.Б. Ганнушкін став всесвітньо відомим вченим завдяки написаній ним фундаментальній праці по аномаліях особистості – психопатіях, описавши різні їх клінічні форми, запровадивши класифікацію,

визначивши основні діагностичні критерії, які відомі в психіатрії як “тріада Ганнушкіна”.

Тихін Іванович Юдін (1879-1949). Після закінчення Московського університету навчався в клінічній ординатурі психіатричної клініки цього ж університету, яку очолював В.П. Сербський. Захистивши докторську дисертацію, став одним із перших помічників П.Б. Ганнушкіна на кафедрі психіатрії Московського державного університету. В 1924 р. обирається на кафедру психіатрії Казанського державного університету. Там незабаром він стає деканом медичного факультету, редактором "Казанського медичного журналу". В 1932 р. він переводиться в Харків, де керує Українським психоневрологічним інститутом та завідує кафедрою психіатрії Харківського медичного інституту. Під час Великої Вітчизняної війни Т.І. Юдін завідував науковою частиною невро-психіатричного шпиталю, а з 1943 р. очолює кафедру III Московського медичного інституту, де і працював до самої смерті. Всі його праці та наукові дослідження лежать в області вивчення шизофренії, симптоматичних психозів, травм головного мозку, проблем організаційної психіатрії. З винятковою любов'ю до всього передового в психіатрії, з гордістю за свою Вітчизну написані Т.І. Юдіним "Нариси історії вітчизняної психіатрії".

Віктор Павлович Протопопов (1880-1957). Після закінчення Військово-медичної академії в Петербурзі Протопопов залишився на кафедрі психіатрії. В 20-х роках ХХ століття з'явилися його роботи, в яких він намагався поєднати психопатологічні і біохімічні дослідження хворого з дослідженнями особливостей його умовнорефлекторної діяльності. В 1909 р., працюючи в лабораторії В.М. Бехтерева, В.П. Протопопов описав в своїй дисертації "Про сполучнорухові реакції на звукові подразники" методику отримання умовного рухового (захисного) рефлексу на електроподразник лапи собаки.

Особливо широко розгорнулася робота Протопопова та його співпрацівників, коли в 1923 р. він переїхав до Харкова та зайняв посаду

директора Інституту психіатрії. В Харкові він спочатку виступав як представник бехтеревської рефлексології. В 1924-1926 рр. виходять у світ його книжки "Вступ до рефлексології" та "Психологія, рефлексологія та вчення про поведінку". Крім того, він приймає активну участь у виданні журналу "Український вісник експериментальної педагогіки та рефлексології".

Пізніше його фізіологічні погляди наближаються до поглядів Павлова, і він тісніше пов'язує їх із клінікою, біохімічними дослідженнями обміну. З 1924 р. В.П. Протопопов приступив до систематичного вивчення патологічної фізіології шизофренії. Перші ж дослідження рухових оборонних рефлексів у хворих на шизофренію показали відсутність, слабкість або швидке виснаження цих рефлексів, схильність пацієнтів впадати у стан сну при перенавантаженні їх подразниками; при дослідженні судинних реакцій у шизофреніків було виявлено зміни звичайної платизмографічної кривої та ін. Співробітники Протопопова знайшли у крові кататоніків залишковий азот та підвищення азоту аміаку, збільшення кількості ароматичних сполук у крові та сечі, посилення виведення з сечею парних і зменшення роданистих сполук, тобто низьке стояння окислювальних процесів, накопичення азотистих шлаків, що є причиною слабкості клітин.

В.П. Протопопов зробив великий внесок у розвиток психіатричної допомоги, домагаючись організації психіатричної служби в кожній області України.

Яків Павлович Фрумкін (1902-1978) - учень П.Б. Ганнушкіна. Захистив докторську дисертацію на тему: "Про типи епілептичної недоумкуватості" (1932). З 1932 до 1975 рр. завідував кафедрою психіатрії Київського медичного інституту ім. О.О. Богомольця. Займався розробкою актуальних питань теорії та практики клінічної психіатрії, методологією психіатричного діагнозу при епілепсії, шизофренії, інфекційній та психічній патології у людей похилого віку. Він деталізував клінічні форми епілепсії та типи епілептичної недоумкуватості, клініку атеросклеротичного галюцинозу,

"тріаду Фрумкіна" (при шизофренії) та ін. Оpubлікував ряд монографій та навчальних посібників, таких, як "Психіатрична термінологія" (1939), "Коротка диференційна діагностика деяких форм психічних захворювань" (1951), "Слідові впливи у клініці психопатології" (1978, співавтор - С.М. Лівшиц) та ін.

Йосип Адамович Поліщук (1907-1978) розпочав свою трудову діяльність з посади асистента кафедри психіатрії Харківського медичного інституту та старшого наукового працівника Українського НДІ психоневрології (1934-1941 рр.). З 1944 р. він працював доцентом Київського інституту вдосконалення лікарів на кафедрі психіатрії. Після смерті в 1957 році В.П. Протопопова Й.А. Поліщук протягом 24 років завідував цією кафедрою. Він вивчав етіопатогенез та лікування шизофренії та маніакально-депресивного психозу, використовуючи біохімічні, імунологічні та генетичні методики, першим (1951 р.) увів поняття гіпоенергізму для шизофренії та гіперенергізму для маніакально-депресивного психозу, описав ряд синдромів виходячи з біохімічних позицій та запропонував методи їх метаболічних порушень. Його перу належать 4 монографії: "Біохімічні синдроми в психіатрії" (1967), "Атлас для експериментального дослідження психічної діяльності людини" (1968), "Шизофренія" (1979), "Клінічна генетика в психіатрії" (1981).

Георгій Леонідович Воронков (1923-1992) - ветеран Другої Світової війни, учасник параду Перемоги на Червоній площі в Москві. В 1953 р. закінчив Київський медичний інститут. З 1953 до 1992 рр. асистент, а потім доцентом цього ж інституту, з 1975 до 1991 рр. - завідувачем кафедри психіатрії. Протягом 18 років був головним психіатром та головою проблемної комісії з психіатрії Міністерства охорони здоров'я і Академії медичних наук. У 1972 р. захистив докторську дисертацію на тему "До проблеми дебютів і ранньої діагностики епілепсії". Описав чинники ризику щодо епілепсії, особливу форму епілепсії - цефалголепсію. До напрямків його наукових досліджень належать: алкоголізм, симптоматичні психічні

розлади, організація психіатричної допомоги. Він є автором майже 100 наукових праць, серед них - "Учбовий атлас психіатрії" (1962); "Психіатрія. Таблиці та схеми" (1977). За його редакцією побачив світ "Довідник лікаря-психіатра" (1990). Лауреат премії ім. акад. Протопопова (1990).

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

1. Дайте характеристику першого періоду розвитку психіатрії.
2. Дайте характеристику другого періоду розвитку психіатрії.
3. Дайте характеристику третього періоду розвитку психіатрії.
4. Дайте характеристику четвертого періоду розвитку психіатрії.
5. Охарактеризуйте діяльність Ф. Пінеля.
6. Дайте характеристику п'ятого періоду розвитку психіатрії.
7. Який внесок Е. Крепеліна у розвиток психіатрії?
8. Дайте характеристику шостого періоду розвитку психіатрії.
9. Хто вважається засновником психіатрії у слов'янських країнах?
10. П.І. Ковалівський та його діяльність.
11. В.М. Бехтерев, його внесок у розвиток неврології та психіатрії.
12. Досягнення В.Х. Кандинського у вивченні псевдогалюцинацій.
13. Діяльність С.С. Корсакова як вченого-гуманіста.
14. Які вчені зробили внесок у розвиток української психіатрії?

Глава 2

ЗАГАЛЬНА ПСИХОПАТОЛОГІЯ ТА СИМПТОМАТИКА ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Загальна характеристика.

Жодна з клінічних дисциплін не використовує у своїй практиці такої кількості найменувань для характеристики патологічних розладів, як психіатрія. Це пов'язане з тим, що її становлення базувалось переважно не на загальномедичних критеріях, які передбачають, що кожна хвороба повинна мати свої відмінні від інших етіологію, патогенез та патоморфологічні дані, а за рахунок емпіричного описання різних патологічних синдромів.

Практично всі відомі психіатри XIX – початку XX століть, особливо французькі та німецькі, потрапили до історії медицини давши своє ім'я тому чи іншому психопатологічному феномену. У пошуках універсальної теорії, яка могла б узгодити чисельні симптоми і синдроми, психіатри звертались за допомогою до досліджень французьких матеріалістів XVII століття, еволюційної теорії Ч. Дарвіна, патоморфологічних пошуків школи Вірхова, відкриттів І.М. Сеченова, І.П. Павлова та ін.

Помітну роль у формуванні уявлень про причини захворювання зіграла концепція Jackson H.J. (1864) про локалізацію функцій нервової системи. Цей автор розділив симптоми, що виникають внаслідок ураження головного мозку на негативні, або симптоми випадіння та позитивні – пов'язані із звільненням нижніх відділів мозку з-під контролю вищих.

Концепція Jackson знайшла своє відображення у дослідженнях Краерлін Е. (1920) про реєстри психопатологічних синдромів. Він виділив невротичні, афективні, галюцинаторні, маячні, дискінетичні та енцефалопатичні розлади.

Виходячи з глибини ураження психіки французькі дослідники Н. Епі та Ж. Роуарт (1936) розробили власну шкалу, виділивши 8 груп основних

синдромів: невротичні, параноїдні, онейроїдні, сенестопатичні, маніакально-меланхолічні, сплутано-ступорозні, шизофренічні та цементуючі.

Ідеї Jackson були трансформовані і розповсюджені на клінічну синдромологію А.В. Цим дослідником був сформульований принцип нозологічної специфічності психопатологічних синдромів, згідно якого по мірі прогресування патологічного процесу синдроми перетворюються з простих у складні та з малих у великі. Він наполягав на наявності досить сталого співвідношення між позитивними і негативними синдромами та нозологічними одиницями, стверджуючи, що окремо розглянутий клінічний симптом або синдром, сам по собі ні про що не свідчить, виражаючи лише “певний епізод безперервного розвитку хвороби”.

Він виділяв 9 груп (кіл) позитивних і 10 груп (кіл) негативних синдромів, які розташовані один за одним виходячи зі ступеню тяжкості та наростання нозологічної специфічності. У числі перших: емоційно-гіперестетичні, афективні та невротичні розлади, вербальний галюциноз і паранояльні стани, кататонічні, галюцинаторно-параноїдні, парафренні синдроми потьмарення свідомості, парамнезії, судомні та психоорганічні синдроми. У числі других: виснажуваність психічної діяльності, суб’єктивно усвідомлена зміненість, об’єктивно визначена зміненість, дисгармонія особистості, падіння енергетичного потенціалу, зниження рівня особистості, амнестичні розлади, тотальна недоумкуватість і психічний маразм.

Варто зазначити, що на сьогодні будь-яка класифікація психічних симптомів не відповідає повною мірою різноманітності існуючих у психіатрії понять, даючи лише загальне уявлення про їх властивості.

Розлади відчуттів та сприйняття

Всю інформацію із зовнішнього та внутрішнього середовища людина отримує за допомогою процесів сприйняття і відчуття. Це - початковий етап, перший ступінь пізнавальної діяльності людини, чуттєвого пізнавання оточуючої дійсності.

Відчуття - це відображення окремих властивостей предметів і явищ матеріального світу, що безпосередньо впливають на органи відчуттів. Це, філо- і онтогенетично, одна з найбільш ранніх функцій.

Сприйняття – відображення цілісного образу предметів і явищ оточуючого світу, що діють на організм через відчуття. Це активний процес аналізу і синтезу відчуттів шляхом співставлення їх з попереднім досвідом. Наприклад, сприйняття дощу через відчуття вологи і холоду. Невід’ємною умовою нормального сприйняття виступають механізми пам’яті.

Розлади відчуття.

Гіперестезія – підвищення інтенсивності відчуттів. Звичайні подразники – світло, звуки, запахи, дотики здаються надмірно інтенсивними.

Гіпестезія – підвищення порогу чутливості до подразників. Оточуючі предмети втрачають яскравість і чіткість, стають одноманітними, невизначеними. У звуках зникає сила і виразність, у кольорах відтінки.

Анестезія – повна втрата відчуттів, що може виникати як в окремих рецепторах, так і в декількох одразу (глухота і сліпота одночасно). **Алгезія** - втрата відчуття болю.

Парестезії – відчуття неіснуючого подразника. Наприклад “повзання мурашок по шкірі” при нервовому перенапруженні.

Сінестезії – явища підміни рецептора, які полягають у тому, що зовнішній подразник, який адресований одному аналізатору, викликає одночасно відповідь з іншого або одразу декількох (запахи, звуки фарби "зливаються в одне"). Сінестезії можуть виникати у творчих людей не будучи хворобливою ознакою. Наприклад, відчуття картини, як музики.

Сенестопатії – різноманітні неприємні поліморфні відчуття, що динамічно локалізуються у різних ділянках тіла, внутрішніх органах і мають невизначений (на відміну від вісцеральних галюцинацій) характер. Проявляються відчуттям жару, стягування, перевертання і т.д. Зустрічаються сенестопатії при шизофренії, депресивних станах та деяких видах інтоксикацій. Локалізація їх у порожнині рота може дезорієнтувати лікаря-стоматолога, підштовхнувши його до неправильного діагнозу.

Розлади сприйняття.

I. Порушення сенсорного синтезу (психосенсорні розлади).

Дереалізація – відчуження світосприйняття з втратою орієнтації у часі та просторі. Такі хворі скаржаться на те, що світ змінився, все навколишнє сприймають чужим, мертвим, тьмяним, застиглим, неральним.

З дереалізацією пов'язують відчуття присутності в кімнаті сторонньої людини при наявності критичності до цього, зміни сприйняття плину часу (він то зупиняється, то збігає занадто швидко) та розлади аперцепції - здатності пов'язувати між собою окремі явища.

Мають багато спільного з дереалізацією симптоми, що виникають при поєднанні розладів сприйняття і пам'яті:

Deja-vu - “раніше бачене”;

Jamais vu - “ніколи не бачене”;

Deja entendu - “раніше почуте”.

В такому стані незнайомі хворим предмети чи ситуації сприймаються як давно відомі і, навпаки.

А. Ріск (1901) були описані *редуплікаційні парамнезії*, при яких хворий одні й тіж самі події переживав у різних варіаціях по декілька разів. Це були однакові і одночасно у чомусь відмінні події, обставини, люди.

Деперсоналізація – стан, при якому порушується усвідомлення свого психічного і фізичного “Я”, власні думки і дії сприймаються відчуженими від особистості.

Як правило, деперсоналізація розвивається на фоні тих або інших дереалізаційних розладів. Вона може супроводжуватися розладом самоусвідомлення і зміною самооцінки, навіть до повної втрати відчуття власного “Я” і його єдності.

У деяких випадках, в силу відчуженості власних вчинків, думок, почуттів, що сприймається хворими як наслідок якихось сторонніх впливів, мова йде про *маячну деперсоналізацію*.

Метаморфозії – порушення зорового сприйняття форми, величини і пропорцій предметів. Їх впізнають (на відміну від ілюзій), але сприймають спотворено. Розрізняють:

макропсії – предмети стають величезними;

мікропсії – неприродно зменшеними;

дисмегалопсії – перекручуються у різних напрямках навколо осі;

порропсії – втрату відчуття перспективи.

Порушення “схеми тіла” – сприйняття свого тіла, як зміненого. Хворому здається, що він став набагато важчим або легшим, зменшився або збільшився, змістилися окремі його частини. Наприклад, голова відокремилась від тулуба, надзвичайно збільшилась або зменшилась.

Агнозія – повна “душевна сліпота”, неможливість впізнати та пояснити значення сенсорних відчуттів.

II. Ілюзії.

Ілюзія - хибне сприйняття реально існуючого об’єкту.

За органами відчуттів розрізняють: зорові, слухові, нюхові тактильні та смакові ілюзії, а також ілюзії загального відчуття (становища у просторі).

Частіше за все виділяють такі типи ілюзій: фізичні, фізіологічні, афективні, вербальні та парейдолічні.

Фізичні ілюзії – викликані фізичними властивостями предмету. Наприклад, північне сяйво чи міраж в пустелі.

Фізіологічні ілюзії - їх поява може бути пов’язана з особливостями роботи аналізаторів. Наприклад, при раптовій зупинці потягу здається, що

оточуючі предмети ще рухаються. Іноді у психічно хворих можуть виникати думки про спеціальне значення таких явищ.

Ілюзії вербальні - перекручене, хибне сприйняття змісту реальної розмови оточуючих. При цьому питання одного із сторонніх співрозмовників, а також відповіді іншого сприймаються хворим як зовсім інші. У цих розмовах хворому чуються принизливі та образливі зауваження на його адресу, погрози розправи, що викликають у нього страх та тривогу.

Ілюзії афективні - ілюзії, які виникають у стані напруженого чекання, страху, тривожно-пригніченого настрою. При подібних обставинах замість стетоскопу в руках лікаря хворий може побачити ніж чи пістолет, а у шумі вітру дихання настагаючих його переслідувачів.

Ілюзії парейдолічні - спотворене сприйняття, при якому хворий дивлячись, наприклад, на шпалери, килими, ліплення на стелі чи тріщини на стіні сприймає їх як яскраві динамічно мінливі картини, на яких змінюють одне одного фантастичні пейзажі, чудовиська, казкові герої тощо. Такі ілюзії переважно виникають в ініціальних стадіях гострих психозів.

В літературі описана також *ілюзія установки*, яка виникає при багатократному порівнянні пар предметів. В результаті їхня вага сприймається то більш легкою, то більш важкою в залежності від того у якій послідовності вони чергуються.

Ілюзії слід відрізнити від інтелектуальних висновків (наприклад, гарно оброблене ювеліром скло сприймається як діамант) і функціональних галюцинацій (див. нижче).

III. Галюцинації.

Галюцинації - несправжнє, уявне сприйняття неіснуючих подразників.

Існує декілька класифікацій галюцинацій за різними ознаками.

За ступенем складності.

Прості (елементарні) – до них належать:

- *акоазми* – елементарні слухові галюцинації (шум, тріск);

- *фотопсії* – елементарні зорові галюцинації (спалахи, п'ятна).

Складні – галюцинації з певним змістом, наприклад, музика;

Комбіновані – в яких один об'єкт сприймається декількома аналізаторами.

За аналізаторами.

Зорові(оптичні) – сприйняття неіснуючих зорових образів:

- *аделоморфні* – нечіткі розмиті зорові образи;
- *мікро- та макроскопічні* – зменшені чи збільшені;
- *поліоптичні* – чисельні однакові зорові образи;
- *аутоскопичні галюцинації* - хворий бачить поряд з собою власного двійника;
- *негативні аутоскопичні* - хворий не бачить себе у дзеркалі;
- *геміаноскопічні* – виникають в одній половині поля зору.

Слухові (вербальні) - сприйняття акустичних образів, голосів, яких насправді не існує. Голоси можуть бути:

- *коментуючими* – коментують вчинки хворого;
- *імперативними* – наказовими, що особливо небезпечно;
- *контрастуючими (антагоністичними)* – діалог голосів, які ведуть суперечку. Зазвичай частина голосів при цьому засуджує хворого, а частина виправдовує;
- *нейтральними* – їх зміст не стосується особи хворого.

Тактильні - відчуття повзання по шкірі або під шкірою якихось істот. До їх числа належать *генітальні галюцинації Маніана* - хворі відчують, що їх статевими органами хтось маніпулює, робить непристойні дії тощо.

Нюхові - сприйняття уявних запахів різної інтенсивності і відтінків. Переважно, вони мають неприємний відразливий характер - трупний запах, гниття, запах сірководню.

Смакові - їжа набуває невластивих їй смакових властивостей. Як і при нюхових галюцинаціях, йдеться про відразливі відчуття, які викликають відмову від вживання їжі.

Нюхові та смакові галюцинації є ознакою несприятливого прогнозу при шизофренії.

Вісцеральні - хворий стверджує, що всередині його тіла, частіше за все в животі, знаходяться живі істоти - жаби, змії. Вони можуть "пересуватись, повзати" і т.д., викликаючи вкрай неприємні відчуття.

За повнотою розвитку.

Істині галюцинації сприймаються як реальність і мають зовнішню проекцію, виразність та конкретність. Справжні галюцинації частіше виникають при екзогенних психічних захворюваннях.

Псевдогалюцинації переважно супроводжують ендогенні психічні захворювання, характеризуються відсутністю екстрапроекції галюцинаторного образу (наприклад, голос, що чується в голові "внутрішнім вухом", образ, що бачиться "внутрішнім оком") і наділені не стільки тілесністю, скільки образністю, тобто мають суб'єктивний характер.

Диференційна діагностика істинних та псевдогалюцинацій надзвичайно важлива в психіатричній практиці і проводиться за декількома основними ознаками:

- 1.** *Критерій проекції.* Справжні мають зовнішню, а псевдогалюцинації внутрішню проекцію в межах чуттєвого горизонту.
- 2.** *Критерій об'єктивної реальності і чуттєвої яскравості.* Справжні галюцинації мають для хворого всі ознаки реального сприйняття і трактуються, як існуючі насправді.

- 3.** *Критерій зробленості.* Справжні, на відміну від псевдогалюцинацій не переживаються як навіяні, "зроблені" кимось.
- 4.** *Критерій актуальності поведінки.* При псевдогалюцинаціях поведінка хворих не завжди відповідає їх змістові, є певні елементи розуміння хворобливості свого стану.
- 5.** *Критерій соціальної впевненості.* При справжніх галюцинаціях хворі впевнені, що люди, які знаходяться поряд, відчують ті самі переживання.
- 6.** *Критерій спрямованості на фізичне і психічне "Я".* Справжні галюцинації спрямовані переважно на фізичне "Я", а псевдогалюцинації - на психічне "Я" особи.
- 7.** *Критерій залежності від часу доби.* Істинні галюцинації, як правило, посилюються надвечір, а псевдогалюцинації не мають добових коливань.

За етіопатогенезом.

Афектогенні - виникають одразу після психотравми і відображають її зміст.

Домінантні - виникають через поступове посилення психотравмуючої ситуації, коли певні думки на фоні потужного афекту стають домінантними. Наприклад, при афективному психозі хворий може чути голоси, які під час депресивної фази засуджують його, а під час маніакальної - всіляко звеличують.

Рефлекторні - виникають разом з реальним подразником, але сприймаються в іншому аналізаторі і зникають після припинення дії подразника. Наприклад, хворий під музику бачить сяйво.

Функціональні - реальний і галюцинаторний образи локалізуються в одному аналізаторі (під перестук колес хворий чує голос).

Викликані - симптом Ліпмана - у хворого надавлюванням на очні яблука можна викликати зорові галюцинації.

Навіяні - симптом Рейхарта - хворий бачить на чистому аркуші паперу малюнки, читає текст.

Особливі види галюцинацій.

Гіпнагогічні - галюцинації, що виникають при засинанні.

Гіпнопомпнічні - галюцинації, що спостерігаються при пробудженні.

Галюцинації типу Шарля Боне - виникають в органах відчуттів, на які впливає патологічний процес. Сліпий бачить; глухий чує і т.д..

Екстракампінні - галюцинаторний образ виникає за межами поля зору. Наприклад, хворий твердить, що за його спиною стоїть демон.

Галюциноз - психопатологічний стан, що характеризується постійною наявністю тих, чи інших галюцинацій, частіше - слухових, при збереженні критичного ставлення до них. Галюцинози спостерігаються при алкоголізмі, шизофренії, епілепсії, органічних ураженнях головного мозку.

Педункулярний галюциноз – описаний Lhermitte J., виникає при ураженні середнього мозку в ділянці мозкових ніжок і 4-го шлуночку. При цьому, як правило, надвечір виникають рухливі мікроптичні галюцинації.

Галюциноз Plaut (1913) - один з проявів сифілісу головного мозку, характеризується слуховими галюцинаціями, які супроводжуються критичним ставленням до них з боку хворого.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ:

1. Дайте визначення поняття "сприйняття" і "відчуття".
2. Розлади відчуттів. Дайте визначення гіперестезії, гіпостезії та алгезії.
3. Клінічна характеристика сенестопатій.
4. Що таке ілюзія? Яким чином класифікують ілюзії?
5. Дайте визначення галюцинацій.
6. Що таке прості і складні галюцинації?
7. Класифікація галюцинацій за аналізаторами.
8. Диференційна діагностика справжніми і псевдогалюцинацій.

9. Етіопатогенетична класифікація галюцинацій.
10. Що таке галюциноз? Його клінічна характеристика.
11. Які ви знаєте розлади сенсорного синтезу?
12. Дайте визначення поняття "деперсоналізація".
13. Клінічні особливості порушення "схеми тіла".
14. Клінічна характеристика дереалізації.

Розлади мислення

Мислення – психічний процес, за допомогою якого людина здатна відображати найбільш істотне, головне, розкривати закономірні зв'язки між явищами. Мислення, як пізнання суті явищ становить вищу форму відображення дійсності і є активною функцією інтелекту.

Основні категорії мислення:

- 1)** *поняття* – думка, що виражена одним, рідше двома словами, в якій узагальнюються найбільш суттєві властивості предмету або явища. Поняття бувають конкретні (автомобіль, дерево, стілець) і абстрактні, узагальнені (честь, кохання).
- 2)** *судження* – виражена словами думка, в якій що-небудь стверджується або заперечується. Формується на основі оперування поняттями.
- 3)** *умовисновок* – заключення, що випливає з двох або більше суджень. Наприклад: всі метали – провідники електричного струму, а мідь - метал, отже мідь є провідником електричного струму.

Мнестичні операції включають в себе аналіз, синтез, порівняння і узагальнення, абстракцію і конкретизацію з наступним переходом до утворення понять.

Розлади мислення класифікуються за темпом перебігу асоціацій, їх характером, формою та адекватністю.

I. Розлади мислення за темпом перебігу асоціацій.

Тахіфренія – збільшення кількості асоціацій, що утворюються за одиницю часу і прискорення їх перебігу. В такому стані одне уявлення одразу ж змінюється іншим, мова стає непослідовною (не закінчивши однієї думки, хворий переходить до іншої). Характерна для манії.

Мантизм (ментизм) – некеровано виникаючий наплив яскраво забарвлених думок і спогадів, “вихор ідей” в якому хворий неспроможний розібратися.

Брадіфренія – сповільнення мислення, що характеризується загальмованістю і одноманітністю думок, обмеженістю асоціацій, повільною уривчастою мовою. Спостерігається при депресіях.

Шперунг – sperrung (закупорка, нім.) – раптова короткочасна спонтанна зупинка плину думок, що відповідно виявляється у розмові. Хворий раптово замовкає, пояснюючи потім своє мовчання тим, що у нього відбулася затримка мислення. Спостерігається у хворих на шизофренію.

Патологічна деталізація – в’язкість, тугорухливість мислення, що проявляється втратою здатності відокремити головне від другорядного. У судженні переважають випадкові подробиці, які не стосуються основної думки. Зустрічається при епілепсії.

II. Розлади мислення за характером та формою асоціацій.

Зісковзування мислення – хворий промовляє фрази, декілька осмислених конструкцій, а потім, без причини переключається на розповідь про щось інше, також правильне, але зовсім не пов’язане з попереднім.

Розірваність мислення – патологія мислення, яка виявляється у розриві смислових зв'язків між поняттями при збереженні граматичної та синтаксичної форми речення.

Шизофазія - розірваність досягає ступеню безладності, “мовної мішанини”, коли хворий промовляє в нормальному темпі, з нормальною інтонацією слова або навіть склади, що не мають жодного логічного зв'язку.

Інкогерентне мислення – втрата здатності до утворення асоціативних зв'язків між відчуттями, уявленнями та поняттями, відображення дійсності у її зв'язках і відношеннях, аналізу і синтезу. Мова при цьому стає безладною. Мовна безладність може бути: аментивною, хорватичною, атактичною та маніакальною.

Амбітендентне мислення – мислення, при якому у хворого водночас виникають антагоністичні взаємопротилежні ідеї.

Аутистичне мислення – характеризується відірваністю від реальності. Асоціації виникають переважно на основі ідей і уявлень, відчуттів пов'язаних із хворобою, під час якої домінують внутрішні переживання. Хворі замикаються у собі, тримаються осторонь, майже ні з ким не спілкуються. Відповіді на запитання формальні, їх фантазії співіснують у свідомості з реальністю, бажання сприймаються як дійсність.

Паралогіка – порушення логіки, коли певне поняття замінюється символом чи знаком, зрозумілим тільки хворому, який робить на основі цього об'єктивно незрозумілі умовисновки, що не відповідають судженням, з яких вони виводяться. Паралогічне мислення виникає при шизофренії.

Атактичне мислення – патологія мислення, яка проявляється неправильним парадоксальним сполученням понять і думок, які без логічних зв'язків нанизуються одна на одну. Може проявлятися мовною безладністю.

Резонерство – безплідне мудрування, поява у мисленні пустих вербальних посилів, які не відповідають темі розмови і не досягають мети. Безмістовність і бідність суджень при цьому можуть бути одягнуті у правильну форму. Вирізняють три ступені резонерства: крайній –

незрозуміло про що говорить хворий; середній – тільки після тривалого розпитування можна отримати пояснення; легкий - може зустрічатися і у психічно здорових людей, властива багатослівність, відволікання від теми розмови. Спостерігається при енцефалопатії, шизофренії та сенільних змінах психіки.

Персеверації – тривале домінування однієї думки чи уявлення, що зовні проявляється стереотипним повторенням одних і тих самих слів, відповідей. Наприклад, хворий давши правильну відповідь на перше запитання, потім продовжує її повторювати і на інші. Буває при ЧМТ.

Символічне мислення – стан мислення, при якому одне поняття стає символом іншого, іноді на основі випадкових, другорядних ознак. Це порушення характерне для шизофренії.

Мовні ітерації – словесні тіки, мимовільне часте повторення:

а) палілалія – останнього слова в реченні;

б) логоклонія – останнього складу.

в) вербігерація – безглузде, часто ритмічне повторення одних і тих самих слів, рідше фраз і їх уривків.

III. Розлади мислення за адекватністю змісту асоціацій.

Нав'язливі ідеї – думки, що виникають некеровано, але супроводжуються критичним до них ставленням і спротивом. Зустрічаються переважно при неврозах, шизофренії, церебральному атеросклерозі та ананкастному розладі особистості.

Нав'язливості поділяють на відволікаємі та образні.

До *відволікаємих* відносять безплідне мудрування (“розумову жуйка”). Такі хворі схильні до тривалих, суб’єктивно надзвичайно обтяжливих роздумів відносно об’єктивно неактуальних на даний момент подій і явищ. Наприклад, думки про те, що відбудеться після смерті, про розтин тіла, гниття залишків, про рослини, які виростуть після цього і так без кінця. До цього ж ряду належить нав’язливий рахунок, відтворення у пам’яті подій,

прізвищ, дат, маніпуляції з окремими словами та словосполученнями, їх розкладання на окремі склади і т.д.

До *образних* нав'язливостей відносять уявлення, які оволодівають хворими. Такі пацієнти неправдоподібні події сприймають як реальні і при цьому надзвичайно хвилюються. Так, після купання в річці у хворого виникає думка, що він випадково вдарив ногою дитину, яка після цього потонула. Не дивлячись на відсутність будь-яких доказів цього твердження (знаходився на пляжі один) він не може позбавитися від надзвичайно об'ємних, образних, емоційно насичених уявлень. Тому він часто приходить на це місце, шукає докази і т.д..

Нав'язливі потяги – напротивагу здоровому глузду у хворого може з'являтися бажання вдарити кого-небудь, у тому числі близьку людину, образити, забруднити і т.д.. Нав'язливі потяги на відміну від імпульсивних дій не реалізуються, але їх поява, у деяких випадках, викликає у пацієнта панічний страх.

Непристойні думки – неприпустимі морально-етичної точки зору уявлення про шановних та коханих осіб. В церкві подібні думки можуть з'являтися у релігійних людей, глибоко віруючих при погляді на ікони, під час моління і т.д..

Нав'язливі спогади – нездоланні, надзвичайно тужливі спогади про які-небудь провини, що мали місце в минулому. З'являється виражене відчуття покаяння, сорому. Хворий хоче забути те, що трапилося, але не може цього зробити.

Нав'язливі страхи (фобії) – дуже різноманітні (описано понад 300 їх видів) інтенсивні страхи відносно найрізноманітніших явищ, які важко піддаються корекції. Хворий може розуміти безглуздість своїх страхів, боротися з ними, але як правило, безуспішно.

До числа найбільш розповсюджених страхів відносяться: агорафобія – страх відкритих просторів, широких майданів, вулиць; клаустрофобія – страх замкнутого простору; гіпсофобія – страх висоти; мізофобія – страх

забруднення; танатофобія – страх раптової смерті; токофобія – страх померти при пологах; сітофобія – страх перед вживанням їжі; оксіфобія – страх гострих предметів; нозофобія – страх різних захворювань (канцерофобія, сифілофобія, кардіофобія та ін.); фотофобія – “страх страху”; пантофобія – всеосяжний страх.

Нав'язливі сумніви – сумніви в правильності і закінченості своїх дій. Хворі відчувають невпевненість у тому чи виконали вони свою справу, що була їм доручена, а якщо зробили, то наскільки точно і чи в повному обсязі. Вони часто повертаються до об'єкту заняття, шукають чисельні, часто нелогічні засоби самоперевірки але залишаються все ж невдоволеними, страждаючи від невпевненості і очікуючи непримних наслідків.

Нав'язливі побоювання – хворі бояться, що виконуючи ті чи інші часто автоматичні дії, вони зіб'ються, помиляться, почервоніють і т.д..

Нав'язливі дії – потреба в реалізації певної дії, що раптово виникла, до якої хворий ставиться критично, тобто розуміє безглуздий її характер і намагається боротися з нею.

Сюди належать різноманітні дії, які мають характер звички і від яких надзвичайно важко позбутися, незважаючи на значні зусилля і активну протидію. Це може бути шмигання носом, стереотипні рухи ногою, жмурення очей, поправлення зачіски та інше. До числа нав'язливих дій належить наявність у мові непотрібних за смыслом ввідних слів, наприклад, “розумієш”, або “часто-густо”, стереотипні маніпуляції з певними предметами. Якщо в силу будь-яких обставин хворий не може або не хоче виконати нав'язливу дію, то він відчуває психічний дискомфорт, що не зникає доки дія не відбудеться.

Якщо нав'язливі дії виникають у зв'язку з фобіями чи нав'язливими сумнівами і мають характер своєрідного психологічного захисту вони називаються *ритуалами*. Бажаючи запобігти нещастю, прагнучи перебороти сумнів, від якого хворий страждає, у зв'язку з будь-якими діями або страхом чогось він, наприклад, у певній послідовності б'є у долоні, миє руки милом

до появи певної кількості мильних пухирців, шукає серед великої кількості людей лисих і т.д., що на деякий час заспокоює його.

На відміну від маячення нав'язливості можуть зустрічатися у здорових людей (нав'язливість якої-небудь мелодії). Виникненню нав'язливостей можуть сприяти безсоння, перевтома, астенизація та інше.

Надцінні ідеї – емоційно яскраво забарвлені думки, що виникають на основі реальних обставин, але невиправдано починають домінувати у свідомості, переважати над усіма іншими визначаючи процес мислення в цілому. При цьому всі інші думки гальмуються або, навпаки, концентруються, посилюючи надцінну ідею.

Надцінні ідеї не завжди бувають закінченим феноменологічним утворенням. При прогресуючому розвитку захворювання можлива їх трансформація у маячні ідеї (межове маячіння відношення). Розрізняють також проміжні стани, так зване “надцінне маячення” Бірнбаума, яке може змінюватися паранояльним маяченням.

При надцінних ідеях на відміну від маячних по-перше немає змін особистості, з часом ідея блякне, а афект виснажується і, по-друге, існує можливість тимчасової або стабільної корекції.

Частіше за все надцінні ідеї зустрічаються у психопатичних особистостей, в першу чергу у психопатів паранояльного типу, а також у досить аморфної групи так званих “фанатиків”. На відміну від нав'язливих ідей надцінні ідеї позбавлені важкого почуття нав'язування. Пацієнти мислять і почувають відповідно ідеї, що оволоділа ними.

Надцінні ідеї, особливо ті, які розвилися у паранояльних психопатів коригуються дуже важко, а в деяких випадках, зовсім не піддаються корекції, при тому, що за всіма іншими питаннями ці люди можуть мати правильні судження.

На особливу увагу заслуговують психопатологічні стани, що мають назву **дисморфофобій та дисморфоманій**. У прямому перекладі дисморфофобія – страх зміни власного тіла. Цей стан можна

охарактеризувати, як маячення “власної метаморфози”, зміни власного тіла. Дистморфофобія являє собою симптомокомплекс, для якого характерне активне прагнення корекції уявного дефекту, виразні ідеї стосування та депресивний настрій.

У тих випадках, коли подібний розлад виникає без будь-якої зовнішньої причини, за парадоксальним механізмом і набуває форми маячних ідей, доцільніше говорити про *дистморфоманію*. Такі стани спостерігаються переважно при шизофренічних розладах та психопатіях психастенічного типу. У випадках, коли описаний синдром виникає реактивно і має реальну основу, наприклад у осіб з уродженими та набутими дефектами, більш доцільно використовувати термін *дистморфофобія*. Це, як правило, спостерігається у межах невротичних реакцій, патохарактерологічного розвитку та розладів особистості (психопатій).

З дистморфофобічними розладами нерідко доводиться стикатися лікарям-стоматологам як при проведенні косметичних операцій, так і в звичайній терапевтичній практиці. До таких розладів можна віднести, наприклад, хворобливі переживання у зв'язку з відчуттям неприємного запаху з рота, який хворі розцінюють як патологію стоматологічної сфери, або переживання, пов'язані з дефектами власного тіла.

Найчастіше ж хворим здається, що змінилося обличчя: воно стало іншим, неприємним, втратило будь-який зміст. Такий стан переживається досить важко, адже обличчя відіграє велику роль у соціальному житті людини. Його можна назвати “психологічним інструментом”, який завдяки виразним мімічним рухам відображає внутрішню динаміку психічної діяльності, думки та почуття. Крім того, загальновідоме велике значення обличчя для формування і проявів сексуальних потягів.

У хворих, що страждають на глосалгію, нерідко виникають нав'язливі думки про рак язика. При цьому вони постійно розглядають його у дзеркалі, вважають зміненим і настирливо вимагають “відповідного” лікування, стаючи постійними клієнтами лікарів-стоматологів. Для успішного

обстеження та лікування таких хворих велике значення має правильна психотерапевтична тактика лікаря-стоматолога.

Маячноподібні ідеї – хворобливі ідеї недооцінки або переоцінки особистості, що виникають на тлі зміненого настрою (підвищеного або зниженого). В основі їх виникнення є певна незначна реальна підстава. Ці ідеї до деякої міри можна коригувати, але не завжди і не надовго. Вони ніколи не бувають відверто безглуздими.

Найчастіше маячноподібні ідеї зустрічаються в структурі маніакальних і депресивних станів. У першому випадку мова йде, як правило, про завищену оцінку власних якостей, можливостей і досягнень; а в другому – про різноманітні як за своїми якісними проявами, так і за ступенем виразності, ідеї збитку.

Маячні ідеї – симптом порушення мислення, при якому помилкове, неправильне судження, що виникає на хворобливій основі, спотворено відображає дійсність повністю оволодіває свідомістю і не піддається корекції.

Маячна ідея суб'єктивно сприймається хворим як щось достовірне, в чому він не сумнівається. На відміну від нав'язливих ідей, при яких хворий розуміє їх абсурдність, маячні ідеї характеризуються високою суб'єктивною достовірністю, не змінюються під впливом досвіду і поєднуються в більшості випадків із змінами особистості.

Від надцінних, маячні ідеї відрізняються тим, що з самого початку їм властиве патологічне тлумачення дійсності. Вони, як правило, виникають із неясних маячних переживань, і, абсолютно не узгоджуються ні з особистістю хворого, ні з ситуацією.

Межа між маячними і маячноподібними ідеями досить умовна. Вважають, що маячноподібні ідеї не мають тенденцію до систематизації і відрізняються непостійністю.

Маячні ідеї діляться на первинні (інтерпретативні) та пов'язані з афектами або розладами сприйняття (вторинне, образне маячення).

Первинне маячення виникає, як правило, не одразу, а як наслідок ряду характерних етапів, що змінюють один одного.

Спочатку з'являється *маячне сприйняття*. Обличчя, оточуючі предмети, події, що відбуваються навколо здаються наповненими таємницею, щось обіцяють, тривожать і в цьому немає нічого певного. Хворий просто відчуває, начебто щось має відбутися і це його насторожує.

За маячним сприйняттям з'являється *маячне уявлення*, в силу якого події минулого життя набувають нового змісту, нового забарвлення, нового значення. Наприклад: “я нарешті зрозумів, що я бог і все на світі є наслідком моїх вказівок та розпоряджень” і т.д. При цьому маячне усвідомлення набуває змісту “особливої реальності” (К. Jaspers, 1923), виникає інтуїтивне розуміння суті подій, що відбуваються.

Останню стадію первинного маячення називають його *кристалізацією* в процесі якої маячні ідеї набувають “злагодженості і закінченості”.

При первинному маяченні в першу чергу порушується логіка. Свою точку зору маячні хворі підкріплюють доказами, які підібрані упереджено. До уваги береться лише те, що відповідає ідеї, яку захищає хворий; аргументи проти до уваги не приймаються.

До числа найбільш частих варіантів первинного маячення, в залежності від його фабули, відносяться:

Маячення переслідування – маячні ідеї, при яких хворий вважає, що його переслідують, за ним стежать, хочуть вбити і т.п. Спочатку ці ідеї приховуються від оточуючих – це I фаза, потім настає II фаза – пацієнти починають активно боротися зі своїми “переслідувачами”. При цьому вони можуть ставати соціально небезпечними (озброюватися, нападати на незнайомих людей, тощо).

Маячення ревнощів – безпідставне звинувачення в подружній невірності, зраді, причому факти, які мають слугувати доказом часто нереальні, фантастичні за своїм характером. Часто виникає при хронічному алкоголізмі.

При цьому маяченні хворі здатні скоїти тяжкий злочин (фізичні пошкодження, вбивство).

Маячення отруєння – твердження хворого, що йому підсипають в їжу отруту, дають отруйні ліки.

Кверулянське маячення, маячення сутяжництва – непереборна схильність відстоювати порушені, на думку хворого, інтереси, права шляхом чисельних скарг, позовів, заяв до суду, прокуратури та інших органів влади.

Маячення відношення (стосунку) – хворий вважає, що майже всі події навколишнього якоюсь мірою безпосередньо стосуються його і мають особливий сенс: оточуючі багатозначно дивляться на нього; всі вчинки, жести, висловлювання, радіо- і телепередачі, а іноді й ті чи інші явища природи відбуваються неспроста, а мають причетність до нього.

Еротичне маячення – різновид маячення відношення, впливу, яке іноді поєднується з маячними ідеями переслідування: певна особа протилежної статі кохає хвору (хворого), почуває сильну пристрасть до неї (нього) і тому різними методами намагається привабити до себе, привернути їх симпатію.

Маячення одержимості – своєрідні іпохондричні маячні ідеї: в тіло хворо вселились тварини, міфічні, або вигадані хворим істоти.

Маячення самозвинувачення – хворі звинувачують себе у помилках, аморальних вчинках, думках, бажаннях за які вони отримують тяжке покарання.

Маячення самоприниження – маячні ідеї, при яких хворий вважає себе нездарою, нікчемою, неповноцінною людиною.

Маячення втрати, збитку – переконання хворого, у тому, що знайомі або невідомі злочинці хочуть обікрасти або обкрадають, розорюють, позбавляють квартири, заробітку і завдають шкоди його майну.

Маячення іпохондричне – стійка необґрунтована впевненість хворого, що в нього існує важка невиліковна хвороба і він має скоро померти. Для доведення цього він наводить безглузді аргументи, що начебто ґрунтуються

на його відчуттях, поглядах оточуючих і клінічних аналізах. Особам, які намагаються його переконати, у тому числі, лікарям, хворий не вірить.

Маячення величі – переконання у своїх особливих якостях, здібностях, можливостях, багатстві, суспільному становищі. Маячні ідеї виникають на тлі піднесеного настрою.

Маячення високого походження – твердження хворого, що він за походженням із знатного роду, має родинні зв'язки з відомими всьому світу людьми.

Маячення винаходу і відкриття – порушення мислення, при якому хвора особа, яка не має спеціальної освіти і досвіду, “винаходить” апарати, двигуни, ліки, “відкриває” закони руху всесвіту, застосування яких, на її погляд, сприятиме прогресу і ошчасливить людство.

Маячення реформаторства – хворий стверджує, що він перетворює світ, має для цього свої розрахунки, праці і т.п.

Образно-чуттєве маячення – маячні ідеї, що супроводжуються підвищеною афективністю та загальною розгубленістю розладом чуттєвого пізнання. Останнє не зберігає певної єдності світогляду і спирається не на систему доказів, а переважно на образи і фантазії. Хворий скрізь вбачає натяки на свою адресу: посмішки людей, статті в газетах; в лампочках, що світять, вбачає сигнал його уявних ворогів.

На відміну від інтерпретативного – образно-чуттєве маячення вторинне. Його поява пов'язана, найчастіше, з галюцинаторними переживаннями або афективними розладами. Воно малосистематизоване і у своїй основі має чуттєво забарвлені, яскраві, образні уявлення, які визначають фрагментарність та непослідовність проявів.

Зміст образного маячення різноманітний, він то наближається до реальності, то набуває фантастичного характеру. До його числа входить антагоністичне або *маніхейське* маячення, в основі якого боротьба двох сил – добра і зла, світла і темряви. Характер і наслідки цього протистояння залежать від поведінки хворого, від його намірів і вчинків.

Афективне маячення, яке має депресивну або маніакальну спрямованість. Прояви маячення депресивної спрямованості різноманітні (ідеї збитку, різні варіанти іпохондричного та нігілістичного маячення та ін.). Так, при маяченні *Котара*, іпохондричні переживання набувають мегаломанічного характеру: “Мої страждання ніколи не скінчаться, відбудеться загибель світу, зникне людство, залишуся лише я і мої страждання...”. Афективне маячення маніакальної спрямованості виявляється маячними ідеями величі.

Катестетичне маячення – маячні ідеї пов’язані з порушенням інтерорецепції. Хворобливі відчуття, що походять в першу чергу з внутрішніх органів формують іпохондричні скарги, а також маячні ідеї впливу і переслідування.

Резидуальне маячення – маячні ідеї, які будуються на основі помилок сприйняття під час розладів свідомості. Після одужання хворий деякий час зберігає впевненість у істинності хворобливих (маячних) переживань, що мали місце в гострому періоді хвороби.

Кататимічне маячення – походить із тривожно-напруженого афекту або через бажання хворого.

Голотимічне маячення – причиною виступає депресивний афект

Індуковане маячення – маячні ідеї, що розвиваються у людей, які неспроможні критично поставитися до маячних висловлювань психічно хворого і вважають їх за істину. Виникає у людей із слабким інтелектом, або високою навіюваністю.

Конформне маячення – за механізмами утворення близьке до індукованого маячення. Відмінність заключається в тому, що конформне маячення розвивається у психічно хворих, які знаходяться в значній близькості між собою. Хворі з конформним маяченням протиставляють себе оточуючому світові у якості групи, а не індивідуально.

Розрізняють систематизовані і несистематизовані маячні ідеї:

Систематизоване маячення – маячні ідеї, які формують певну систему об'єднану центральною думкою. Маячні судження стають системою поглядів, що визначають світогляд в цілому. На цих судженнях зосереджується все психічне життя хворого. Спотворюється відбиття внутрішніх зв'язків між явищами реального світу. Одне хворобливе судження пов'язується з іншим викристалізовуючи маячну систему. Систематизованим є *паранояльне* та *парафренне* маячення.

Несистематизоване маячення – маячні ідеї, що характеризуються відсутністю послідовної системи доказів. Вони уривчасті, не пов'язані між собою, фрагментовані, незв'язані між собою, безглузді і швидко змінюються. Несистематизоване маячення пов'язане з порушеннями сприйняття (галюцинаціями). Несистематизованим є *параноїдне* маячення.

Детальна характеристика маячних синдромів наводиться в главі, яка присвячена психопатологічним синдромам.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Дайте визначення поняття мислення.
2. Наведіть класифікацію розладів мислення.
3. Що таке паралогічне мислення?
4. Дайте визначення аутистичного мислення та резонерства.
5. Нав'язливі стани, класифікація та клінічна характеристика.
6. Характеристика надцінних ідей.
7. Які маячні синдроми розрізняють в психіатрії.
8. Клінічна характеристика параноїдного синдрому
9. Характеристика синдрому психічного автоматизму.
10. Характеристика паранояльного та парафренного синдромів.
11. Відмінності первинного та образного видів маячення.
12. Клінічні ознаки образно-чуттєвого маячення.
13. Що таке систематизоване та несистематизоване маячення?
14. Що розуміють під індукованим та конформним маяченням?

Розлади емоцій

Окрім пізнавальних процесів у людини існує також чуттєве життя, емоції. Їх анатомо-фізіологічною основою головним чином є таламо-гіпоталамічна ділянка. Розлад функціонування кори не призводить до грубих порушень емоцій, за виключенням лобних долей (морія). Натомість пошкодження окремих підкіркових відділків призводить до грубих емоційних розладів.

Емоції відносяться до філогенетично одного з найдавніших психічних процесів, вони існують і у тварин. Ще до утворення умовних рефлексів існували емоції. Вони відіграють важливу роль у психічному житті людини. Завдяки емоційному заряду – тону – функції організму знаходяться на оптимальному рівні.

Усі емоційні стреси, хвилювання супроводжуються вегетативними змінами. Емоції пов'язують душевне життя з фізичним. Почуття (емоції) відображають вдоволення або невдоволення потреб людини або тварини.

Всі симптоми емоційних розладів можуть проявлятися або як особливості афективного реагування на ту чи іншу конкретну ситуацію, або як хворобливі розлади настрою.

I. Посилення емоцій.

Патологічний афект – стан надзвичайного емоційного напруження, бурхлива емоційна реакція гніву, що раптово виникає у відповідь на нікчемні (але іноді і значимі приводи). Для нього властивий раптовий початок, порушення свідомості з наступною повною або частковою амнезією і втрата психологічно зрозумілого зв'язку між силою, особливостями емоції та характером фактору, що її викликав. Людина в стані патологічного афекту може скоїти тяжкий делікт.

Патологічний афект слід диференціювати з *фізіологічним афектом*, який виникає після сильного хвилювання, але при ньому не спостерігається потьмарення свідомості і зберігається психологічно зрозумілий зв'язок між душевними переживаннями та фактором, що їх викликав.

Екстаз - найвищий ступінь захоплення і змилювання, що може поєднуватися із скованістю рухів (заціпеніння).

Емоційна гіперестезія – сильні емоції, що виникають з незначного приводу, оволодівають особистістю і відсувають на другий план основні соціальні та біологічні інтереси.

II. Послаблення емоцій.

Емоційна тупість – збіднення почуттів, що проявляється у повній байдужості хворих до себе, стану свого здоров'я, долі рідних та близьких. Першими, як правило втрачаються соціальні емоції та здатність до співпереживання. Характерний розлад при шизофренії.

Емоційне оскудіння – неухильне послаблення вищих емоцій при посиленні і домінуванні нижчих. Зустрічається при органічній патології, яка супроводжується загибеллю частини кори.

Апатія – безучасність, відсутність емоційних реакцій на оточуюче, життєвої перспективи. У випадку, коли такий стан виникає як реакція на психотравму, його називають *паралічем емоцій*.

Хвороблива психічна анестезія (anaesthesia psychica dolorosa) надзвичайно важке для хворого відчуття спустошення почуттів, болісне нечуттєвість.

III. Порушення рухливості емоцій.

Емоційна лабільність – легке виникнення з незначного приводу неглибоких і нестійких емоцій, що швидко змінюються (іноді на протилежні) навіть без зміни діючого подразника. Властиво для неврозів.

Слабкодухість – легке виникнення і зміна нормальних по силі емоцій, їх нетримання, нездатність до приховування своїх почуттів. Часто зустрічається при судинній патології головного мозку.

Емоційна інертність – надмірна стійкість емоцій, які немовби застряють у свідомості людини і існують незалежно від зміни ситуації.

IV. Порушення адекватності емоцій.

Дисфорія - напружений тужливо-злобний настрій з елементами роздратованості, іноді з домішкою страху. Будь-який незначний чинник, який викликає негативні емоції може викликати агресивне збудження.

Фобії – нав'язливі страхи з критичним до них ставленням. Страх може бути викликаний психічними порушеннями, виступаючи як наслідок галюцинаторно-маячних переживань, переживань, пов'язаних з різними проявами синдрому потьмарення свідомості; іноді його викликають соматичні розлади (переважно серцево-судинної та дихальної системи).

Виразність страху коливається від боязкості до жаху, який призводить до потьмарення свідомості. Як правило страх сполучається з відчуттям неспокою, яке може перетворюватися у напруженість.

Паратимії – неадекватні подразнику емоції. Хворий, розповідаючи про смерть близької людини сміється, або раптово виявляє агресію проти людини до якої добре ставився.

Амбівалентність почуттів – двоїсте, а іноді і одночасно протилежне емоційне переживання людиною тієї самої події, або об'єкта (наприклад задоволення і незадоволення, симпатії і антипатії, любові і ненависті тощо).

Це пов'язане не з особливостями подразника, а з патологічним станом психічної діяльності. Протилежні емоції співіснують, а не змінюють одна одну.

Ейфорія – патологічно підвищений, але не напружений фон настрою з відтінком безхмарної радості, благодушності. Емоції неадекватні ні оточуючій дійсності, ні фізичному стану хворого.

Морія - ейфорія з елементами клоунади, манірності. Характерна схильність до безглуздих жартів, може бути виражене рухове збудження. Зрідка морія спостерігається на фоні легкого оглушення.

Як розлади настрою, тривалі психопатологічні стани виділяють *манію* та *депресію*.

Манія – стійкий напружено підвищений настрій недоступний негативним афектам. Головними проявами є ейфорія, прискорене за рахунок поверхневості асоціацій мислення та рухове збудження. Супроводжується відчуттям величезної енергії, сили, бадьорості. Хворі почувають себе здатними на будь-які досягнення, переоцінюють свої можливості навіть до ідей власної величі. При маніакальних станах спостерігається порушення активної уваги, підвищена відволікаємість.

Якщо ці властивості виражені в легкому ступені, то говорять про *гіпоманію*.

Виділяють декілька видів маніакальних станів:

- 1)** *Сонячна (весела) манія* – у хворих гарний настрій. Вони схильні до позування, жартівливості. Відчуття хвороби відсутнє. Спостерігається гіперсексуальність.
- 2)** *Експансивна манія* – властивий підвищений настрій, який сполучається з переоцінкою власних можливостей, маячними ідеями величі, але вони не безглузді, хворих можна переконати.
- 3)** *Манія із скачкою ідей (fuga idearum)* – манія з прискоренням асоціативного мислення. Клінічно схожа на розірваність мислення.

- 4) *Гнівлива манія* – манія з симптомами роздратованості, гнівливості, агресії. Хворі всім невдоволені, конфліктні.
- 5) *Сплутана манія* – підвищений настрій сполучається з елементами порушення свідомості. Є ознакою екзогенно-органічного розладу.

Депресія - пригнічення настрою, що характеризується нудьгою, інтелектуальною і руховою загальмованістю, фізично важкими відчуттями, зниженням потягів, важким суб'єктивним почуттям, що призводить до хворобливо негативної оцінки дійсності.

Класифікація депресій за Кільгольцем:

I. Ендогенні (вітальні):

- а) при шизофренії;
- б) при маніакально-депресивному психозі;
- в) інволюційні.

II. Психогенні:

- а) невротичні;
- б) реактивні;
- в) депресії виснаження.

III. Соматогенні:

- а) симптоматичні;
- б) при органічному ураженні ЦНС.

Ендогенна депресія – пов'язана з ендогенним психічним захворюванням. Для неї характерна немотивованість, дифузність, відсутність гностичного компоненту (хворий не розуміє причини своїх страждань). Такий стан є відображенням порушень вегетатики. Хворі відчувають неясні, важкі страждання, які важко переживаються хворим. Часто виникає *передсердна туга* – тужливе почуття напруження і стиснення в грудях. Інтенсивність змінюється на протязі доби, ввечері стан покращується. Може спостерігатися *меланхолічне збудження* (raptus), яке супроводжується раптовою інтенсивною тривогою, збудженням з нестримними суїцидальними тенденціями. Нерідко виникає в період одужання.

При так званій **вітальній депресії** виникає відчуття болісної нечуттєвості, хворий не може ні радіти, ні жалітися (“Серце як камінь, немає почуття любові до близьких, дітей”). Їй притаманні виразні соматичні ознаки переважно у вигляді тріади Протопопова: тахікардія, мідріаз, закреп.

Психогенна депресія – пригнічення настрою пов’язане із наявною психотравмуючою ситуацією. Часті ідеї самозвинувачення, що витікають із конкретної ситуації. Спостерігаються ідеї переслідування, пов’язані з психотравмуючими факторами. При тривалій конфліктній ситуації реактивні депресії можуть набувати вітального характеру.

Соматогенна депресія – пов’язана з хворобливими відчуттями через соматичне захворювання.

Депресивні синдроми:

- 1)** *Тривожно-депресивний синдром* – депресія з тривожністю, страх, ажитація. Часто зустрічається при інволюційній меланхолії.
- 2)** *Депресивний іпохондричний синдром* – депресія з іпохондричним компонентом. Зустрічається в рамках шизофренії. Ступінь іпохондрії коливається від легкого до синдрому Котара (див. нижче).
- 3)** *Астено-депресивний синдром* – астенія, підвищена втомлюваність, виснажуваність. Спостерігається при екзогенних психозах.
- 4)** *Депресивно-параноїдний синдром* – до депресії приєднуються ідеї переслідування, отруєння та інші маячні прояви. Найчастіше спостерігається в рамках шизофренії.
- 5)** *Депресивно-деперсоналізаційний синдром* – депресія сполучається з явищами деперсоналізації і дереалізації. Зустрічається в рамках біполярного афективного розладу, шизофренії, циклотимії.
- 6)** *Нав’язливо-депресивний синдром* – сполучення депресії з obsesivними явищами.

Виходячи з супутніх ознак традиційно виділяють буркотливу, ниючу, слізливу депресію. Також розрізняють депресію самокатування, невпевненості, бідності, долі. Описані також *метушлива депресія*, *депресія звільнення* та *депресія виснаження*. Велике значення мають *стерті*, або *ларвірувані* депресії.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

1. Визначення емоцій, їх фізіологічна характеристика.
2. Що таке стенічні і астенічні емоції?
3. Патологічне підвищення настрою. Дайте визначення манії і ейфорії. Різновиди манії.
4. Пригнічення настрою. Клінічні ознаки депресії.
5. Класифікація депресій.
6. Що таке ендогенна та вітальна депресія? Їх клінічні ознаки.
7. Клінічна характеристика психогенних депресій.
8. Які синдроми з депресивним компонентом ви знаєте?
9. Що називається дисфорією?
10. Фобії, визначення, зв'язок з іншими захворюваннями.
11. Що таке патологічна емоційна лабільність?
12. Дайте визначення амбівалентності почуттів.
13. Визначення та клінічні ознаки паратимії.
14. Дайте визначення емоційної інертності та емоційної слабкості.

Розлади пам'яті, уваги та інтелекту

Порушення пам'яті.

Пам'ять – психічний процес, що полягає у фіксації, збереженні і відтворенні минулих вражень, досвіду та іншої інформації.

Пам'ять пов'язана з такою властивістю центральної нервової системи, як пластичність – здатність змінюватися під впливом подразників і зберігати їх сліди. Основними функціями пам'яті є фіксація (запам'ятовування), ретенція (збереження), репродукція (відтворення), впізнавання та забування (втрата непотрібного) інформації.

Збереження залежить від утворення системи зв'язків між окремими нейронами, групами нейронів, різними аналізаторами. Відтворення пов'язане з розгальмуванням тих часових зв'язків, які утворилися на стадії збереження.

Розрізняють *довготривалу* і *короткотермінову* пам'ять. Короткотермінова пам'ять базується на циркуляції імпульсів у замкнених нейронних ланцюгах, а довготривала утворюється завдяки синтезу РНК. Одним з варіантів короткотермінової є оперативна пам'ять. Вона ґрунтується на інформації, яка надходить із довготривалої і короткочасної пам'яті при розв'язанні певного завдання.

Порушення одного з перерахованих вище компонентів пам'яті призводить до її розладу. Розрізняють посилення (гіпермнезія), зниження і відсутність (гіпомнезія і амнезія) та спотворення пам'яті (парамнезія).

Гіпермнезія – патологічне посилення пам'яті. Зустрічається при афективних психозах, іноді при олігофренії, епілепсії.

Маніакальні хворі швидко запам'ятовують, утримують та відтворюють дати і події власного життя. При депресії може виникати вибіркова гіпермнезія, наприклад, маячення самозвинувачення супроводжується чіткими спогадами всіх минулих помилок. Гіпермнезія зустрічається також при епілептичних дисфоріях – пригадують найменші образи, неприємні події.

Гіпомнезія – ослаблення пам'яті – регрес пам'яті. Такий стан має певну динаміку, носить прогресуючий характер і може призводити до амнезії.

Рібо виокремлює 4 стадії розвитку гіпомнезії:

- 1) порушення вибіркової репродукції, відтворення того, що потрібно в даний момент. Забуваються події теперішнього життя (де і що поклав, чим харчувався, тощо) у той час як минулі події відтворюють добре.
- 2) важко пригадується і минулий досвід, хронологія подій. Втрачається знання мов, біографічні, наукові свідчення. Хворі неправильно локалізують спогади в часі. Зберігаються фрагментарні спогади, але добре пригадуються емоційно позитивно забарвлені події.
- 3) втрачається увесь запас знань, всі дати і події. Мертвих часто вважають за живих, втрачають орієнтацію в часі, і, навіть найближчому оточенні – амнестичне дезорієнтування.
- 4) повна редукція пам'яті – тотальна амнезія.

Прогресуюча гіпомнезія зустрічається при психозах старечого віку, церебральному атеросклерозі, первинно-атрофічних хворобах (Піка і Альцгеймера), при прогресуючих органічних захворюваннях (енцефаліти, травматична хвороба, алкогольні енцефалопатії). Легка гіпомнезія – при неврозах, депресивній формі афективних психозів, виснаженні, втомі.

Амнезії – наявність прогалин у спогадах, випадіння з пам'яті подій певного відрізка часу, яких-небудь переживань.

Амнезії за механізмом діляться на 2 групи:

- 1.** *Фіксаційна амнезія* – неможливість запам'ятовування, відсутність пам'яті на поточні події.
- 2.** *Репродуктивні амнезії*. За часом виникнення поділяються на ретроградну, антероградну, антероретроградну, ретардовану та анекфорию.

Ретроградна амнезія – випадіння з пам'яті подій, що сталися до початку захворювання.

Антероградна амнезія – випадіння з пам'яті подій, які сталися після виникнення хвороби.

Антероретроградна амнезія – амнезія, що поєднує антероградну і ретроградну, тобто випадіння з пам'яті подій, що передували захворюванню, а також тих, що мали місце після його початку.

Ретардована амнезія – запізніла амнезія, яка характеризується тим, що відразу після захворювання з порушенням свідомості хворий може розповісти про минулі переживання (галюцинації, страх тощо), але надалі їх забуває.

Анекфорія – порушення пам'яті, головним чином відтворення, при якому окремі події, образи згадуються тільки при спогаді про них.

Окремі види амнезій:

Амнезія системна – втрата пам'яті, пов'язана з психічною травмою, не на певні відрізки часу, а на певний зміст деталей при збереженні в пам'яті загальної ситуації.

Альтернуюча амнезія – хворий не пам'ятає своєї поведінки в стані, який протилежний тому, в якому він знаходиться в момент дослідження. Хворий веселий, рухливий, активно розмовляє. Потім після сну – спокійний і не пам'ятає себе веселого.

Психогенна амнезія (амнезія витіснення, афектогенна) – після психотравми людина забуває події, які мають психотравмуючий зміст.

Перфораційна амнезія – випадіння деяких подій внаслідок вживання психоактивних речовин (алкоголь).

Парамнезії – хворобливий психічний стан, який проявляється розладом пам'яті, що виникає внаслідок амнезії, коли прогалини в пам'яті заповнюються несправжніми спогадами. Парамнезії поділяються на конфабуляції, псевдоремінісценції, криптомнезії і фантазми.

Конфабуляція – порушення пам'яті, що характеризується заповненням прогалин пам'яті вигаданими спогадами та переживаннями фантастичного змісту. Іноді може розвиватись конфабуляційна сплутаність – наплив вигадок, який супроводжується хибним впізнаванням оточення, осіб. Зустрічається при старечих психозах і входить в структуру парафренного синдрому (конфабуляторна парафренія).

Псевдоремінісценція – несправжні спогади реального змісту про події, яких не було у відрізок часу, згадуваний хворим, але вони мали місце чи могли бути у минулому. Псевдоремінісценції нерідко заповнюють у хворого прогалини пам'яті. Їх не завжди легко можна відрізнити від конфабуляцій.

Криptomнезія – порушення пам'яті, при якому прочитане, почуте, побачене уві сні здається пережитим насправді, а факти, думки, запозичені в інших або вичитані з книжки вважаються власними. Криptomнезія зумовлена помилками пам'яті, її не слід ототожнювати з навмисним свідомим вигадуванням, плагіатом.

Паралітичні фантазії – вигадки безглузлого змісту, що виникають у випадках виявленого слабоумства, наприклад, при прогресивному паралічі.

Фантазми істеричні – різні вигадки надзвичайних подій, яких насправді не було, прагнення поставити себе у центрі уваги оточуючих. Спостерігається при істерії, істеричній психопатії. Хворий з яскравою чуттєвістю переживає своє несправжнє сприймання як щось достовірне.

Порушення уваги.

Увага – здатність зосереджуватися на зовнішньому або внутрішньому подразникові. Увага є психічною функцією, яка характеризується вибіркоким ставленням до об'єктів психічної діяльності, коли з великої кількості подразників свідомість вирізняє один або декілька.

Активна увага – свідоме, умовно рефлекторно вироблене, цілеспрямоване зосередження психічної діяльності на певних явищах.

Увага пасивна, мимовільна – привертання уваги на будь-який із числених зовнішніх подразників, під дією яких перебуває людина. Недостатньо концентрована, надмірно рухлива увага раптово переключається з одного предмета на інший. В основі цього явища лежить безумовно зорієнтований рефлекс (“Що таке?”).

Порушення уваги можуть приймати наступні форми.

Важкість переключення – інертність нервових процесів при епілепсії, атеросклерозі, резидуально-органічних ураженнях.

Слабкість активної уваги – нездатність до тривалого напруження уваги у напрямку одного об'єкту, труднощі зосередження.

Прикутість уваги – посилення концентрації уваги та її стійкості. Характерна для хворих у стані депресії, осіб з іпохондричними явищами і маячних хворих.

Відволікаємість уваги – порушення уваги, що характеризується ослабленням її концентрації та стійкості.

Загальмованість уваги – порушення механізму переключення уваги з одного предмета чи явища на інший, що пояснюється інертністю основних кіркових процесів.

Апрозексія – повне випадіння уваги.

Порушення інтелекту.

Інтелект – сума знань людини на даний момент і здатність в подальшому накопичувати їх та успішно використовувати. Інтелект включає в себе сукупність таких пізнавальних процесів, як пам'ять, розумова працездатність, характер мислення, його адекватність ситуації, реальність, точність суджень і умовисновків.

Розрізняють три складових структури інтелекту:

- *передумови інтелекту* - увага, пам'ять, розумова працездатність, особливості мовного апарату.

- *інтелектуальний інвентар* – знання, отримані в процесі виховання, навчання, самоосвіти, а також власний досвід – ерудиція;

- *власне інтелект* – можливість відтворювати ту або іншу якість суджень, умовисновків.

Сам по собі запас знань не може свідчити в повній мірі про наявність або відсутність у того або іншого хворого ознак недоумства. Низький запас знань, як правило, є ознакою недоумства, високий же ще не є ознакою інтелекту. Саме в такому аспекті слід розглядати наявність односторонніх здібностей (музичний талант, розвинена пам'ять) у осіб з низьким інтелектом.

Розрізняють природжене недоумство (олігофренію) та набуте (деменцію).

Природжене недоумство (олігофренія) – характеризується затримкою розвитку інтелекту внаслідок причин, які діяли внутрішньоутробно або в ранньому дитинстві (до трьох років). В залежності від ступеню порушення інтелекту поділяється на дебільність, імбецильність та ідіотію.

Набуте недоумство (деменція) – є наслідком захворювань мозку або психічних хвороб і проявляється стійким зниженням пізнавальної діяльності. Буває тотальним (дифузним, глобарним), лакунарним, концентричним і транзиторним.

Тотальне недоумство характеризується суцільним зниженням всіх форм пізнавальної діяльності і проявляється слабкістю інтелекту, пам'яті, уваги, зниженням почуттів (насамперед вищих) і волі. Цей тип недоумства спостерігається при старечому недоумстві, прогресивному паралічі та інших захворюваннях. Його наслідком є зниження рівня суджень, порушення критики, поведінки та руйнування ядра особистості.

Лакунарне недоумство характеризується зниженням пізнавальної діяльності з переважанням розладів пам'яті та уваги, внаслідок чого виникає зниження суджень. Ядро особистості, критика та поведінка довго залишаються непорушними. Цей тип недоумства спостерігається найчастіше при вогнищевих захворюваннях головного мозку.

За типом перебігу недоумство розділяється на:

- 1) прогресивне;
- 2) стаціонарне (травматичне, енцефалітичне);
- 3) регресивне (при судинних захворюваннях).

За динамікою недоумство має три фази (Блейлер):

а) переважання функціональних розладів над органічними. Клінічно спостерігаються широкі коливання інтелектуальної діяльності.

б) кристалізація недоумства – яскраво виступає органічна симптоматика.

в) термінальна – недоумство сягає крайнього ступеню і носить характер маразму.

Клініко-нозологічна класифікація розладів інтелекту.

I. *Деменція при судинних захворюваннях мозку.* Зустрічається найбільш часто. В залежності від стадії розрізняють: просте атеросклеротичне, гостре постапоплектичне (виникає внаслідок інсульту), псевдопаралітичне, псевдоальцгеймерівське та галюцинаторно-параноїдне недоумство, а також недоумство з Корсаковским синдромом.

II. *Стареча недоумкуватість.* Починається зі змін особистості, загострення її преморбідних особливостей, рис характеру – егоїзму, егоцентризму, підозрливості, втрачається тепле ставлення до членів родини,

загострюється вперстість. Починається регрес ядра особистості, передовсім інтелекту. Виникає тотальне недоумство.

III. *Деменція при шизофренії* (транзиторне недоумство) характеризується слабкістю пізнавальної діяльності, яка розвивається повільно внаслідок наростання деструктивного процесу у мотиваційно-вольовій сфері. Недоумство розвивається на фоні зниження енергетичного потенціалу психічної діяльності. Незважаючи на відсутність розладів пам'яті та достатній рівень формальних знань, хворий повністю соціально дезадаптований, неспроможний до практичної діяльності.

IV. *Епілептична деменція* - концентричне недоумство – тип недоумства, що характеризується поступовим звуженням інтересів хворого на своїй особистості, функціях свого організму. Мислення стає загальмованим, в'язким, деталізованим, конкретним. Думки фіксуються на дрібницях, страждає здатність до відокремлення головного від другорядного. Погіршується пам'ять, випадають окремі слова, внаслідок чого мова стає обмеженою і одноманітною. Втрачаються громадські та професійні інтереси. Всі інтереси поступово звужуються і зосереджуються на своєму соматичному існуванні. Це звуження розвивається поступово, концентрично.

V. *Пресенільні деменції*.

а) хвороба Альцгеймера – первинно-атрофічний процес, що має лакунарний характер.

б) хвороба Піка – розлад інтелекту відразу приймає тотальний характер з порушенням ядра особистості.

VI. *Травматичне недоумство* характеризується зниженням якості суджень і умовисновків, астеною, афективною нестійкістю, але впорядкованою поведінкою та достатніми адаптативними можливостями.

VII. *Розлади інтелекту при психогеніях* мають складний генез, що залежить від особливостей особистості та психотравмуючої ситуації. При цьому виникають явища псевдодеменції (зворотні, не пов'язані з

органічними ураженнями), які детально описані у розділі “Розлади свідомості”.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ:

1. Дайте визначення поняття „пам’ять”.
2. Функції пам’яті та їх значення в психічній діяльності людини.
3. Які основні властивості пам’яті ви знаєте?
4. Класифікація розладів пам’яті.
5. Визначення гіпермнезії.
6. Визначення гіпомнезії та різних видів амнезій.
7. Визначення та різновиди парамнезій.
8. Дайте характеристику основним розладам уваги.
9. Що таке олігофренія? Її види.
10. Деменція, визначення та клінічні ознаки різних її видів.
11. Характеристика деменції при судинних захворюваннях.
12. Деменція при шизофренії та епілепсії.

Розлади ефektorно-вольової сфери

Воля – свідоме цілеспрямоване керування людиною власною діяльністю. Вольова активність властива тільки людині. В процесі соціального розвитку у людини, на відміну від тварин, сформувалися форми пристосування до оточуючого середовища на основі диференційованих умовно-рефлекторних реакцій і вольового контролювання інстинктивної та інших видів поведінки.

Вольовий акт має складну будову і складається з шести послідовних етапів:

- 1) Спонування – визначається діяльністю підкіркових структур. Це аморфна, інстинктивна, недиференційована діяльність – неусвідомлена мотивація.

- 2) **Потяг** - на цій стадії з'являється усвідомлення того, що даному індивідууму бажано досягнути або реалізувати. Мотивація насичується кірковим (свідомим) компонентом. Розрізняють потяги харчові, захисні та статеві.
- 3) **Прагнення** – наявна конкретна мета для реалізації потягу, чітко виражений об'єкт.
- 4) **Боротьба мотивів**. Не кожне устремління може бути реалізоване, деякі з них пригнічуються. Це залежить від багатьох обставин, наявної ситуації, особистості – хтось може собі дозволити задовольнити свої прагнення, а інший, через, наприклад, виховання чи почуття обов'язку – ні. Багато залежить від психічного стану людини. У стані нормальної свідомості і розгальмованої поведінки (алкоголь) вона може мати різну поведінку.
- 5) **Прийняття рішення**.
- 6) **Дія**. Реалізація прийнятого рішення.

Воля тісно стикається з діяльністю. Це єдиний процес, тому їх виокремлюють в рухово-вольову (ефекторно-вольову) сферу.

Вольові порушення можуть виявлятися як на рівні потягів до діяльності і усвідомлення мети так і на рівні прийняття рішення, відповідної поведінки на всіх етапах вольового акту.

Патологія спонукань виявляється у формі зниження, підвищення та збочення вольової активності.

Зниження вольової активності.

Гіпобулія – ослаблення або зниження цілеспрямованої діяльності, що проявляється зниженням або цілковитою відсутністю спонукань, руховій і мовній загальмованості, обмеженості міміки при повній анатомічній цілісності рухового апарату.

Абулія – повна безвольність, відсутність відповідного імпульсу до дії. У хворого спостерігається обмеженість мімічних і пантомімічних рухів, рухова

і мовна загальмованість при відсутності органічних порушень з боку нервової системи.

Абулія та гіпобулія можуть існувати окремо в рамках окремих захворювань та включатися в різні ступорозні стани.

Підвищення вольової активності.

Гіпербулія – стан патологічного посилення вольової активності, підвищене прагнення до діяльності, руховий неспокій і мовна гіперпродукція. При загальному зниженні волі виникає нескінчена різноманітність бажань і безцільних дій (метушіння, крики, спів тощо).

Цей феномен спостерігається при афективних психозах (маніакальна фаза), надцінних ідеях, параноїальному розвитку особистості у психопатів, істеричній екзальтації та при епілептичних змінах особистості (впертість у досягненні мети). Гіпербулія може виникати при стресах. Іноді гіпербулія чергується з гіпобулією (при шизоафективному розладі).

Спотворення вольової активності.

Парабулії – виявляється в різноманітних імпульсивних рухових актах, безглузких, іноді вичурних, рухах і т.д. Виникає спотворення інстинктів, парадоксальність вольових дій.

Імпульсивна дія – несвідома, проста, поодинокі не пов'язана з ситуацією дія, яка здійснюється без вольового рішення. В основі цього лежить слабкість кіркової діяльності, недостатність активного гальмування. Хворі можуть без зрозумілого для оточуючих і них самих приводу падати на підлогу або битись головою об стіну, кричати, співати та ін.

Імпульсивні потяги – короточасні патологічні потяги, що виникають зненацька, не можуть бути загальмованими і реалізуються у дії.

До їх числа належать:

Дромоманія – позбавлений будь-якої мотивації потяг до бродяжництва.

Клептоманія – прагнення красти без будь-якої фактичної зацікавленості.

Піроманія – пристрасть до підпалювання.

Трихотиломанія – потяг до виривання власного волосся.

Вербоманія – хворобливу захопленість розмовами, пристрасть до балаканини.

“*Симптом Плюшкіна*” – хвороблива пристрасть до накопичення нікому не потрібних речей.

Імпульсивні дії і потяги від нав’язливостей відрізняються тим, що вони, як правило реалізуються хворим без опору і боротьби.

Психомоторні розлади.

Під психомоторікою розуміють сукупність свідомо керованих рухових дій. До симптомів психомоторних розладів відносять утруднення, гальмування виконання рухових актів (гіпокінезії), повну нерухомість (акінезію, ступор), симптоми рухового збудження (гіперкінезії) та неадекватність рухів (паракінезії).

I. Акінезія (ступор).

Кататонічний ступор проявляється скутістю рухів, заціпенінням. Хворий перебуває у певній позі протягом багатьох годин, днів, місяців. Для кататонічного ступору характерний ряд специфічних симптомів: *воскова гнучкість* – збереження хворим будь-якої наданої йому пози в сидячому і навіть стоячому положенні до кількох хвилин і довше; *симптом “повітряної подушки”* – хворий у положенні на спині не торкається потилицею до подушки, голова висить у повітрі; *поза ембріона* – тулуб хворого напівзігнутий, ноги зігнуті в колінах і підбрані до живота, руки зігнуті в ліктях і приведені до тулуба, голова – до грудей; *негативізм* – немотивована, безглузда протидія, опір будь-якій дії зовні, відмова від виконання її (пасивний негативізм), іноді вперте прагнення зробити наперекір сторонньому впливу (активний негативізм); *мутизм* – порушення мовного спілкування, що настає при неушкодженості мовного та слухового апарату. Проявляється безпідставним мовчанням, відсутністю відповіді на запитання, спонтанною мовою.

Свідомість при кататонічному ступорі в значній частині випадків буває ясною, іноді він поєднується з онейроїдом.

Депресивний ступор – для цього стану властивий скорбний вираз обличчя, опущена голова, сльози на очах. Лише іноді з хворими вдається вступити в контакт і отримати нескладну відповідь. Спостерігається при ендогенних депресіях.

Психогенний ступор. Від депресивного відрізняється тим, що хворий на нагадування про психотравмуючу ситуацію реагує вазомоторною реакцією.

Апатичний ступор. Хворі зазвичай лежать на спині, не реагують на навколишнє, тонус м'язів знижений. На питання відповідають з великою затримкою. Спостерігається при тривалих симптоматичних психозах.

Маніакальний ступор – хворий загальмований у рухах, але в цей же час у нього підвищений настрій, ейфорія.

Дієнцефальний ступор – явища застигання (каталепсії) при незмінній свідомості без змін психіки. Виникає при дієнцефальних розладах.

II. Гіперкінезії.

Кататонічне збудження - стан, що характеризується некоординованістю і дисгармонійністю рухів. Вони химерні і немовби умисно позбавлені сенсу, при цьому не відповідаючи ні характерові подразнень, ні загальній ситуації.

Кататонічне збудження може чергуватися з кататонічним ступором, переривати його, а також мати самостійний перебіг.

До кататонічних симптомів відносять: *манірність* – стан, коли прості дії викривляються, стають химерними; *ехолалію* – автоматичне повторення слів, запитань співрозмовника; *ехопраксію* – бездумне повторення, копіювання дій інших людей; *ехомімію* – бездумне повторення міміки людей, що в цей момент перебувають поряд.

Вирізняють *люцидну кататонію*, при якій кататонічне збудження сполучається з маяченням, психічними автоматизмами, галюцинаціями, але без порушення свідомості і *онейроїду кататонію*, при якій спостерігається розлад свідомості у вигляді онейроїду.

При депресії, збудження іноді може сягати стану *меланхолійного раптусу*, коли хворий будучи не в силах боротися з почуттям непомірної туги і відчаю стає несамовитим, кричить, б'ється головою в стінку, спричиняє собі пошкодження, прагне покінчити з життям.

Гебефренічне збудження проявляється безглуздо-дурашливою поведінкою (кривляння, ужимки, немотивований сміх і т.д.). Хворі стрибають, передражнюють оточуючих, чіпляються до них з безглуздими запитаннями, штовхаються, катаються по підлозі та ін. Мова в таких випадках, як правило, прискорена, містить багато неологізмів.

Маніакальне збудження – проявляється підвищеним настроєм, виразною мімікою і жестами, прискоренням асоціативних процесів і мови (аж до скачки ідей), посиленою непродуктивною безладною діяльністю. Дії не доводяться до кінця, через що складається враження хаотичного збудження. Зустрічається в ініціальній стадії екзогенних психозів, при сп'янінні, органічному ураженні ЦНС (особливо базальних ділянок лобної доли).

Істеричне збудження – виникає психогенно і протікає бурхливо, з елементами демонстративності, часто спостерігаються фугіформні реакції із звуженням свідомості.

Спотворення інстинктів.

Інстинкти відіграють велику роль в житті людини, з віком вони більше контролюються вольовими зусиллями. Порушення інстинктивних реакцій частіше спостерігаються у дітей і підлітків. Основними людськими інстинктами є харчовий, статевий та інстинкт самозбереження.

І. Порушення харчового інстинкту.

Анорексія – зниження потягу до їжі, вперта відмова від неї, внаслідок психічної хвороби.

Булімія – патологічно підвищений потяг до їжі, відсутність почуття ситості. *Полідінсія* – нестримна спрага.

Парафагії – вживання неїстівного.

Копрофагія – поїдання калових мас.

II. Порушення статевого інстинкту.

Гомосексуалізм – сексуальний потяг до осіб своєї статі. В їх числі: *уранізм* – чоловічий гомосексуалізм; *лесбійська любов (сапфізм)* – жіночий гомосексуалізм; *педерастія* – статевий потяг до хлопчиків підліткового віку;

Садизм – задоволення статевого потягу шляхом заподіяння партнерові під час статевих зносин фізичного болю або морального приниження. Патологічна пристрасть до жорстоких вчинків, катування.

Катування вчителями учнів з метою отримання сексуального задоволення увійшло в психіатричну практику під назвою *диппольдизму*. Цьому різновиду садизму було надано ім'я домашнього вчителя Диппольда жертвою катувань і сексуальних залицянь якого був його учень.

Мазохізм – отримання сексуального задоволення тільки за умови відчуття різних больових подразнень, заподіяних статевим партнером.

Ексгібіціонізм – одержання статевого задоволення шляхом демонстрації своїх статевих органів особам протилежної статі.

Трансвестизм – статеве задоволення при перевдяганні в одяг протилежної статі.

Фетишизм – статевий потяг спрямований на неодухотворені предмети (білизна, одяг, коштовності та інше).

Фроттеризм – статеве збудження при дотику прикритими одягом статевими органами до тіла чи одягу особи протилежної статі.

Пікацизм – збудження досягається під час контакту з екскрементами статевого партнера.

Вуаєризм – потяг до підглядання за статевим актом, голими людьми з метою статевого задоволення.

Педофілія – сексуальний потяг до дітей.

Зоофілія (содомія) – сексуальний потяг до тварин.

Некрофілія (бертранізм) – одержання статевого задоволення, шляхом зносин з трупами.

III. Розлади інстинкту самозбереження.

Ці розлади можуть проявлятися загостренням захисних реакцій, підвищеною настороженістю і готовністю до панічних реакцій, страхів при дії різних подразників.

Ослаблення рефлексу самозбереження – зникнення реакції при виникненні реальної небезпеки, при больовому подразненні, збочення захисного рефлексу при психічних захворюваннях проявляється в самопошкодженнях і суїцидальній поведінці.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ:

1. Що таке воля і потяги.
2. Етапи вольового процесу, їх характеристика.
3. Розлади харчових інстинктів.
4. Розлади інстинкту самозбереження.
5. Розлади статевого інстинкту.
6. Види психомоторного збудження.
7. Клінічна характеристика кататонічного збудження.
8. Клінічна характеристика маніакального збудження.
9. Клінічна характеристика гебефренічного збудження.
10. Клінічні ознаки кататонічного ступору.
11. Клінічні ознаки депресивного ступору.
12. Імпульсивні дії, їх характеристика та клінічні особливості.

Розлади свідомості

Свідомість – функція головного мозку людини, що полягає у відображенні об'єктивних властивостей предметів і явищ навколишнього світу, процесів, що відбуваються у ньому та регулюванні взаємозв'язків людини з природою і соціальною дійсністю.

А.В. Снежневський розрізняв 4 ознаки ясної свідомості:

- 1) адекватне, правильне сприйняття оточуючого світу (не ілюзорне, не маячне і т.д.)
- 2) правильна орієнтація в місті, часі і оточуючих особах.
- 3) послідовність мислення, відсутність явищ безладності, інкогеренції.
- 4) збереження пам'яті.

До вищеперерахованого слід додати ще одну ознаку нормальної свідомості – здатність до адекватного вербального та рефлексорного контакту. Якщо всі ці 4 ознаки мають зміни, то це свідчить про розлад свідомості.

У кожний конкретний момент душевне життя людини може мати різні ступені свідомості від повністю ясного до несвідомого стану. Не дивлячись на істотні розбіжності, синдроми потьмареної свідомості мають чотири загальних ознаки (К.Ясперс), які тією чи іншою мірою притаманні кожному з них:

- 1) нечітке сприйняття оточуючої реальності;
- 2) дезорієнтування в місці, часі і ситуації;
- 3) різні варіанти порушення мислення;
- 4) порушення пам'яті (хворий повністю або частково забуває те, що з ним відбувалося під час хворобливого стану).

Окремо кожна з ознак ще не свідчить про порушення свідомості. Оглушення, наприклад, може зустрічатись при шизофренії.

Потьмарення свідомості може наставати раптово, або розвиватись поступово. Поступовому (наприклад, деліріозному) передуює стан розгубленості, стрижень цього стану - *гіперметаморфоз* - стан надмірної відволікаємості, коли кожний новий подразник відразу привертає увагу хворого. Хворий втрачає домінуючу лінію поведінки, відбувається постійне переключення уваги, дії набувають хаотичного характеру. Цей синдром вперше був описаний Верніке. А.В. Снежневський вважав, що в основі цього явища лежить патологічне посилення орієнтувального рефлексу.

Непсихотичні (непродуктивні) розлади свідомості.

Ці розлади ще називають виключенням свідомості. Вони характеризуються одночасним порушенням раціонального і чуттєвого пізнання через виключення свідомості при ураженні стовбурової системи мозку.

Оглушеність – при цьому стані до свідомості доходять тільки сильні (фізичні або психічні) подразники. Сприйняття оточуючого неясне, розмите, спогади різко обмежені або відсутні. Орієнтування в місці і часі різко порушене або відсутнє, емоції знижені. Рухова активність відсутня або ослаблена. Міміка хворих невиразна. Вони звичайно сидять або лежать в одному положенні. Іноді спостерігаються явища ейфорії.

Обнубіляція – легка короткочасна форма оглушення з моментами просвітлення, коли до хворого на деякий час повертається свідомість, а потім знову ніби закривається хмарою.

Сомноленція - більш глибокій ступінь оглушення, який може перейти в сопор і кому.

Сопор – синдром загального порушення свідомості. Хворі нерухомо лежать, іноді спостерігаються безладні рухи. Із зовнішніх подразників сприймаються тільки дуже сильні, наприклад, біль. Знижена рефлекторна діяльність. Можуть спостерігатися патологічні рефлекси, вегетативні порушення. Спогади на період сопору не зберігаються.

Кома – повна втрата свідомості, відсутність реакцій на зовнішні та внутрішні подразники, зникнення рефлексів. При комі порушуються дихання, серцево-судинна діяльність, функція вегетативної нервової системи. Після коми залишається повна амнезія на період втрати свідомості.

Психотичні (продуктивні) розлади свідомості.

Такі розлади ще називають потьмаренням свідомості. Вони характеризуються дезінтеграцією психічної діяльності внаслідок кіркових уражень.

Деліріозний синдром представлений масивною продуктивною психосимптоматикою. Спостерігаються множинні, рухомі, сюжетні галюцинації, переважно зорові, тактильні. Маячні ідеї відношення, переслідування нестійкі, пов'язані з галюцинаціями та ілюзіями метаморфозії. Емоційний стан і поведінка хворого відповідають змісту галюцинацій. В розвитку деліріозного синдрому спостерігаються 4 стадії:

I стадія - підвищена говорливість, наплив асоціативних, конкретно-чуттєвих образів, яскравих уявлень, спостерігаються гіпермнезії, яскраво пригадуються картини минулого, іноді недавнього, іноді далекого. Мова безладна, інкогерентна. Чітко проявляється синдром гіперметаморфозу. Характерна зміна настрою і поведінки хворих. Якщо такі обмани сприйняття приємні, настрої підвищується, але частіше спостерігаються страхітливі галюцинації, які призводять до афекту тривоги, страху. Під вечір стан хворого погіршується - посилюються розлади сприйняття. Сон поверховий з жахливими сновидіннями. Хворі вскакують, намагаються кудись бігти, дезорієнтовані. Вранці, як правило, засинають, сон стає глибоким, просинаються з відчуттям втомленості, слабкості.

II стадія - поглиблення делірію. З'являються більш масивні напливи ілюзій і парейдолій, наростає гіперметаморфоз, гіперестезія органів відчуття. Хворі різко реагують на подразники, тривожні. Часто неправильно відповідають на запитання, спостерігається підвищена відволікаємість уваги. Свідомість порушується, іноді з'являються люцидні "вікна" - немовби "вікна в реальний світ", при цьому з'являється відчуття хворобливої змінності. Тоді хворий краще відповідає на питання, починає пізнавати оточуючих, але потім знову потрапляє в світ ілюзорного сприйняття. Сон хворий стає ще більш поверхневим, спостерігається більше жахливих сновидінь. Хворі засинають тільки вранці - на 2-3 години.

III стадія - до вищеперерахованих симптомів приєднуються яскраві зорові сценіподібні, калейдоскопічні галюцинації, що мають екстрапроекцію і хворий поводить відповідно до їх змісту. Галюцинації можуть мати комплексний характер - зорові + слухові. Вночі наплив галюцинацій посилюється, розвивається повна дезорієнтація, частіше хворі зовсім не сплять. Люцидні "вікна" короткотривалі або відсутні взагалі.

IV стадія - спостерігається повне дезорієнтування, мова інкогерентна - хворий промовляє окремі слова без будь-якої послідовності, не відповідає на поставлені питання. Збуджені в межах ліжка супроводжується буркотінням,

спробами зривати одяг, знімати з тіла "нитки", пересувати ковдру, подушку. Іноді проявляються гіперкінези, симптом "обтирання" (прогностично несприятливий). Погляд мутний, розгублений. В подальшому може наступати сопор, кома і смерть.

Після деліріозного стану зберігаються досить яскраві, але не завжди зв'язні спогади. Хворобливі переживання залишаються в пам'яті більш чітко, ніж реальні події.

В якості варіантів деліріозного синдрому, які відрізняються більш важким перебігом, описані професійний та буркотливий делірій.

Професійний делірій – у зв'язку з галюцинаторно-параноїдними переживаннями, що обумовлені делірієм, хворий поводить себе так, наче йому доводиться виконувати свої професійні обов'язки – водій імітує керування автомобілем, музикант "грає" на трубі, токарь "обробляє" на станку деталь і т.д.

Буркотливий (муситуючий) делірій – збудження в межах ліжка, "збирання" дрібних предметів, що начебто прилипли до тіла і одягу, тиха, незрозуміла мова при відсутності реакції на зовнішні подразники.

Найчастіше деліріозний синдром зустрічається при хронічному алкоголізмі (алкогольний делірій або біла гарячка). Спостерігається він також у зв'язку з отруєнням алкалоїдами білини (атропіновий делірій), тетраетілсвинцем (тетраетілсвинцевий делірій), при різних гострих інфекціях (інфекційний або лихоманковий делірій) та як один з варіантів епілептичних психозів (епілептичний делірій) і т.д.

Онейроїд – проявляється малочисельними галюцинаціями фантастичного надприродного змісту, в яких хворий не бере участі, але відчуває особливу відповідальність за все, що відбувається. Галюцинації змішуються з реальною дійсністю і складають єдине ціле (подвійне орієнтування). Реальність, як правило, знижена у своєму значенні або зовсім не сприймається хворим. Спостерігається ілюзорно-галюцинаторне сприйняття оточуючого світу, емоційне напруження (страх, чекання).

Поведінці хворого властиві онейроїдний ступор або нецілеспрямоване, безглузде збудження. Спогади після одужання мають фрагментарний характер.

В якості різновиду онейроїдного синдрому окремими авторами виділяється *орієнтований онейроїд* при якому спостерігається повне (частіше подвійне) орієнтування.

Аменція – характеризується грубим порушенням сприйняття та орієнтації, галюцинаціями, переважно слуховими, уривчастими маячними ідеями, фрагментарністю відображення навколишнього, аментивною мовною безладністю, руховим збудженням, почуттям страху, безпорадності та розгубленості. Ця симптоматика переважно обумовлена порушенням синтезу, внаслідок чого хворий не може осмислити оточення. Після аментивного синдрому настає повна амнезія, рідше фрагментарні спогади.

Аменція переважно виникає при соматичних захворюваннях з важким перебігом. Аментивний синдром може проявлятися в рамках різних нозологічних форм, будучи ознакою несприятливого перебігу захворювання. Окремі автори розглядають аменцію як різновид делірію.

Сутінковий стан – синдром потьмарення свідомості з глибоким дезорієнтуванням у оточуючому, галюцинаціями, уривчастими маячними ідеями стосунку, впливу, переслідування, афективними реакціями страху і гніву, руховим збудженням. Сутінки раптово виникають і швидко припиняються, іноді приводячи хворого до немотивованих вчинків, агресивних дій. Закінчується цей стан глибоким сном і амнезією.

Сутінковий розлад свідомості має п'ять диференційних ознак:

- 1) короткотривалість - від декількох хвилин до декількох днів;
- 2) початок - виникають раптово, критично;
- 3) емоційне напруження, виразний афект гніву, злоби.
- 4) цілеспрямованість дій – вчинки послідовні, іноді навіть неможливо запідозрити порушення свідомості.
- 5) наявність гострого чуттєвого маячення або галюцинацій.

В залежності від переважання окремих складових компонентів сутінкової свідомості виділяють галюцинаторний, маячний та дисфоричний варіанти.

- 1.** *Маячний (параноїдний).* Характеризується впорядкованою, послідовною поведінкою, але визначається чуттєвим маренням і напруженим афектом. Хворі часто можуть бути соціально небезпечними.
- 2.** *Галюцинаторний.* В клінічній картині переважають галюцинації. Хворі збуджені, агресивні. Часто такий стан є проявом епілептичного еквіваленту.
- 3.** *Дисфоричний (орієнтований).* Спостерігаються явища часткового орієнтування. Хворий елементарно орієнтується у місці та власній особистості, але при цьому також можливий напружений афект і агресивно руйнівні дії.

В якості різновиду сутінкових станів (сутінки із впорядкованою поведінкою) розрізняють наступні:

Амбулаторний автоматизм – знаходячись в сутінковому стані хворі виконують зовнішньо впорядковані дії, переїзять з місця на місце, іноді досить далеко. При цьому вони поводять себе адекватно ситуації, при необхідності контактують з оточуючими, але залишають враження дещо розгублених, зосереджених людей. Вчинки, що скоюються в стані амбулаторного автоматизму, як правило, амнезуються.

Сомнамбулізм – стан зміненої свідомості, властивий амбулаторному автоматизму, який настає під час сну, коли хворий встає вночі з ліжка, виконує в квартирі або на вулиці ряд складних дій, проявляючи при цьому рухову спритність, в ряді випадків недоступну в нормальному стані, а потім засинає знову і вранці не пам'ятає цих подій.

Просонковий стан - легка форма розладу свідомості, яка нагадує стан, що виникає у людини, коли її раптом розбудити вночі і коли “Я”

повернулося, але орієнтування в часі, місці і навколишньому середовищі ще немає. У здорової людини такий стан короткотривалий (секунди, хвилини), а у психічно хворих він зберігається надовго.

Транс – психічний розлад, що характеризується автоматичністю актів поведінки у стані потьмареної свідомості або звуженого поля свідомості.

Фуга – стан звуження поля свідомості. При цьому хворий, не усвідомлюючи навколишнього виконує (переважно збуджено) ряд дій, наприклад, кружляє на одному місці, кидається бігти, у тролейбусі знімає одяг тощо. Людина діє автоматично, безтямно.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ:

1. Назвіть непсихотичні та психотичні форми розладів свідомості.
2. Що таке оглушення, його клінічна характеристика.
3. Диференційна діагностика сопору і коми.
4. Загальна характеристика психотичних форм зміненої свідомості.
5. Дайте характеристику деліріозного синдрому.
6. Охарактеризуйте стадії розвитку деліріозного синдрому.
7. Дайте характеристику онейроїдного синдрому.
8. Клінічна характеристика аменції.
9. Сутінкові стани свідомості, їх характеристика.
10. Клінічні варіанти перебігу сутінкових станів свідомості.
11. Що таке амбулаторний автоматизм?
12. Дайте характеристику просонкового стану, трансу і фуґи.

ОСНОВНІ СИНДРОМИ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Синдром (симптомокомплекс) - обумовлене спільним патогенезом стійке сполучення взаємопов'язаних симптомів.

Постановка діагнозу будь-якої хвороби, в тому числі й психічної, починається з виявлення симптомів. Але симптом є ознакою багатозначною і на підставі його одного діагностувати захворювання неможливо. Сукупність взаємообумовлених симптомів є симптомокомплексом - синдромом. Діагностичне значення синдрому обумовлено тим, що симптоми, які його

складають, перебувають у закономірному внутрішньому зв'язку. Будь-якій психічній хворобі притаманні певні синдроми, що змінюються в певній для кожного захворювання послідовності.

Постановка синдромологічного діагнозу хвороби має першочергове значення в практичній діяльності лікаря будь-якої спеціальності, оскільки від її правильності і точності залежить ефективність лікування.

Класифікація психопатологічних синдромів за переважним ураженням окремих психічних функцій.

Синдроми з переважанням розладів сприйняття:

- синдром вербального галюцинозу;
- синдром тактильного галюцинозу;
- синдром зорового галюцинозу;
- синдром нюхового галюцинозу.

Синдроми з переважанням розладів пам'яті:

- Корсаковський амнестичний синдром.

Синдроми з переважанням розладів мислення:

- параноїдний синдром;
- паранояльний синдром;
- парафренний синдром.

Синдроми з переважанням порушень інтелекту:

- синдром фізичного та психічного інфантилізму;
- синдром олігофренії;
- психоорганічний (енцефалопатичний) синдром;
- синдром деменції.

Синдроми з переважанням емоційних та ефektorно-вольових розладів:

- невротичний (астенічний, істеричний, obsесивний та ін.);
- психопатичний синдром;

- гебефренічний синдром;
- кататонічний синдром;
- епілептиформний синдром.

Синдроми з переважанням емоційних розладів:

- депресивний;
- маніакальний.

Синдроми з переважанням порушень свідомості:

А) Непсихотичні синдроми:

- обнубіляція;
- сомноленція;
- оглушення;
- сопор;
- кома.

Б) Психотичні синдроми:

- синдроми деперсоналізації та дереалізації;
- деліріозний синдром;
- онейроїдний синдром;
- синдром сутінкових станів свідомості;
- аментивний синдром.

***Класифікація психопатологічних синдромів
за глибиною ураження психіки***

Функціонально-динамічні неpsychотичні синдроми.

1. Невротичний синдром (астенічний, істеричний, obsесивний, астено-іпохондричний, астено-депресивний, істеро-фобічний та ін.).
2. Психопатичний синдром.

Психотичні синдроми (функціонально-динамічні та органічні).

1. Маніакальний синдром.
2. Депресивний синдром.

3. Паранойяльний синдром.
4. Парафренний синдром.
5. Параноїдний синдром (галюцинаторно-параноїдний та ін.).
6. Синдроми галюцинозу.
7. Кататонічний синдром.
8. Гебефренічний синдром.
9. Деліріозний синдром.
10. Аментивний синдром.
11. Синдром сутінкового стану свідомості.

Синдроми органічного ураження.

1. Органічний (енцефалопатичний, психоорганічний психосиндром).
2. Амнестичний (Корсаковський) синдром.
3. Синдром деменції (парціальної чи тотальної).
4. Синдром олігофренії.
5. Напади (пароксизми) та епілептиформний синдром.

Синдром галюцинозу

Галюциноз - стан безперервного галюцинування, обумовлений впливом переважно якогось одного виду галюцинацій. В тих випадках, коли існує вплив псевдогалюцинацій (слухових чи зорових), говорять про псевдогалюциноз.

Гострі галюцинози завжди супроводжуються вираженими афектами тривоги і (або) страху, в багатьох випадках - галюцинаторним маренням, а також руховими порушеннями і розгубленістю. При хронічних галюцинозах серед супутніх розладів найбільш часто зустрічається галюцинаторне марення. Галюцинози, перед усім гострі, звичайно підсилюються у вечірній та нічний час.

Вербальний галюциноз - мовних галюцинацій або псевдогалюцинацій у вигляді монологу (моновокальний галюциноз), діалогу, багаточисленних "голосів", "хору голосів", за виразом хворих (полівокальний галюциноз).

Зміст мовних галюцинацій може бути моно- і політематичним. У випадках, коли справжні мовні галюцинації - "голоса" звичайно локалізуються у межах "слухової досяжності" - на вулиці, на горищі, на сходах, за дверима і т. ін. При слуховому псевдогалюцинозі, "голоса", "подумкові розмови" локалізуються або в голові, або в невизначеному для хворого просторі.

Гострий вербальний галюциноз, що має форму справжніх мовних галюцинацій, нерідко супроводжується виразним образним компонентом. Хворі розповідають про те, що вони чують з такими подробицями, що постійно виникає відчуття, що хворі все це бачуть, а не чують (сценоподібний галюциноз).

Псевдогалюцинації можуть з'явитись переважаючими при хронічних галюцинозах. При спрощенні вербального галюцинозу його можуть змінити вербальні ілюзії і функціональні галюцинації.

Зоровий галюциноз - наплив великої кількості істинних зорових галюцинацій. Виділяють декілька типів зорового галюцинозу.

Зоровий галюциноз Бонне виникає в похилому віці (у осіб старше 70-80 років) при повній або частковій втраті зору. Розвивається гостро, з поступовим набуванням об'ємності та сценоподібності. За змістом - люди, творини, картини побуту або природи. Хворі - зацікавлені спостерігачі того, що відбувається, але ставлення до галюцинацій критичне. Звичайно це хронічний галюциноз.

Зоровий галюциноз Лермітта (педункулярний галюциноз) виникає при локалізації патологічного процесу в ніжках середнього мозку. З'являється у вечірній та нічний час у вигляді багаточисельних, рухливих, зменшених за розмірами (ліліпутні), незабарвлених зорових галюцинацій (люди, тварини, птахи), критичне ставлення до яких звичайно зберігається.

Зоровий галюциноз Ван-Богарта виникає при енцефаліті після періоду сомноленції. Проявляється багаточисельними, рухливими, зооптичними (комахи, тварини, риби) зоровими галюцинаціями. Ускладнення галюцинозу призводить до розвитку делірію.

Тактильний галюциноз виникає в похилому, переважно передстаречому віці. Хворі відчувають зуд, свербіння, печіння, біль т. ін. Патологічні відчуття локалізуються в найрізноманітніших ділянках тіла на поверхні шкіри, слизових оболонках, під шкірою і залежать, за переконаннями хворих, від проникнення у відповідні ділянки тіла дрібних паразитів (жуки, кліщі, блохи) або дрібних часток різних речовин та предметів (пісок, скло т. ін.), тобто галюциноз звичайно поєднується з маренням. Можуть приєднуватись іпохондричні і нигілістичні маячні ідеї.

Нюховий галюциноз у "чистому" вигляді зустрічається дуже рідко. Звичайно інтенсивні нюхові галюцинації з'являються у хворих в певних умовах, наприклад у власній квартирі. Нерідко нюховий галюциноз поєднується з тактильним чи сенситивним маренням відношення - в тих випадках, коли хворі впевнені, що запахи (як правило, неприємні) надходять від них самих.

Галюцинози спостерігаються за будь-яких психічних захворюваннях як соматично обумовлених, так і ендогенних (шизофренія). В останньому випадку найбільш часто виникає слуховий псевдогалюциноз.

Корсаковський амнестичний синдром

Це синдром органічного ураження головного мозку. Є сполученням фіксаційної амнезії (розлад пам'яті на наявні події), дезорієнтації у місці, часі та конфабуляцій. Вперше описаний Корсаковим в 1887 році.

Розлади пам'яті стосуються перед усім запам'ятовування поточних та нещодавніх подій. Хворий практично відразу забуває отримані враження, навіть протягом декількох секунд. Хворий не пам'ятає, з ким спілкувався сьогодні, що їв і чи їв взагалі, як довго хворіє і скільки часу знаходиться в лікарні. Постійно розповідає одні й ті самі історії, повторює одноманітні запитання. Найбільшою мірою страждає пам'ять на слова, в той час як афективна пам'ять (на події, що пов'язані з неприємними для хворого

переживаннями) страждає менше. Пам'ять на події минулого життя в цілому збережена задовільно.

Розлади орієнтації виражені різною мірою. Найбільш порушена орієнтація в часі. Хворі нерідко не можуть назвати не тільки число, день тижня і місяць, а навіть і сезон року, поточний рік. Значно уражається й орієнтація в місці, в тому числі у просторі. Тому хворий не в змозі знайти потрібне приміщення відділення, не знає, де знаходиться його ліжко, туалет т. ін.

Конфабуляції виникають звичайно при відповідних запитаннях, а не спонтанно. Їх зміст стосується переважно минулих подій в житті хворого, професійної діяльності. Значно рідше спостерігаються конфабуляції фантастичного змісту. Інтенсивність конфабуляцій збільшується пропорційно віку хворих.

Поряд з означеними розладами хворим на Корсаковський синдром завжди притаманний той чи інший ступень зниження інтелектуального рівня, в тому числі критичного ставлення до власного стану. Разом з тим певні знання та навички зберігаються у них цілком задовільно (професійні знання, вміння грати в шахи, карти т. ін.). Особистісний рівень також страждає помірно: хворі, незважаючи на зниження критики, завжди усвідомлюють наявність хвороби, нерідко диссимулюють мнестичні дефекти.

У хворих на Корсаковський синдром завжди знижений рівень потягів і активності. Постійно можна виявити фізичну і психічну втомлюваність, що більш виражено в похилому віці. Віковий фактор визначає й переважаючий афект: у осіб похилого віку він частіше знижений, з періодами тривожності та іпохондричних побоювань; у молодих та середнього віку пацієнтів - ейфорія, що змінюється дратівливістю.

Корсаковський синдром в більшій частині випадків виникає гостро, після стану потьмарення свідомості, найчастіше делірію. Значно рідше він виникає після оглушення і сутнікових станів свідомості. Повільний розвиток Корсаковського синдрому без попереднього періоду потьмарення свідомості

зустрічається перед усім в старості на тлі сенільно-атрофічних процесів, церебрального атеросклерозу або хронічних інтоксикацій (алкоголь).

Корсаковський синдром спостерігається при різноманітних інтоксикаціях (перед усім при алкоголізмі), після черепно-мозкових травм, при пухлинах мозку і інфекційних захворюваннях, після гострої гіпоксії (отруєння угарним газом, повішення), при сенільно-атрофічних і судинних процесах.

Маячні синдроми

Параноїдний синдром - сполучення інтерпретативного або інтерпретативно-образного маячення (отруєння, збитку, знищення, слідкування) з сенсорними розладами у формі психічних автоматизмів і (або) вербальних галюцинацій.

Найчастіше при параноїдному синдромі зустрічається маячня переслідування. Систематизація маячних ідей будь-якого змісту коливається від чіткої (хворий розповідає, в чому полягає переслідування, збиток, отруєння, знає дату його початку наслідки, мету) до загальної безсистемності. Однак, найчастіше чіткої систематизації немає.

Для параноїдного маячення характерною є політематичність маячних висловлювань, коли має місце сполучення різних за змістом маячних ідей (переслідування, отруєння, чаклунства, впливу т. ін.) під загальною домінуючою фабулою.

Сенсорні розлади при параноїдному синдромі можуть обмежуватись лише істинними слуховими вербальними галюцинаціями, що досягають інколи інтенсивності галюцинозу. Звичайно такий галюцинаторно-маячний синдром виникає при соматично обумовлених психічних хворобах. При ендогенних психозах в структурі сенсорного компонента параноїдного синдрому домінує психічний автоматизм (див. нижче), в той час як істинні слухові вербальні галюцинації відходять на другий план чи відсутні взагалі.

В залежності від переважання в структурі галюцинаторно-маячного синдрому марення чи сенсорних розладів виділяють маячний чи галюцинаторний його варіанти.

При *маячному варіанті* марення звичайно систематизоване в більшій мірі, ніж при галюцинаторному, серед сенсорних порушень переважають психічні автоматизми і хворі, як правило, або малодоступні, або недоступні взагалі.

При *галюцинаторному варіанті* переважають істинні вербальні галюцинації. Психічний автоматизм зостається нерідко нерозгорнутим і у хворих завжди можна з'ясувати ті чи інші особливості стану, повна недоступність тут скоріше є виключенням.

Параноїдний синдром, особливо в маячному варіанті, нерідко є хронічним станом. При *гострому параноїдному синдромі* образне марення переважає над інтерпретативним. Систематизація маячних ідей або відсутня, або існує лише в самому загальному вигляді. Завжди спостерігаються розгубленість, виражені афективні розлади, переважно у формі депресії, тривоги, страху. Змінюється поведінка. Нерідко виникають рухливе збудження, імпульсивні дії.

Синдром Кандінського-Клерамбо (синдром психічного автоматизму; синдром зовнішнього впливу; синдром вторгнення; синдром відчуження; синдром опанування) – відчуження чи втрата приналежності власному „Я” власних психічних процесів (розумових, чуттєвих, рухових), що поєднується з відчуттям впливу сторонньої сили; супроводжується маренням психічного і фізичного впливу і (або) маренням переслідування.

Виділяють три види психічних автоматизмів:

1) *асоціативний автоматизм* (ідеаторний, ідеовербальний) – часто починається з відчуття порушення мислення. Перебіг думок прискорюється, сповільнюється, виникає раптова зупинка думок. Періодично виникають думки, що безперервно слідує одна за іншою, на жодній з яких неможливо зосередити увагу (ментизм). В подальшому з'являється відчуття, що думки,

бажання виникають немов би зовні і тільки потім стають приналежними хворому. Може виникати відчуття, що власні думки та почуття якимсь чином стають відомими для оточення (симптом відкритості думок). У тих випадках, коли хворому здається, що оточуючі говорять вголос те, про що він думає – мова йде про ехо-думки. Подальше ускладнення асоціативних автоматизмів пов'язане з появою „думкових, внутрішніх діалогів”, „беззвучних розмов в думках”, „передачі думок”, що зачіпають різноманітні, в тому числі й інтимні, сторони життя хворих. Цей розлад, позбавлений акустичного компоненту, має назву „психічних галюцинацій”. Ускладнення психічних галюцинацій психічним компонентом – їх озвучення, перетворення у „внутрішні голоси” – свідчить про виникнення слухових вербальних псевдогалюцинацій. Крім слухових з'являються й інші види псевдогалюцинацій, найчастіше зорові. Псевдогалюцинації – „ядерний” розлад синдрому Кандинського-Клерамбо. Вони завжди супроводжуються впевненістю хворих в тому, що їх виникнення обумовлене втручанням зовнішньої, сторонньої сили – марення психічного впливу. Джерелом впливу є різні прилади, назви яких відбивають існуючий рівень технічного розвитку: електричний струм, радіо, рентгенівські промені, біотронна зброя т. ін.

До асоціативного автоматизму відносять також „зроблені, нав'язані, відібрані” думки та уяви, „зроблені сновидіння та спогади”. Асоціативний автоматизм може проявлятися насильницькими змінами в афективній сфері – „роблять настрої”, „Викликають радість, злість, печаль, страх, захват”.

2) *сенсорний автоматизм* – проявляється виникненням, частіше у внутрішніх органах, неприємних, нерідко болісних відчуттів, що супроводжуються впевненістю в тому, що вони викликаються з певною метою впливом зовні – марення фізичного впливу. Це відчуття здавлення, стягування, перекручування, натягнення, болю, холоду, печіння, впливи на смак, нюх, статевий потяг, фізіологічні відправлення тощо.

3) *руховий автоматизм* – впевненість хворих в тому, що рухи та дії, які вони скоюють, здійснюються під впливом зовнішньої сили. Спочатку це

окремі мимовільні жести чи мімічні рухи, які супроводжує постійне відчуття мимовільності та чужинності суб'єкту. Розгорнутий руховий автоматизм супроводжується маячною впевненістю в тому, що вчинки обумовлені впливом зовні.

В залежності від переважання в структурі психічного автоматизму псевдогалюцинацій або маячного компонента виділяють галюцинаторний та маячний його варіанти; в залежності від особливостей розвитку синдрому Кандинського-Клерамбо – хронічний, що підлягає подальшому ускладненню, і гострий, що виникає в короткі терміни (нерідко години або дні).

Депресивно-параноїдний синдром – симптомокомплекс депресивних, маячних, сенсорних та рухових розладів; психопатологічні симптоми поліморфні, поєднуються в різних співвідношеннях.

Депресивний афект проявляється тугою, тривогою, страхом, відчаєм. Афект то одноманітний, то вкрай мінливий. Поглиблення депресії супроводжується появою страху та відчаю; при ослабленні подавленого афекту хворі нерідко вказують на в'ялість та апатію, хоча їх зовнішній вигляд ті ряд висловлювань не залишають сумнівів у тому, що в них зберігається виражена пригніченість. Зміст марення корелює з особливостями домінуючого афекту. Якщо афект визначається тугою, тривогою, переважає марення звинувачення. самозвинувачення та іпохондрична маячня. Якщо переважає страх, то поряд з маренням звинувачення можна спостерігати марення переслідування, збитку, образну та нігілістичну маячню. У одних хворих переважає ажитація, що супроводжується тривожною вербігерацією; у інших спостерігається загальмованість у формі депресивного ступора, інколи з кататонічними рисами.

Хворі на депресивно-параноїдний синдром у будь-який момент здатні до скоєння суїцидальної спроби, або нанесення собі серйозного, зокрема спотворюючого або небезпечного для життя ушкодження. Такі хворі нерідко

тривало відмовляються від їжі і вперто пручаються спробам штучного годування.

Паранояльний синдром – психопатологічний стан, в якому домінує первинне систематизоване маячення, що розвивається при ясній свідомості.

У одних хворих переважає маячня переслідування, отруєння, збитку, ревнощів, чаклування, тобто маячні ідеї завдання шкоди хворому. В інших випадках переважають експансивні ідеї: реформаторства, винаходу, величі, високого походження, еротична маячня. Монотематичне сутяжне маячення, як правило, відноситься до експансивного.

Хронічний паранояльний синдром супроводжується поступовим розвитком марення, його розширенням та систематизацією. В одних випадках марення залишається монотематичним; в інших – поступово або одночасно виникають різні за змістом ідеї марення. Вони можуть об'єднуватись однією системою або існувати ізольовано.

Розгорнутий паранояльний синдром постійно поєднується з підвищеною активністю. У хворих з експансивним маренням звичайно спостереігається відкрита боротьба за „свої права та досягнення”. Поряд з маренням у хворих можуть бути виявлені сенсорні розлади у формі небегаточисельних вербальних ілюзій.

Гострий паранояльний синдром може виникати при розвитку хвороби у формі нападу. У таких випадках інтерпретативне марення звичайно поєднується з елементами образного марення. Систематизація маячних ідей відбувається лише в загальних рисах. Завжди існують чіткі афективні розлади – тривога, страх, захват з елементами екстазу.

Парафренний синдром (парафренія, фантазіофренія) – поєднання експансивного маячення з маячною переслідування, слуховими галюцинаціями і (або) психічними автоматизмами, зміненим афектом.

У змісті експансивного маячення звичайно переважають ідеї величі різного ступеня систематизації. Поряд з цим можуть виникати ідеї багатства, реформаторства, месіанства, високого походження, еротичного змісту. Іноді

все це химерно поєднується з маяченням переслідування, отруєння, фізичного знищення, іпохондричним, тобто параноїдним маяченням. Крім того, параноїдні ідеї можуть піддаватись фантастичній трансформації – хворі звинувачують у переслідуванні, отруєнні та ін. осіб високого походження, різні організації державної влади, міжнародні організації т. ін. Хворий завжди знаходиться в центрі надзвичайних, нерідко грандіозних подій.

Із сенсорних розладів найчастіше зустрічаються різні прояви психічного автоматизму, нерідко всі три види одночасно – ідеаторний, сенсорний і руховий, а також вербальний галюциноз, ілюзії хибного впізнавання. Сенсорні розлади можуть отримувати фантастичний зміст: хворі повідомляють про вплив на них міжконтинентальних та космічних апаратів, про обмін думками з історичними особами т. ін. Афективні розлади найчастіше проявляються у формі підвищеного настрою, аж до маніакального стану.

При *систематизованій парафренії* домінують систематизовані ідеї переслідування. При *фантастичній парафренії* – множині, без чіткої систематизації експансивні ідеї, в першу чергу, величі. Переважання в клінічній картині маячних конфабуляцій властиве *конфабуляторній парафренії*. Для *експансивної парафренії* характерний виражений підвищений афект. Парафренний синдром може визначатись переважанням не марення, а сенсорних розладів фантастичного змісту – *галюцинаторна парафренія*.

Парафренний синдром розвивається при хронічних психозах – хронічна парафренія. Поряд з хронічним парафренним синдромом існує гострий парафренний синдром (гостра парафренія).

Синдроми з переважанням порушень інтелекту

Синдром фізичного та психічного інфантилізму посідає проміжне місце між олігофренією та нормальним інтелектом. За Міжнародною

класифікацією хвороб 9-го перегляду цей стан визначається як "межова розумова відсталість" (IQ в межах 70-80).

Психофізичний інфантилізм є патологічним станом, що характеризується затримкою фізичного і психічного розвитку, зі збереженням у дорослих людей рис характеру, притаманних дитячому та підлітковому віку.

Він характеризується наявністю притаманних дітям особливостей суджень і поведінки, підвищеною навіюваністю, емоційною нестриманістю, залежністю від батьків, обмеженістю інтересів, недостатньою самостійністю в діях і вчинках т. ін. Судження таких осіб незрілі, логіка емоційна, мислення конкретне, образне, недостатня глибина афективних переживань, емоційна нестійкість, крихкість психіки, нецілеспрямована діяльність, відсутність творчості, інколи безпорадність.

Поряд з цим мають місце незрілість психомоторіки і вегетативних реакцій. Міміка невпевнена, вираз обличчя по-дитячому привітливо-довірливий, рухи швидкі, поривчасті. Разом з тим спостерігається незграбність, швидка втомлюваність при цілеспрямованій діяльності. У таких осіб мають місце порушення сну і апетиту, вазомоторна лабільність, підвищена пітливість, зноблівість. Серед особистісних рис нерідко відмічаються прояви незрілості, нерішучості, невпевненості і тривожності.

Вважається, що психофізичний інфантилізм має ендогенне походження, але не виключена генетична обумовленість. З віком прояви інфантилізму стають менш помітними, однак цілком не зникають.

Синдром олігофренії – під цією назвою поєднуються багаточисельні хворобливі форми, різні за патогенезом, але подібні за проявами, що проявляються недорозвиненням психіки та організму взагалі. Олігофренії поділяють на три основні форми: ідіотія, імбецильність та дебільність, про які докладно буде сказано у відповідній главі.

Психоорганічний (енцефалопатичний) синдром – симптомокомплекс порушень пам'яті, інтелекту і афективності. Для більшості захворювань, що супроводжуються цим синдромом, характерним є наявність астенії.

В залежності від нозологічної природи захворювання порушення, що характеризують психоорганічний синдром, поєднуються між собою у різних сполученнях. Притаманні означеному синдрому порушення мають різний ступінь вираженості.

Розлади пам'яті при ньому зачіпають в тій чи іншій мірі всі три основні її сторони: запам'ятовування, ретенцію та репродукцію. В одних випадках переважають дисмнестичні розлади, в інших – амнестичні, в першу чергу фіксаційна та (або) прогресуюча амнезія. Порушення пам'яті, особливо у формі амнезій, нерідко супроводжуються появою образних спогадів подій минулого життя, а в ряді випадків і конфабуляцій.

Психоорганічний синдром супроводжується *порушенням сприйняття оточуючого* – зниженням або неможливістю охопити будь-яку ситуацію повністю: хворі сприймають в ній лише деталі. Обмежується обсяг уваги. Порушення пам'яті, сприйняття та уваги тісно пов'язані з погіршенням орієнтування – спочатку в оточуючому, а при погіршенні стану – і у власній особі.

Про *порушення інтелектуальної діяльності* свідчать зниження рівня суджень та умовиводів. Одною з ранніх ознак зниження інтелекту є порушення критичних здібностей у відношенні самооцінки та оцінки оточуючого середовища.

Афективні реакції нестійкі, іноді змінюються щохвилино, бурхливо проявляються (нестримання афекту), але звичайно нетривалі і швидко гаснуть. Домінуючий афект легко підпорядковує собі дії хворих, а одночасне зниження рівня суджень і критики можуть призвести до здійснення ними протиправних дій.

Порушена афективність та зниження критичних здібностей поєднуються часом з підвищеною навіюваністю, а інколи – з підвищеною, навіть

надзвичайною впертістю хворих. Звичайно темп психічних процесів сповільнений, мова збіднена словами, часто супроводжується використанням допоміжних слів, шаблонів. Такі пацієнти схильні застрягати на сталих уявленнях, не можуть відразу переключитись з одної думки на іншу, не здатні у розмові виділяти головне, у зв'язку з чим застряють на несуттєвих дрібницях. Часто зустрічаються дизартрія та персеверація різного ступеню вираженості.

Астенія є постійним розладом з підвищеною виснажливістю, аж до адинамії, інколи – з підвищеною дратівливістю, експлозивністю або злістю на тлі постійної втомлюваності.

В початкових стадіях розвитку психоорганічного синдрому та в тих випадках, коли його прояви виражені помірно, частіше відбувається загострення притаманних хворому характерологічних рис. При вираженому психоорганічному синдромі відбувається нівелювання особистісних рис, аж до їх повного зникнення.

Психоорганічний синдром часто супроводжують головні болі, запаморочення, вегето-судинні розлади.

Означений синдром виникає звичайно при дифузних ураженнях мозкової тканини. Його причинами можуть бути судинні хвороби мозку, черепно-мозкові травми, інтоксикації, енцефаліти, хронічні порушення обміну, сифілітичні захворювання ЦНС, пухлини та абсцеси мозку, всі хвороби, що супроводжуються епілептичними нападами т. ін.

Синдром деменції характеризується глибоким збідненням всієї психічної діяльності, в першу чергу інтелекту, емоційно-вольової сфери та індивідуальних особистісних рис з одночасним погіршенням (аж до повної втрати) здатності до набуття нових знань, їх практичного використання і пристосування до оточуючого. Виникає внаслідок прогресивного розвитку психічних захворювань.

Збіднення інтелектуальної діяльності проявляється частковою або повною нездатністю переробляти та систематизувати уявлення, що

набуваються, утворювати поняття і судження, робити висновки та умовиводи, набувати нові знання. Використання минулих знань, минулого досвіду утруднюється або стає неможливим взагалі. Залишаються збереженими тою чи іншою мірою лише окремі звичні судження та дії, що стали шаблоном. Знижується рівень психічної активності, в тому числі й рівень спонукань. Значною мірою страждає критичне ставлення до власного стану та оточуючого. Емоційні реакції втрачають свої відтінки, збіднюються, грубішають та перестають відповідати реальним обставинам.

Нерідко починає переважати будь-який один, спрощений, позбавлений жвавості афект – одноманітна веселість та безтурботність або, навпаки, тужливість та плаксивість, похмура дратівливість або дратівливість зі злістю. В багатьох випадках виникає глибоке емоційне спустошення, повна байдужість до всього, в тому числі й до власної долі. Потяги то знижуються, то значно підвищуються (прожерливість, збирання та накопичення всілякого мотлоху, бродяжництво, алкоголізація та сексуальні ексцеси). Особистісні зміни супроводжуються нівелюванням раніше властивого для хворого характеру, у зв'язку з чим неможливо сказати, якою людиною він був у преморбіді. Недоумство постійно супроводжується погіршенням, а в подальшому і втратою буденних життєвих навичок, таких як охайність, можливість обслуговувати себе, і як наслідок – повна безпорадність у побуті.

За особливостями клінічних проявів органічне недоумство поділяють на тотальне та парціальне.

Тотальне недоумство супроводжується глибоким нівелюванням особистості з втратою так званого „ядра особистості”, тобто всіх основних попередніх індивідуальних рис, зникненням критичного ставлення до всього, переважанням безтурботного, байдужого настрою або немотивованої злості, нерідко розгальмуванням нижчих потягів.

Парціальне недоумство супроводжується тою чи іншою збереженістю минулої індивідуальності. При ньому завжди можна виявити усвідомлення

хвороби. Переважаючий настрій понижений, із слізливістю. Як правило хворі орієнтовані різною мірою у власній особистості та оточенні.

Прогресуючий розвиток недоумства завершується у хворих кінцевою стадією – *маразмом*. В цьому стані вони безпорадні, має місце повний розпад психічної діяльності. Часто хворі втрачають навички найпростішого самообслуговування, не в змозі самотійно пересуватись і тому прикуті до ліжка. Постійно спостерігаються ті чи інші розлади мови. Апетит часто значно підвищений аж до булімії. Постійна неохайність сечею та калом.

Синдроми з переважанням емоційних та ефекторно-вольових розладів

Невротичні синдроми – психопатологічні картини, при яких спостерігаються розлади, притаманні неврозам – неврастенії, неврозу нав'язливих станів або істерії.

Астенічний синдром – стан підвищеної втомлюваності, дратівливості та нестійкого настрою, що поєднується з вегетативними симптомами і порушенням сну.

Підвищена втомлюваність при астенії завжди поєднується із зниженням продуктивності праці, особливо помітним при інтелектуальному навантаженні. Хворі скаржаться на трудність осмислення ситуації, забудькуватість, нестійку увагу. Їм важко зосередитись на чому-небудь одному. Зменшується кількість уявлень. Утруднюється їх словесне вираження: не вдається підібрати потрібні слова. Самі уявлення втрачають свою чіткість. Хворі скаржаться на власну неповноцінність. Вони роблять перерви в роботі, але короточасний відпочинок не покращує їх самопочуття. Робота починає здаватися їм непосильною і необорюваною. З'являється відчуття напруженості, неспокою, впевненість у своїй інтелектуальній неспроможності. Настрій часто змінюється. І неприємні і радісні події часто призводять до плачу. Постійно існує той чи інший ступінь гіперестезії, перед усім до голосних звуків та яскравого світла. Астенію завжди супроводжують

вегетативні порушення. Найчастіше зустрічаються розлади з боку серцево-судинної системи: коливання артеріального тиску, тахікардія та лабільність пульсу, різноманітні неприємні або просто больові відчуття в ділянці серця, легкість дермографічних реакцій, відчуття жару при нормальній температурі тіла або, навпаки, підвищена знобливість, пітливість – то локальна, то відносно генералізована. Нерідко відмічаються диспепсичні розлади – зниження апетиту, болі в животі, спастичні запори. У чоловіків часто виникає зниження потенції. Багато хворих скаржаться на різноманітний за характером та локалізацією головний біль.

Розлади сну проявляються складністю засинання, поверхневим сном з багаточисельними тривожними сновидіннями, пробудженням серед ночі, важкістю подальшого засинання, раннім пробудженням. Після сну відчують себе недостатньо відпочившими, виникає відчуття сонливості в денний час.

Істеричний синдром – симптомокомплекс психічних, вегетативних, рухових та сенсорних порушень, які існують то ізольовано, то в різних поєднаннях між собою. Звичайно виникає після психічної травми. Більш докладно клініка істеричного синдрому буде викладена у відповідній главі, присвяченій неврозам.

Синдром нав'язливості (обсесивний) – психопатологічний стан з переважанням явищ нав'язливості. Obsесивний синдром часто супроводжують субдепресивний настрій, астенія та вегетативні розлади. Нав'язливості при obsесивному синдромі можуть обмежуватися певним видом, наприклад, нав'язливим рахуванням, сумнівами, явищами розумової жуйки, монофобією т. ін. В інших випадках одночасно співіснують найрізноманітніші за проявами нав'язливості. Виникнення і тривалість їх різні. Вони можуть проявлятися повільно і існувати безперервно протягом тривалого часу або виникати раптово на короткий термін. При помірних явищах нав'язливості субдепресивний фон обмежується пригніченістю з відчуттям неповноцінності, невпевненості, а астенія – симптомами

дратівливості або дратівливої слабкості. Обсесивний синдром, при якому нав'язливі явища виникають у формі чітких нападів, нерідко супроводжується вираженими вегетативними симптомами: дермографічною лабільністю, холодним потом, тахі- або брадікардією, відчуттям нестачі повітря, посиленою перистальтикою кишок, поліурією т. ін.

Психопатичний синдром – природжена (психопатія) або набута (психопатоподібний стан) дисгармонія особистості; проявляється порушеннями переважно емоційно-вольової сфери, з неадекватністю реакцій на зовнішній вплив та зміни внутрішнього стану організму.

Клінічні прояви різних психопатичних синдромів будуть детально розглянуті у главі, присвяченій розладам особистості (психопатіям).

Гебефренічний синдром – поєднання рухового та мовного збудження з пустотливістю та мінливим афектом. Рухове збудження супроводжується блазнюванням, кривлянням, клоунським копіюванням вчинків та слів оточуючих. Використовуючи лікарняний одяг, газети т. ін. хворі вигадують для себе дивакувате вбрання. Вони чіпляються до оточуючих з недоречними або цинічними питаннями, прагнуть їх заважати, кидаючись під ноги, хватаючи за одяг т. ін. Збудження може супроводжуватись елементами регресу поведінки. Так, хворі відмовляються сідати за обідній стіл, їдять стоячі, не користуючись виделкою ложкою, хватають їжу руками, чавкають, плюються т. ін.

Хворі то веселі, недоречно голосно сміються, то починають скиглити, верещати, ридати або вити, то стають напруженими, злісними та агресивними. Мова часто тою чи іншою мірою безладна, може супроводжуватись неологізмами, використанням мало вживаних слів та чудернацьких за конструкцією речень, ехолалією. В інших випадках хворі співають пісеньки цинічного змісті або лаються. В структурі гебефренічного синдрому виникають нестійкі галюцинаторні та маячні розлади. Часто відмічаються кататонічні симптоми. Якщо вони постійні, мова йде про гебефрено-кататонічний синдром.

Кататонічний синдром – симптомокомплекс психічних розладів, в якому переважають рухові порушення у формі акінезу (*кататонічний ступор*) або у формі гіперкінезу (*кататонічне збудження*).

При *кататонічному ступорі* відмічається підвищений тонус м'язів (кататонія), який в ряді випадків супроводжується здатністю хворого зберігати надане його членам вимушене положення (воскова гнучкість, каталепсія). Одним із проявів воскової гнучкості є симптом повітряної подушки (синдром Дюпре): якщо у хворого, що лежить на спині, підняти голову, то його голова, а в ряді випадків і плечі, залишаються деякий час у занесеному стані. Частим симптомом кататонічного ступору є пасивна підлеглисть: у хворого відсутній опір змінам положення його кінцівок, пози та іншим діям, спрямованим на нього. Поряд з останньою при ступорі спостерігається й протилежний розлад – негативізм, що проявляється немотивованою протидією хворого словам та особливо діям особи, яка вступає з ним у спілкування.

При пасивному негативізмі хворий не виконує звернених до нього прохань, а при втручаннях із зовні – спробі його нагодувати, перевдягнути, обстежити т. ін. здійснює опір, що супроводжується різким підвищенням тону м'язів. Активний негативізм супроводжується виконанням інших дій замість запропонованих.

Порушення мови при кататонічному ступорі може виражатись мутизмом – відсутністю мовного спілкування хворого з оточуючими при збереженні мовного апарату. Хворі на кататонічний ступор часто знаходяться в характерних позах: лежачи на боці, в ембріональній позі, стоячи з похиленою головою і витягнутими вздовж тулуба руками. Деякі хворі натягають на голову халат чи ковдру, залишаючи обличчя відкритим – симптом капюшону. Інколи ступор супроводжується м'язовою застиглістю, коли тонус різко підвищений, хворі лежать на боці в ембріональній позі, ноги зігнуті в колінах і підтягнуті до живота, руки притиснуті до грудей, пальці

стиснуті в кулаки, голова нахилена до грудей, очі заплющені, щелепи стиснуті, губи витягнуті вперед (симптом хоботка).

Кататонічне збудження – позбавлене внутрішньої єдності та цілеспрямованості. Вчинки хворих неприродні, непослідовні, часто немотивовані та раптові (імпульсивність); в них багато одноманітності (стереотипії), повторення жестів, рухів та поз оточуючих (ехопраксія). Міміка хворих не відповідає їх вчинкам та настрою (парамімія). Мова найчастіше безладна, супроводжується символічними висловлюваннями, неологізмами, повторенням одноманітних речень та слів (вербіґерація); повторюються також слова та висловлювання оточуючих (ехолалія). Може спостерігатись римована мова. На запитання хворі дають невідповідні змісту питання відповіді (мимомова). Безперервне безладне мовне збудження змінюється раптово на короткий час повним мовчанням. Кататонічне збудження супроводжується різними афективними розладами – патетикою, екстазом, злістю, люттям, часом відсутністю та байдужістю.

Напади (пароксизми) – раптово виникаючі короткочасні стани зміни ясності свідомості аж до повного його виключення, що супроводжуються руховими розладами, в першу чергу, у формі судом. Крім критичного закінчення нападів властива повторюваність та однотипність клінічних проявів – розвиток за типом „кліше”. Симптоматологію нападів буде розглянуто у главі, присвяченій епілепсії.

Епілептиформний синдром – пароксизмальні розлади, що виникають при різноманітних екзогенно-органічних ураженнях головного мозку, схожі на пароксизми, притаманні епілепсії. Переважаючими при епілептиформному синдромі є фокальні напади. Великі судомні напади зустрічаються рідше.

Пароксизмальні розлади при епілептиформному синдромі можуть проявлятися у формі виключно психопатологічних симптомів – дереалізації, деперсоналізації, психічних аур, сутінкових та сноподібних станів, дисфорій т. ін. Психічні пароксизми можуть поєднуватися із фокальними та

генералізованими нападами. Звичайно епілептиформний синдром виникає при наявності психоорганічного синдрому – то легкого та мінливого, то вираженого і стійкого.

Психоорганічний синдром може розвиватись прогресивно та досягати ступеня органічного недоумства. Зміни особистості при епілептиформному синдромі завжди відбивають особливості основного захворювання.

Синдроми з переважанням емоційних порушень

Афективні (емоційні) синдроми – психопатологічні стани у формі стійких змін настрою.

Депресивний синдром – сполучення пригніченого настрою, зниження психічної та рухової активності із соматичними, в першу чергу, вегетативними розладами.

У легких випадках депресії або в початковій стадії її розвитку соматичні розлади постійні: пітливість, тахікардія, коливання рівня АТ, відчуття жару, холоду, зниження апетиту, запори. Нічний сон стає поверхневим, переривчастим, супроводжується тривожними сновидіннями і раннім пробудженням. Може спостерігатись втрата відчуття сну. Майбутній день хвилює. Вранці відчувають в'ялість, розбитість, потрібне зусилля волі, щоб змусити себе встати. Відчувають непевні побоювання або конкретні тяжкі передчуття. Те, що потрібно буде зробити, здається складним, важко виконуваним, таким, що перевищує власні можливості. Важко думати, зосередитись на одному питанні. Відчувають розсіяність та забудькуватість. Впевненість в собі знижується. З незначних приводів з'являються сумніви, рішення приймають після тривалих коливань.

При поглибленні зниженого настрою хворі починають скаржитись на тугу. Одночасно у багатьох з'являються тяжкі відчуття в ділянці грудей, верхньої частини живота, рідше – в голові. Їх визначають як відчуття стиснення, здавлювання, тяжкості. При подальшому посиленні депресії з'являються скарги на „щемлячу тугу”, на те, що „душу здавило, ламає, пече,

розриває на частини”. Багато хворих починають говорити про те, що відчують біль, але біль не фізичний, а якийсь інший. При чіткому тужливому афекті з’являється тяжке відчуття байдужості, що набуває у виражених випадках болісного відчуття внутрішньої спустошеності, втрати всіх почуттів – *anaesthesia psychica dolorosa*. В таких випадках мова йде про *анестетичну депресію*. Може виникати відчуття зміненості оточуючого – воно втрачає барви, чіткість, стає застиглим, віддаленим, сприймається „ніби через пелену”. Нерідкі скарги на повільний плин часу, на відчуття, що він зупинився або навіть зник зовсім.

При подальшому поглибленні депресії виникають різні за змістом ідеї марення, найчастіше марення самоприниження та самозвинувачення. Досить часто при депресіях виникає іпохондричне марення. В одних випадках це марення хвороби. Депресивний хворий абсолютно впевнений в тому, що у нього є конкретне невиліковне захворювання – іпохондрична маячна депресія. В інших з’являється маячна впевненість в деструкції внутрішніх органів – депресія з нігілістичним маренням. Нігілістичне марення може поєднуватись з мегаломанічним маренням заперечення – *синдром Котара*. Нерідко, особливо у зрілому та похилому віці, виникають депресії, що супроводжуються маренням переслідування, отруєння або збитку – *параноїдна депресія*.

У хворих похилого віку при депресіях іноді замість ідеомоторного гальмування виникає тривало існуюче мовно-рухове збудження. В таких випадках депресивний афект ускладнюється тривогою, і рідше – страхом. Тому подібні депресії називають *ажитованими*. При ажитованих депресіях хворих не залишають тяжкі передчуття нещастя, яке швидко насувається, або просто катастрофи, про яку існують лише непевні припущення. Хворі вкрай напружені, не знаходять собі місця. Вони багато ходять, нав’язливо звертаються до персоналу та оточуючих з якимось проханням чи реплікою, іноді годинами стоять біля дверей відділення, переминаючись з ноги на ногу, хватаячись за одяг медперсоналу та відвідувачів. Мовне збудження при

ажитованій депресії нерідко проявляється оханням, стогнанням, тривожною вербігерацією.

Ажитация як виражена, так і ледве помітна легко може змінитись *меланхолічним раптусом* – короткочасним надзвичайно сильним збудженням із прагненням самогубства чи самокаліцтва.

Серед хворих з депресіями, що знаходяться на лікуванні у психіатричних лікарнях, хворі з ажитованими депресіями найчастіше здійснюють суїцидальні спроби.

Маніакальний синдром – поєднання підвищеного настрою, прискорення темпу психічної діяльності і підвищення рухової активності.

Не завжди буває можливим вірно оцінити хворобливий характер цього стану. Для багатьох оточуючих це лише діяльні, хоча й дещо непослідовні у власних вчинках, проте веселі, товариські, та впевнені у собі люди. Хворобливий характер всіх цих проявів стає очевидним при зміні гіпоманії на депресію або при поглибленні маніакальних симптомів.

При манії всі переживання хворих забарвлені тільки у райдужні тони, вони безтурботні, у них немає проблем. Забуваються минулі неприємності та нещастя, не сприймаються негативні події теперішнього часу, майбутнє вимальовується у світлих барвах. Однак, веселий і доброзичливий настрій хворих часом, особливо під впливом зовнішніх факторів, змінюється дратівливістю і навіть гнівом.

Власне фізичне самопочуття здається хворим оптимальним, їх сповнює надмірна енергія. Перешкод для здійснення своїх бажань такі хворі не бачать. Завжди надзвичайно підвищене почуття власної гідності. Легко виникає переоцінка своїх можливостей – професійних, фізичних та ін.

Говорять такі пацієнти багато, голосно, швидко, часто не зупиняючись і тому їх голос швидко стає хриплим. Зміст висловлювань непослідовний, легко змінюються теми розмови. При підсиленні мовного збудження думка, що не встигає закінчитись, змінюється на іншу, внаслідок чого висловлювання стають фрагментарними („скачка ідей”). Мова рясніє

жартами, каламбурами, іноземними словами, цитатами, недоречним сміхом, посвистуванням, співом.

Характерним є зовнішній вигляд хворих: очі блищать, обличчя гіперемійоване, при розмові з рота нерідко вилітають бризки слини, міміка жвава, рухи прискорені і поривчасті, жести підкреслено виразні. Вони нерідко взагалі не можуть всидіти на місці. Під час бесід з лікарем часто змінюють позу, схоплюються, іноді починають ходити чи бігати по кабінету. Апетит звичайно значно підвищений. Можуть їсти стоячи, швидко ковтаючи погано пережовану їжу. Статевий потяг, особливо у жінок, зазвичай посилюється.

В залежності від переважання в картині манії тих чи інших розладів виділяють окремі її форми: *весела* (підвищено-оптимістичний настрій з помірним мовним і руховим збудженням); *гнівлива* (поєднання підвищеного настрою з невдоволеністю, прискіпливістю, дратівливістю); *сплутана* (виникнення на фоні підвищеного настрою безладного мовного і неупорядкованого рухового збудження); *непродуктивна* (сполучення підвищеного настрою та рухового збудження з відсутністю прагнення до діяльності, бідністю мислення, одноманітністю і непродуктивністю висловлювань); *маячна* (поєднання підвищеного настрою з різноманітними формами образної, рідше інтерпретативної маячні); *загальмована* (сполучення підвищеного настрою, в ряді випадків і мовного збудження, з руховою загальмованістю, яка досягає інтенсивності ступору); *манія з пустотливістю* (поєднання підвищеного настрою, мовного і рухового збудження з манірністю, дитячістю, блазнюванням, недоречними жартами).

Синдроми з переважанням порушень свідомості

Клінічного визначення терміну „потьмарення свідомості” немає. В той же час всім синдромам потьмарення свідомості притаманні спільні риси. К. Jaspers (1965) перший навів їх перелік: 1) відчуженість хворого від оточуючого з нечітким, утрудненим, фрагментарним його сприйняттям; 2)

різні види дезорієнтації – у місці, часі, оточуючих, ситуації, власній особі; 3) безладність мислення, що супроводжується слабкістю або неможливістю суджень та мовними порушеннями; 4) амнезія періоду потьмарення свідомості.

Непсихотичні синдроми потьмарення свідомості.

Обнубіляція – „захмарення свідомості”, „вуаль на свідомості”. Реакції хворих, в першу чергу мовні, сповільнюються. З’являються розгубленість, неухважність, помилки у відповідях. Часто відмічається безтурботність.

Сомноленція – стан напівсну, більшу частину часу хворий лежить із закритими очима. Спонтанна мова відсутня, але на прості питання надаються вірні відповіді. Більш складні запитання не осмислюються. Зовнішні подразники здатні на деякий час послабити симптоми обнубіляції та сомноленції.

Оглушення – хворі байдужі, оточуюче не привертає їх уваги, питання, які їм ставлять, сприймають не відразу і здатні осмислити з них лише найпростіші. Мислення сповільнене та ускладнене. Словарний запас бідний. Відповіді односкладові, часто зустрічаються персеверації.

Сопор – патологічний сон. Хворий лежить нерухомо, очі заплющені, обличчя амімічне. Мовне спілкування з хворим неможливе. Сильні подразники (яскраве світло, сильний звук, больові подразники) викликають недиференційовані, стереотипні захисні рухові та зрідка голосові реакції.

Кома – повна втрата свідомості з відсутністю реакцій на будь-які подразники та появою патологічних рефлексів.

Психотичні синдроми потьмарення свідомості

Синдроми деперсоналізації та дереалізації – поєднане порушення сприйняття власної особи та існуючої реальності, яке усвідомлюється та хворобливо переживається.

У цьому синдромі може переважати один із розладів – деперсоналізація або дереалізація; в ряді випадків вони виникають ізольовано.

Деперсоналізація – розлад самосвідомості, що проявляється відчуттям зміни деяких або всіх психічних процесів – відчуттів, думок, уявлень, спогадів, відношення до оточуючого т. ін.

У найбільш легких випадках деперсоналізації виникає відчуття зміни психічних процесів за рахунок послаблення або втрати образного компоненту. Оточуюче починає „сприйматися розумом”, стає „відстороненим поняттям”, „становить лише думку”. Морально-етичні категорії, такі як добро, зло, обов’язок, справедливість т. ін. стають для хворого лише абстрактними поняттями. Зменшується або втрачається здатність сприймати емоційні реакції інших людей. Відчувають себе сторонніми серед них. Відмічають емоційне та інтелектуальне збіднення. Здається, що висловлювання та вчинки здійснюються ними автоматично.

У більш тяжких випадках власне духовне „Я” втрачає свою єдність та ціліність. Його відчувають немов би сполученням окремих частин. Багато хворих говорять про роздвоєння власного „Я”. Може виникати відчуття, що власне „Я” зникло. Хворі відмічають відчуття розчиненості свого „Я” в оточуючих. Зникає уявлення про своє минуле, а те що залишається, сприймається окремими фрагментами, що не мають зв’язку з теперішнім часом. У хворих звичайно збережене усвідомлення хвороби, але критична оцінка власного стану знижена.

Іншим варіантом тяжкої форми деперсоналізації є відчуження вищих емоцій, що проявляється тяжким почуттям ослаблення емоційного реагування на навколишні події, людей, природу, самого себе. Притуплені почуття при підсиленні деперсоналізації змінюються їх втратою з появою раніше описаного симптому – *anaesthesia psychica dolorosa*.

Дереалізація – розлад самосвідомості, що супроводжується почуттям зміни живих та неживих предметів, оточення, явищ природи.

При дереалізації оточуюче сприймається зміненим, дивним, нечітким, чужим, примарним, застиглим, неживим. Воно сприймається немов би крізь туман, плівку, малопрозоре скло, нерідко втрачає об'ємність та перспективу. Предмети позбавляються просторового розташування. В деяких випадках хворі відмічають, що оточуюче схоже на декорацію або фотографію. Змінюються фарби оточуючих предметів, їх колір втрачає насиченість, яскравість. В деяких випадках при дереалізації оточуюче сприймається незвично чітко та яскраво. Змінюється почуття часу: він сповільнюється, зупиняється, зникає. Іноді, навпаки, з'являється відчуття швидкого плину часу.

До дереалізації відносять симптоми *déjà vu, éprouve, entendu* (раніше баченого, пережитого, чутого) та *jamais vu, éprouve, entendu* (ніколи не баченого, не пережитого, не чутого).

Деліріозний синдром – галюцинаторне потьмарення свідомості з переважанням справжніх зорових галюцинацій та ілюзій, образного марення, мінливого афекту, в якому переважає страх, рухове збудження.

Розвиток означеного розладу перебігає в декілька етапів (стадій).

Симптоми *першої стадії* стають помітними звичайно під вечір. З'являється загальне збудження. Хворі багатомовні, в їх висловлюваннях легко виникають непослідовності. Відчувають напливи образних почуттєво-наглядних спогадів, що мають відношення до минулого. Рухи набувають перебільшеної виразності. Наявна гіперестезія: зорова, дотикова, слухова, смакова т. ін. Настрій мінливий, сон поверхневий, з перервами, супроводжується яскравими, нерідко жахливими сновидіннями, тривогою та страхом.

В *другій стадії* на тлі підсилення перерахованих розладів виникають зорові ілюзії у формі парейдолій. Епізодично може виникати нечітке орієнтування у місці та часі. Перед засинанням, при заплющених очах виникають гіпнагогічні галюцинації.

На *третьої стадії* виникають справжні зорові галюцинації. Вони можуть бути поодинокими та множинними, статичними і рухомими, кольоровими та незабарвленими, зменшених, звичайних або збільшених розмірів. В залежності від етіологічного фактору зорові галюцинації можуть мати свої відмінні риси. Наприклад, зооптичні галюцинації є характерними для алкогольного та кокаїнового делірію; мікроптичні галюцинації – для делірію, що виникає при отруєнні опіатами т. ін.

При делірії хворий завжди є зацікавленим глядачем усього, що відбувається навколо нього. Його афект та вчинки досить точно відповідають змісту обманів сприймання. Він охоплений цікавістю, нерозумінням, захватом, страхом, жахом. В третій стадії також можуть виникати слухові, тактильні, нюхові галюцинації, фрагментарне образне марення. Питання, що ставляться, хворий осмислює погано, часто відповідає не по суті.

Порушується орієнтування в оточуючому. Звичайно хворі хибно орієнтовані. Усвідомлення власного „Я” – самоусвідомлення, зберігається завжди. Вночі спостерігається або повне безсоння, або неглибокий, з перервами сон, який виникає лише вранці.

Несприятливий розвиток основного захворювання (соматичного, інфекційного, інтоксикаційного т. ін.) може призвести до розвитку тяжких форм делірію – професійного та муситуючого.

Професійний делірій – делірій з переважанням одноманітного рухового збудження у формі звичних буденних дій: їжа, прибирання або ж дії, що мають безпосереднє відношення до професії хворого. Галюцинації та маячня або відсутні, або рудиментарні. Мовний контакт часто неможливий.

Муситуючий делірій – це делірій з некоординованим руховим збудженням без закінчених дій, одноманітний за своїми проявами, що відбувається в межах ліжка. Хворі щось знімають, струшують, хватають. Мовне збудження проявляється тихими та незрозумілими окремими звуками, складами. Спілкуватись з хворими неможливо, вони цілком відчужені від оточуючого. Муситуючий делірій звичайно змінює професійний.

В залежності від етіологічного фактору делірій може супроводжуватись вегетативними та неврологічними порушеннями: тахікардією, тахіпноє, пітливістю, коливанням рівня АТ, м'язовою гіпотонією, гіперрефлексією, тремором, атаксією т. ін.

Онейроїдний синдром – потьмарення свідомості з напливом мимовільно виникаючих фантастичних уявлень, що містять видозмінені фрагменти раніше сприйнятого, то ізольованих, то чудернацько переплетених з деталями реального світу, які сприймаються спотворено. Картини, що виникають, схожі на сновидіння, слідує одна за іншою в певній послідовності так, що одна подія немов би витікає з іншої, тобто відрізняються сценоподібністю. Постійні афективні (депресивні або маніакальні) та рухові, в тому числі кататонічні розлади.

Початковий етап визначається афективними розладами: депресивні стани супроводжуються в'ялістю, безсиллям, примхливістю, дратівливістю, немотивованою тривогою; маніакальні стани завжди несуть на собі відбиток захвату, почуття проникнення та прозріння, тобто супроводжуються симптомами, властивими для екстазу. Афективні розлади супроводжуються порушеннями сну, апетиту, головним болем, неприємними відчуттями в ділянці серця.

Пізніше виникає *етап маячної налаштованості*. Оточуюче здається хворому зміненим, незрозумілим, сповненим потайного тривожного змісту. З'являється неусвідомлений страх або передчуття загрози, біди. Маячний настрій супроводжують несистематизовані ідеї марення, переважно переслідування, хвороби, загибелі.

Потім виникає *етап маячення інсценування*, значення та інтерметаморфози. Хворі відмічають, що навколо них відбуваються якісь події, ніби кіно чи спектакль, де вони то самі виконують певні ролі, то з захватом спостерігають як глядачі; часом відбувається перевтілення одних осіб в інші. Періодично виникають мовнорухове збудження, загальмованість.

Подальша трансформація клінічної картини супроводжується розвитком *істинного онейроїду*. У свідомості хворих домінують візуалізовані фантастичні уявлення (сноподібне марення), які пов'язані з їх внутрішнім світом. Основою цих уявлень є зоровий псевдогалюциноз. В стані онейроїду перед „внутрішнім оком” хворого проходять сцени грандіозних подій, в яких він сам є головним персонажем. Часто наявна дисоціація між змістом свідомості та руховою сферою, в якій переважають мінливі за інтенсивністю, але в цілому неглибокі симптоми кататонічного ступору, що змінюються на нетривалий час епізодами патетичного чи безглузлого збудження. Звичайно хворі мовчать, мовне спілкування з ними неможливе.

Редукція симптомів онейроїду відбувається поступово в порядку, зворотному їх виникненню. Хворі відтворюють досить детально зміст психопатологічних розладів періоду потьмареної свідомості.

Синдром сутінкових станів свідомості. Сутінковий стан свідомості є раптовою і короткочасною (хвилини, години, дні – рідше більш тривалі терміни) втратою ясності свідомості з повною відчуженістю від оточуючого або з його фрагментарним і спотвореним сприйняттям при збереженні звичних автоматизованих дій.

За особливостями клінічних проявів сутінковий стан свідомості поділяють на просту і „психотичну” форми, між якими не існує чітких відмін.

Проста форма має раптовий початок. Хворі відключаються від реальності. Увійти з ними в контакт неможливо. Спонтанна мова або відсутня, або обмежується стереотипним повторенням окремих слів, коротких речень. Рухи то збіднені та сповільнені, то виникають епізоди імпульсивного збудження з негативізмом. В ряді випадків зберігаються послідовні, частіше порівняно прості, але зовні цілеспрямовані дії. Якщо вони супроводжуються мимовільним блуканням, мова йде про *амбулаторний автоматизм*. Якщо він триває хвилини, його називають *фугою* або *трансом*; амбулаторний автоматизм, що виникає під час сну, має

назву *сомнамбулізму* або *лунатизму*. Проста форма сутінкового потьмарення свідомості триває звичайно від кількох хвилин до кількох годин та супроводжується повною амнезією.

„*Психотична*” форма сутінкового потьмарення свідомості супроводжується галюцинаціями, маренням та зміненим афектом. Виникає відносно поступово.

Із галюцинацій переважають зорові зі страхітливим змістом. Нерідко вони чуттєво-яскраві, сценподібні, різнокольорові, блискучі. Характерні рухомі зорові галюцинації – групи людей, тварин, що наближаються, автомобіль, що мчить на хворого, будівлі, що руйнуються т. ін. Галюцинації слуху – це фонемі, часто оглушливі – грім, тупіт, вибухи. Нюхові галюцинації частіше неприємні – запах смаленого, сечі, падалі.

Переважає образне марення з ідеями переслідування, фізичного знищення, величі, месіанства; часто зустрічаються релігійно-містичні маячні висловлювання. Марення може супроводжуватись хибними впізнаваннями.

Афективні розлади інтенсивні та відрізняються напруженістю: страх, лють, ненависть, екстаз. Рухові розлади найчастіше проявляються збудженням у формі безглузких руйнівних дій, спрямованих на неживі предмети або оточуючих.

Зникнення хворобливих розладів нерідко відбувається раптово. Амнезія після сутінкового потьмарення свідомості, що супроводжується продуктивними розладами, може бути частковою, ретардованою або повною.

Аментивний синдром – форма потьмарення свідомості з явищами безладності мови, порушенням моторики та розгубленістю.

Мова хворих складається з окремих слів буденного змісту, складів, звуків, які вимовляються тихо, голосно або наспівуються з одними й тими ж інтонаціями. Нерідко спостерігаються персеверації. Настрій у хворих мінливий – то пригнічено-тривожний, то дещо підвищений з рисами захвату, то байдужий.

Рухове збудження при аменції відбувається звичайно у межах ліжка. Воно вичерпується окремими руховими актами, що не складають закінченого руху: хворі крутяться, вигинаються, здригаються т. ін. Вступити у мовний контакт з ними не вдається. Маячня при аменції фрагментована, галюцинації – поодинокі.

Ґрунтуючись на переважанні тих чи інших розладів – ступору, галюцинацій, марення – виділяють відповідні окремі форми аменції – кататонічну, галюцинаторну, маячну. Період аментивного стану повністю амнезується. При одужанні аменція змінюється або тривало існуючою астенією, або психоорганічним синдромом.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

1. Класифікація психопатологічних синдромів за переважним ураженням окремих психічних сфер.
2. Класифікація психопатологічних синдромів за глибиною ураження психіки.
3. Клінічні прояви синдрому галюцинозу.
4. Клінічні прояви Корсаковського амнестичного синдрому.
5. Клінічні прояви параноїдного синдрому.
6. Клінічні прояви синдрому Кандінського-Клерамбо.
7. Клінічні прояви паранойяльного синдрому.
8. Клінічні прояви парафренного синдрому.
9. Клінічна характеристика синдрому психофізичного інфантилізму.
10. Клінічні прояви енцефалопатичного та дементного синдромів.
11. Клінічна характеристика невротичних синдромів.
12. Клінічна характеристика кататонічного синдрому.
13. Клінічна характеристика маніакального та депресивного синдромів.
14. Клініка деліріозного синдрому.
15. Клініка онейроїдного синдрому.
16. Клініка аментивного синдрому.

Глава 3

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ПСИХІЧНО ХВОРИХ

Клінічна медицина, виходячи з означення терміну, є тісно пов'язаною з клінікою, тобто з конкретними хворими. Її головною метою є забезпечення високого рівня діагностики та лікування. Експериментальний розділ медичної науки створює наукове підґрунтя лікувально-діагностичних методів, які впроваджуються у клініку. Якщо для першої основним методом слугує експеримент чи лабораторне дослідження, то для другої - це робота з окремим хворим, людиною. Майбутній лікар має сумлінно оволодівати універсальними методами спостереження, бесіди та експериментального

дослідження. Але кожен з розділів клінічної медицини має свої специфічні особливості роботи з пацієнтом, ігнорування яких призводить до погіршення кінцевого результату.

Безпосереднім відображенням професійної кваліфікації при роботі з хворим є складена лікарем історія хвороби - медичний, статистичний, науковий та юридичний документ. Попри стандартизовані схеми клініко-діагностичних ознак, що їх впроваджують з метою скорочення часу, який витрачається лікарем на опис хворого, кожен з майбутніх лікарів повинен спершу досконало оволодіти умінням ясно, граматично правильно і клінічно точно висловлювати власні висновки щодо певного пацієнта, а також фіксувати їх документально.

Особливості курації хворих у психіатричній клініці

Сучасна медицина потребує від лікаря будь-якого фаху застосування у своїй практиці лікувально-діагностичних знань та умінь як щодо основних психічних захворювань, так і межових нервово-психічних розладів. Це зумовлює необхідність навчання комплексним методам дослідження психічних захворювань як в клінічних, так і в амбулаторних умовах з наступним проведенням кваліфікованого аналізу і диференційованим використанням сучасних методів терапії та реабілітації психічно хворих.

У психіатричній діагностичній практиці провідне місце належить клінічним та параклінічним методам обстеження. До перших належать: 1) спостереження за поведінкою хворого; 2) опитування хворого (бесіда); 3) аналіз анамнестичних даних, котрі складаються із суб'єктивних (отриманих безпосередньо від хворого) та об'єктивних (зі слів рідних чи тих осіб, хто добре знає хворого); 4) клінічне обстеження соматичного і неврологічного станів хворого та стану усіх сфер його психіки.

Бесіду з хворим необхідно вести спокійно, ввічливо, питання ставити чітко, у зрозумілій формі, звертаючись до хворого на ім'я та по-батькові. Чемний тон розмови сукупно з повільними, обережними рухами створює атмосферу доброзичливості і хворий дещо заспокоюється, що дає куратору

можливість вести розмову у потрібному напрямку. Слід зважати на можливу сповільненість мислення пацієнта внаслідок дії заспокійливих медикаментів, тому після запитання повинна бути витримана пауза і мова має дотримуватися спокійного темпу.

Не слід обривати хворого на півслові, якщо він надто детально описує факти чи переходить до іншої теми. Необхідно віднайти паузу у мові хворого, підвести співчутливий підсумок його висловам (наприклад: «Так, наскільки ми зрозуміли, вам було дуже зле у той час»; чи: «Дякую, стосовно захворювання ваших нирок ми вже трішки визначилися»), і далі ввічливо спрямовувати бесіду в потрібне русло. Необхідно досягти довіри хворого, і тільки продумана, цілеспрямована та одночасно доброзичлива розмова може гарантувати необхідну відвертість. У разі балакучості, постійного відволікання уваги, дратівливості хворого слід спокійно повторювати одні й ті самі питання, можливо, дещо іншими словами, - м'яко, але наполегливо. Якщо хворий відмовляється відповідати на питання, зміна напрямку розмови допоможе зняти зайву напругу, відволікти хворого, аби пізніше повернути бесіду до бажаної теми.

Якщо хворого з навчальною метою обстежує студент, він повинен розуміти, що несе певну частку юридичної відповідальності за свої дії, тому він не повинен надавати пацієнтові заздалегідь хибних обіцянок, інформації щодо результатів обстеження, втручатися порадами в лікувальну програму. Одночасно він не є і пересічним співрозмовником, тому теми, що не стосуються конкретної мети курації, також небажані. Закінчивши обстеження, доцільно подякувати хворому за спілкування, ввічливо попроситися з ним та побажати йому найшвидшого одужання.

Етапність діагностичного пошуку

Діагностика є однією з форм пізнавальної діяльності людини, до якої можна застосувати усі загальні закони пізнання. Уміле діагностування - це одна з найбільших цінностей роботи лікаря. Етапність діагностичного пошуку являє собою послідовну схему знаходження специфічних

закономірностей складного патологічного процесу, наслідком якої є встановлення остаточного діагнозу. Основні елементи, якими керується лікар у процесі діагностування - це симптоми, синдроми та нозологічні форми.

Симптом є окремим проявом хвороби, одиничним наслідком перебігу патогенетичного процесу. Усіх складових ланок останнього ми не спостерігаємо, маючи справу лише з його проявами, тобто симптомами.

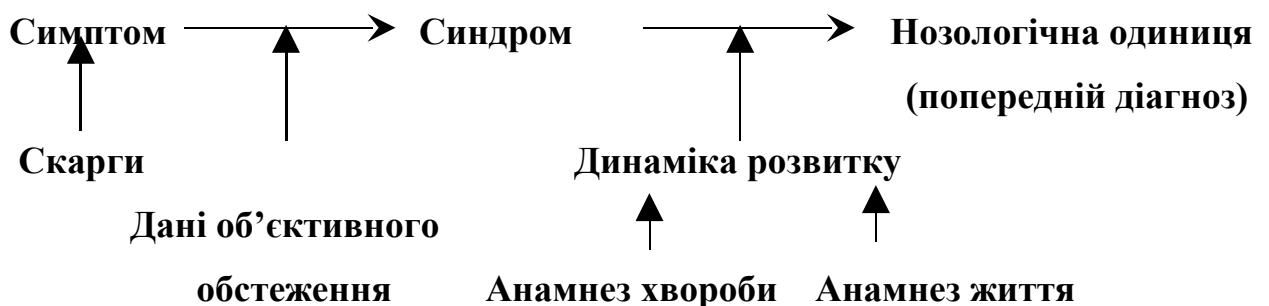
Синдром - це певна сукупність окремих симптомів, які поєднані спільним патогенезом.

Нозологічна одиниця (власне хвороба) складає групу патогенетично пов'язаних синдромів, що мають особливу, індивідуальну динаміку розвитку.

Образно кажучи, симптоми утворюють окремі цеглинки, із яких будуються стіни (синдроми), а останні складають будівлю (нозологічна форма, хвороба), де в якості будівельного розчину виступає індивідуальність перебігу (динаміка).

Діагностичний пошук має три взаємопов'язані етапи: це встановлення попереднього, клінічного та остаточного діагнозу.

Перший етап розгортається за наступною схемою:



Згідно даної схеми, на підставі зібраних скарг та результатів об'єктивного обстеження виділяються симптоми, із котрих шляхом їх патогенетичного групування утворюються синдроми. Дані анамнезу хвороби та життя дозволяють знайти індивідуальні особливості та динаміку їх розвитку, що скеровує діагноста до конкретного захворювання. Лікар, таким чином, висловлює попередню думку щодо стану здоров'я пацієнта, яка

формулюється в загальнозастосовуваних медичних термінах.

Другим етапом є встановлення клінічного діагнозу.

Відбувається це згідно наступної схеми:



Як демонструє схема, додаткові методи обстеження дозволяють діагносту заглибитися у сутність патологічного процесу, виявити його індивідуальні особливості, змінити або уточнити попередній діагноз.

Диференційна діагностика є найбільш складним елементом діагностування. Вона базується на найважливіших операціях мислення - порівняння, узагальнення, класифікування, відображаючи рівень клінічного мислення лікаря.

Третім етапом діагностичного пошуку є встановлення остаточного діагнозу. Він базується на наслідках призначеного лікування та динаміки стану здоров'я пацієнта протягом та після нього. Є навіть особлива форма діагностики «діагностика ex juvantibus» (через лікування).

В залежності від кінцевих показників за результатами лікування, встановлений лікарем діагноз підтверджується (цілковите чи часткове одужання) або уточнюється патологоанатомічним дослідженням (якщо хворий помирає). Якщо хвороба хронічна і про цілковите одужання мова не йде, діагностичний пошук доповнюється спостереженням за хворим у ремісії (наприклад, визначення типу перебігу шизофренії можливе лише за наявності даних про динаміку загострень та ремісій).

Клінічне обстеження психічно хворого

На початку обстеження після знайомства з хворим слід запитати, які скарги він має стосовно стану свого здоров'я взагалі. Вони можуть бути як психічного, так і соматичного характеру. Необхідно уважно, не перериваючи вислухати хворого, і лише потім, на підставі отриманої інформації, уточнювати скарги. Послідовними запитаннями з'ясовують наявність скарг стосовно головних органів і систем. Першочергову увагу наділяють скаргам за окремими сферами психіки, враховуючи здебільшого порушену здатність хворого до адекватної самооцінки.

Захворювання психіки може призводити до анозогнозичної, чи дисгнозичної внутрішньої картини хвороби (невпізнання, відкинення, перекручення), що має своїм наслідком заперечення хворим будь-яких проблем з боку психіки, вперте небажання уточнювати стан певних психічних сфер, чи то пояснення госпіталізації якимись соматичними причинами («боліла голова»; «захворів шлунок» і т. ін.). Крім того, хворий може знаходитися у стані потьмареної свідомості і бути неспроможним до порозуміння з лікарем.

Специфіка з'ясування анамнестичних відомостей в психіатричній практиці полягає у необхідності відокремлення суб'єктивного і об'єктивного анамнезів. Спочатку оцінюються дані, які одержані при безпосередньому спілкуванні зі хворим - це «суб'єктивний анамнез». Слід мати на увазі, що психічне захворювання накладає відбиток на світогляд і часто має своїм наслідком перекручення викладу анамнезу завдяки порушенням пам'яті, сприйняття чи логічного мислення, тощо. Хворий може умисно перекручувати відповіді, уникати певного кола питань, сподіваючись прискорити виписку, чи вплинути на діагностичний або лікувальний процеси. Тому вкрай важливим є наступний за «суб'єктивним» - «об'єктивний анамнез». Він містить у собі дані щодо життя і захворювання, які одержані незалежно від хворого. Сюди слід включити:

а) дані, що їх занотував лікар, який першим став свідком захворювання: найчастіше це - лікар психоневрологічного диспансеру, що направив хворого

до стаціонару;

б) дані спостереження, бесіди та опису об'єктивного статусу лікарем стаціонару при первинному огляді хворого;

в) дані, отримані із документів, що є у хворого (паспорт, листування, характеристики, дані амбулаторних карт, виписки, тощо);

г) записи у щоденниках поточної історії хвороби та нотатки із архівних історій хвороби;

д) відомості щодо життя та захворювання, які одержані від рідних та знайомих хворого (дружини чи чоловіка, батьків, друзів, дітей).

Визначаючи анамнестичні відомості щодо захворювання пацієнта, слід оцінювати динаміку актуальної психічної хвороби на всьому її протязі від першої появи хворобливих проявів у минулому до теперішньої госпіталізації.

Хворий може взагалі заперечувати у себе будь-яку психічну хворобу. В такому разі слід обмежитися констатуванням дат минулих госпіталізацій і коректно поцікавитися, як хворий сам пояснює їх причини, приділяючи особливу увагу теперішній госпіталізації.

Важливу роль в психіатричній клініці відіграє дослідження соматичного та неврологічного стану. Інколи виявлені соматичні і неврологічні симптоми можуть мати вирішальне значення в розпізнаванні причини психічного захворювання (пухлина мозку, СНІД т. ін.), а в інших випадках сомато-неврологічні розлади можуть бути одним з проявів психічного захворювання. Дослідження соматичного та неврологічного станів відбувається за схемами, що діють в клініках терапії та неврології.

При дослідженні та описі в історії хвороби психічного статусу слід дотримуватися об'єктивності і певної послідовності викладення, керуючись наступною схемою обов'язкового послідовного охоплення усіх сфер психічної діяльності хворого. Щодо кожної зі сфер психіки викладають дані лікарського спостереження і опитування. Опитування проводиться цілеспрямовано, з метою виявлення певних психопатологічних симптомів.

Послідовність описання психічних сфер:

- загальний вигляд хворого: вираз обличчя, міміка, її пластичність, виразність; особливості ходи; поза;
- ступінь і адекватність мимічного і мовного контакту з куратором: добрий, коли хворий охоче відповідає на запитання та змістовно розповідає про себе; формальний, коли відповіді хворого скупі, одноманітні або односкладові; відсутність контакту – хворий мовчазний, відвертається в сторону, не дивиться в очі («глазний негативізм»), відмовляється від бесіди;
- стан свідомості: орієнтування у місці перебування, оточуючих, часі, власній особі;
- розлади сприйняття: згідно виявленим скаргам, опитування по аналізаторам, спостереження за поведінкою. Шляхом опитування можна визначити наявність ілюзій, галюцинацій, психосенсорних порушень. Слід докладно їх охарактеризувати: відносно аналізаторів, за складністю, проекцією, повнотою розвитку, суб'єктивним ставленням особи. Якщо хворий прагне приховати деякі розлади, звертають увагу на особливості його поведінки, яка, відображуючи галюцинації чи інші хиби сприйняття, допоможе їх об'єктизувати. При слухових галюцинаціях можливі прислухання до «голосів», розмова з ними, інколи намагання врятуватись від них затиканням вух пальцями, ватою та ін. У випадку зорових галюцинацій можливе повертання голови в бік галюцинаторної картини, напружене стеження за нею, характерним є й вираз обличчя. Інколи рухи при цьому відбивають контакт з галюцинаторними образами (хватування, скидування зі столу, з одягу, притискування та ін.). Переймаючись нюховими галюцинаціями, хворі можуть затикати ніс ватою, здавлювати його пальцями, смаковими - кривити обличчя, плюватись. У випадку тактильних галюцинацій можливе почісування, раптове відсмикування кінцівок та ін;
- розлади мислення: за темпом - нормальне, прискорене, сповільнене; за зв'язаністю (послідовністю) та формою асоціацій - розірваність,

безладність, паралогічність, резонерство, патологічна деталізація, персеверації, патологічний символізм, амбівалентність мислення, неологізми; за адекватністю асоціацій - нав'язливі ідеї, надцінні ідеї, марення. Останні слід докладно характеризувати тематично (приміром, «марення ревнощів», «ідеї власної нікчемності і провини», «ідеї переслідування, особливого значення і величі») і структурно (паранойяльний, параноїдний чи парафренний характер марення), ілюструючи свої виклади прямою мовою хворого; рівень критичного осмислення власних хворобливих симптомів і перебігу хвороби. Особливості мови хворого: інтонації і модуляції голосу, виразність, паузи, особливості мимічного супроводження певних (маривних, свідомо хибних) тверджень.

- розлади уваги: складність переключення; складність притягування; патологічне відволікання; зниження або відсутність притягування (ілюструвати примірами спостережень за поведінкою і мовою хворого);
- порушення інтелекту: наскільки відповідає в цілому віковому і загальноосвітньому рівневі (переважні оцінки в атестаті, рівень загальновідомих знань зі шкільних предметів, відповідь на питання щодо улюблених предметів); рівень суджень і умовиводів, розміри словарного запасу; здатність до абстрагування; оперування переносними поняттями; математичними категоріями; здатність коригувати свої вислови за підказкою; рівень читання, писання; розуміння гумору; здатність вірно розуміти питання й інструкції - відразу чи з повтореннями і підказками, тощо;
- порушення пам'яті: загострення; зниження; виявлення прогалин пам'яті із їх докладною характеристикою; якісні порушення - конфабуляції, псевдоремінесценції, криптомнезії;
- емоційний стан: переважний фон настрою, його стійкість, прояви порушень настрою; емоційні реакції під час бесіди з лікарем (приміром, значні перепади настрою, періодична дратівливість, гнівливість,

відсутність емоційної реакції на будь-що, невиразність і скупість емоцій, надзвичайна емоційна збудливість при обговоренні певного питання, пожвавлення емоцій у відповідь на певне питання чи дію лікаря), розлади емоцій за силою, рухливістю, адекватністю. Особливості емоційних реакцій хворого стосовно значущих для нього осіб (рідних, друзів, медпрацівників, осіб на котрих розповсюдилися маячні ідеї хворого). Спостереження слід ілюструвати в історії хвороби описом міміки, фізіологічних проявів тих чи інших емоційних реакцій у відповідь на певні мовні чи поведінкові стимули лікаря;

- стан ефекторно-вольової сфери: адекватність, швидкість, довільність і цілеспрямованість рухів; наявність чи відсутність нав'язливих рухів (тіки, стереотипії та ін.); наявність судомних проявів, парезів, астазії-абазії, інші порушення рухів. Прояви цілеспрямованої активності хворого (плани на майбутнє - адекватність, щирість, доцільність, у разі інвалідизації - ступінь астенії, при шизофренії - можливі абулічні прояви; тощо); особливості рухо-вольової активності хворого у відділенні лікарні згідно спостережень чергових - підпорядкування режимові відділення, ступінь співробітництва з медперсоналом, виконання інструкцій, виконання фізичних навантажень, проведення вільного часу, особливості догляду за собою, чи є потяг до втечі чи інших порушень режиму відділення, відомості зі слів медперсоналу щодо проявів маячної, галюцинаторної, дисфоричної, апато-абулічної, психопатичної, негативістичної та іншої поведінки. Варто ідентифікувати особливості пристосувальної поведінки хворого: вона здебільшого буває гармонійна, конфліктна, регресивна, індіферентна. Наявність змін стану як нижчих так і вищих потягів - посилення, послаблення або збочення з їх докладною характеристикою. Особливу увагу слід наділяти суспільно-агресивним та суїцидальним проявам. Питання щодо агресивних потягів до інших осіб чи до себе слід формулювати особливо коректно і обережно, відслідковуючи і виключаючи можливість індукції хворого власними

фантазмами, вибираючи влучний для цього період часу і намагаючись внести максимальну ясність

- особисте ставлення до факту госпіталізації та лікування: позитивне, з виявленням критичного сприймання свого хворобливого стану, бажанням до співробітництва з медиками з метоювилікування, чи негативне, з відсутністю критичного ставлення до хвороби, чи байдуже, або з формальною критикою хвороби (вказати прямою мовою хворого).

Експериментально-психологічне дослідження.

Метою експериментально-психологічного дослідження є виявлення порушень психічних процесів (сприйняття, уваги, мислення, пам'яті, емоцій т. ін) і загалом особистості. Практичного лікаря-психіатра першочергово повинна цікавити загальна оцінка психічного стану хворого, різнобічні аспекти його психічної діяльності. Тому слід користуватися усіма групами методик і в протоколі дослідження відмічати не тільки відповіді хворого, але й особливості його поведінки під час проведення дослідження, його висказування, відношення до обстеження, тощо.

При проведенні тестування лікар не повинен бути багатословним. Однак певні види допомоги досліджуваному є цілком допустимими. Слід пам'ятати, що хворі інколи важко реагують на власну неспроможність, виявлену проотягом дослідження. В такому разі слід пояснити мету дослідження і впевнити хворого у тимчасовому характері спостережуваних у нього зрушень.

При поясненні мети дослідження слід пам'ятати, що для більшості людей психологічно є більш прийнятною перевірка "пам'яті", "уваги", "стану нервової діяльності", а не "розуму", "інтелекту", або "здібностей". Надання хворим надто простих задач може іноді зобижати їх, спрямовувати їх на думку, що їх вважають за "дурних", "психів", тощо. В такому разі слід розпочинати дослідження більш складними завданнями, які можуть зацікавити хворого. Якщо пацієнт відчувається невпевнено боїться

виказати свою неспроможність, кілька простих завдань чи простих запитань заспокоють його.

Нижче наведені лише деякі із методів, що їх можна застосувати при дослідженнях функцій психіки.

I. Дослідження відчуттів і сприйнятті.

1) Впізнавання зображень на картинках (сприйняття звичайних картинок, упізнання зображень при наявності лише деяких елементів зображення - контурів, силуетів, основних штрихів чи побічних елементів, що затруднюють упізнання.). Досліджуваному пропонують роздивитися по рядам одне за одним зображення і назвати їх. Спочатку показують більш прості картинки з чітким зображенням деталей, потім - дрібніші, контурні, силуетні, закреслені, накладені один на одного і більш складні. Контурні малюнки із зображенням собаки показують по черзі зліва направо і пропонують досліджуваному "домалювати" в своїй уяві те, чого не вистачає. Для дослідження оптичного гнозису використовують і інші таблиці.Порушення сприйняття зображень особливо часто спостерігається у хворих із явищами психічної слабкості і розладами свідомості (астенічні стани, аментивні, аметивноподібні стани), у дітей із вираженою розумовою слабкістю. Залежно від вираженості розладів зображення більш прості і близькі до реальних предметів сприймаються вірно, а сприйняття малюнків силуетних, контурних, незакінчених, перекреслених або накладених один на одного є утрудненим.

2) Дослідження сенсорної збудливості і реакції вегетативної нервової системи при сприйнятті ускладнених малюнків. Хворому пропонують вдивитися у таблиці, що зображують "рухливі квадрати", а потім - у таблицю "хвилястий фон". При розгляданні першої талиці, друга закривається білим листком паперу і навпаки. Вдивляючись у другу таблицю, досліджуваний повинен підрахувати квадратики у першому ряді. Враховується час, потрачений на підрахування квадратиків у кожному ряді,

а також вегетативна реакція і скарги досліджуваного, що виникають при першому погляді на "рябий" фон і спрямування "обертів" квадратиків. На іншій таблиці досліджуваному пропонують по черзі підрахувати неясно намальовані кола, квадратики і трикутники, розкидані на фоні хвилястих ліній. При цьому звертати увагу, як досліджуваний сприймає хвилястий фон, які у нього виникають суб'єктивні відчуття, чи не намагається він повернути картинку так, щоби хвилясті лінії знаходилися у вертикальному положенні, що полегшує вдивляння у малюнок.

За різних психопатологічних станів (делірій і передделірій, гіперестетична емоційна лабільність, сенсорна форма енцефаліту, наслідки арахноїдиту і т. ін.) напочатку пізнавального процесу мають явно переважати емоційні й вегетативні реакції. При першому погляді на "рябий" чи "хвилястий" фон у хворих із вираженою сенсорною збудливістю виникають вегетативна реакція, ілюзорний стереоскопічний обман (хвилі здаються випуклішими), неприємні відчуття мов при розкачуванні, метушіння перед очима і т.д. Це дослідження допоможе "об'єктивізувати" скарги і слугувати диференційно-діагностичним критерієм токсичних і органічних уражень головного мозку.

II. Дослідження мислення.

1) Узагальнення понять. Пропонується назвати одним словом, узагальнюючим родовим поняттям, зображення або назви різних предметів. Задача пропонується другій сигнальній системі: досліджується здатність до синтезу і сприйняття асоціацій з минулого життєвого досвіду між меншим узагальнюючими визначеннями. Наприклад, назвати одним словом: а) поезія, музика, живопис, кіно; б) корова, кінь, віслик, свиня; в) фізика, хімія, математика, ботаніка.

2) Розподіл понять. Пропонується назвати відомі хворому види тварин, рослин, тканин, і т.ін. Досліджується логічний процес, протилежний узагальненню понять. Задача використовується стосовно другої сигнальної системи і потребує в першу чергу аналізу.

3) Визначення і розмежування понять. Пропонується сказати, що таке кішка, життя, сніг, горизонт, правда, і т.ін., визначити різницю між дитиною і карликом, скупістю і ощадністю, сосною і березою, бджолою і мухою і т.п. Досліджується складна аналітико-синтетична діяльність другої сигнальної системи, яка базується на здатності виділяти суттєві поняття. Це ґрунтується на виділенні загальних суттєвих ознак предметів та явищ, у відображенні суттєвих ознак в мовних реакціях.

4) Виключення понять. Пропонується виділити з групи предметів об'єднаних одним родовим поняттям предмета, який не стосується цього поняття. Задача потребує розрізнення корою мозку складних комплексних подразників по загальних і суттєвих ознаках в однорідних комплексах. Вони являються основою класифікації предметів, так як у минулому життєвому досвіді саме вони отримали підтримку. Наприклад: а) сміливий, хоробрий, злий, відважний, рішучий; б) хвилина, секунда, доба, година, вечір; в) успіх, перемога, вдача, спокій, виграш (яке слово потрібно виключити, щоб залишилися тільки однорідні).

5) Аналіз відношень понять. При цьому дослідженні виявляється вміння встановлювати і узагальнювати відношення між поняттями. Виділення відношень забезпечується цілісністю коркового аналізу при провідній ролі другої сигнальної системи. Піддослідному пропонують вибрати у ряді відношень аналогічне першому відношенню даного ряду. Наприклад, до відношення "бібліотека" (книга) піддослідний повинен вибрати відношення "ліс" (дерева), керуючись загальним поняттям ціле/частина.

б) Розуміння переносного змісту прислів'я і метафори. Прислів'я з погляду фізіології є складним словесним подразником, і має дві основні ознаки - прямого і переносного змісту. Друга ознака виділяється на основі першої за механізмом часового зв'язку (асоціації), що утворений минулим життєвим досвідом. Нерозуміння переносного змісту прислів'я обумовлене виснаженням або гальмуванням цього зв'язку. Трапляється нерозуміння

переносного змісту прислів'я і внаслідок гіпнотичного стану кори. В цьому випадку певна ознака подразника - переносний зміст прислів'я - викликає гальмівну дію, а менш суттєва ознака - прямий зміст - позитивно діє. Розуміння переносного змісту незнайомого прислів'я обумовлене абстрагуванням від прямого змісту внаслідок відтворення зв'язку життєвого досвіду між великими і малими узагальнюючими словами. При нерозумінні переносного змісту хворі підбирають вислови, які мають зовнішню подібність із прислів'ям. Це свідчить про затруднення абстрактного мислення з фіксацією на загальних другорядних елементах. Досліджуючи розуміння метафор (заяча душа, тяжка людина, вовчий апетит, глухий степ, кам'яне серце), хворому пропонують відповісти, в якому значенні вживають ці вирази. Трактування висновків досліду подібне до трактування результатів з прислів'ям. Таким чином, порушення процесів відволікання і узагальнення можуть пояснюватися недостатнім запасом часових зв'язків, утворених в минулому життєвому досвіді (у хворих на олігофренію); стійкою втратою часового зв'язку (при ураженні коркових клітин внаслідок органічних захворювань головного мозку); розладами сприйняття часового зв'язку на фоні розповсюдженого гальмування в корі головного мозку (у хворих на шизофренію).

7) Дослідження осмислювання. а). Розуміння змісту сюжетних картин. Репродукції картин пропонують для того, щоб, роздивившись їх, досліджуваний розповів почергово, що на них зображено. Завдання полягає у виділенні досліджуваними значущих деталей картини і визначенні її основного змісту. Таким чином досліджуються складні форми аналітико-синтетичної діяльності головного мозку за участю обох сигнальних систем. При виражених астенічних станах, синдромах порушеної свідомості і деяких інших станах спостерігається зменшення здатності до осмислення сюжету. У цьому разі хворі виділяють лише окремі предмети, деталі, які зображені на картині, і випускають існуючі між ними смислові зв'язки і відношення. Цей тест дає підставу судити про преморбідний стан особистості хворого -

на підставі емоційного відношення до сюжету картини, подій, зображених на ній, тощо; б). Розповідь за картинками із послідовним розгортанням сюжету. Пропонують розглянути серію картинок з послідовним розгортанням сюжету і скласти розповідь. Тут, як і у випадку "а", аналіз і синтез складного комплексу подразника здійснюється у першу чергу зоровим аналізатором першої сигнальної системи, але супроводжується аналітико-синтетичною роботою другої сигнальної системи, котра виражається у певних судженнях і умовиводах.

8) Силогізми. Це такі умовисновки, в яких із двох категоричних суджень, пов'язаних одним загальним терміном, виходить третє судження, яке називають висновком, причому середній термін у висновкові відсутній. Приміром: Усі рідини є пружними. Вода рідина. Отже, вода - пружна. З фізіологічного погляду, рішуче значення для висновку має та частина судження-посилу, яка повторюється в обох посилах і є пов'язуючою ланкою: у нашому примірі, це - слово "рідина". Тест містить у собі два посила-ствердження, і 4 висновки, із котрих лише один - вірний. Приклад: Жодна планета не світить власним світлом. Деякі небесні тіла світять власним світлом. Отже: із варіантів а) усі небесні тіла - планети; б) жодне небесне тіло не є планетою; в) деякі небесні тіла - планети; г) деякі небесні тіла - не планети; - вірним висновком буде останній (г).

III. Дослідження пам'яті.

1) Проба на запам'ятовування 10 слів: тестується механічна слухова пам'ять. Досліджуваному 3 рази зачитують 10 слів, не пов'язаних між собою за смислом. Після кожного прочитування прохають повторити усі слова у будь-якій послідовності, занотовуючи у протоколі вірність відповідей. Через годину пропонують повторити слова, що запам'яталися, що знову занотовують до протоколу. За умов норми, при третьому повторюванні обстежуваний відтворює 9 чи 10 слів. Приклад слів: а) Голка, роза, межа, кішка, горе, пам'ять, книга, вино, пила; б) син, чай, гриб, дим, лось, дуб, кров, рій, сміх, пар; в) море, книга, поле, осінь, театр, голуб, війна,

наука, сонце, герой; російською мовою: а) дом, труд, спорт, хліб, дождь, звук, біль, життя, ліс, пахт; б) дом, вода, ліс, вікно, мед, брат, стіл, гриб, кінь, игла.

2) Заучування тексту. Зачитується текст, що має певну кількість смислових одиниць. Досліджується короткочасна безпосередня пам'ять і функції ретенції. При відтворенні враховується не тільки кількість, а й послідовність відтворених асоціацій. Здорові особи після 2-3 кратного прочитування легко справляються із заучуванням. Виражені порушення спостерігаються при органічних ураженнях головного мозку різного генезу.

3) Піктограма. Застосовується для вивчення опосередкованого запам'ятовування, а також функцій мислення. Пацієнтові дають чистий листок паперу і пропонують для запам'ятовування названих йому 12 слів зробити нескладний малюнок, забороняючи при цьому числові і літерні позначки. Зазвичай спершу називають слова більш конкретного змісту, а далі, впевнившись, що обстежуваному вдається виконувати завдання, переходять до більш абстрактних понять. Приклади слів: теплий вечір, голодна дитина, сміливий вчинок, беззубий дід, щастя, перемога, ворожнеча, багатство, мрія, розум, нудьга, надія. Рос. мовою: Веселый праздник, глухая старушка, сердитая учительница, девочке холодно, болезнь, разлука, развитие, побег, надежда, зависть, сожаление, мечта. Форма протоколу "Піктограма": * Задані вирази * Малюнок * Пояснення хворого * Відтворення.

Після виконання завдання протокол з малюнками відкладають вбік, здійснюють інші дослідження, а через годину пропонують припам'ятати за малюнком задані слова. Залежно від того, який символ використовувався досліджуваним для запам'ятовування слова, можна судити не тільки про опосередковане запам'ятовування, але й про характер асоціацій. Здорові люди зазвичай швидко малюють придумані образи, лаконічно, адекватно а часто і стереотипово символізують запропоновані слова. Такі малюнки зазвичай можна "прочитати", навіть не знаючи запропонованих для пам'яті

слів. Хворі з недостатністю інтелекту органічної генези і олігофренією легкого ступеня простіше знаходять образи для запам'ятовування слів конкретного змісту (веселе свято, смачний обід і т.д.) і переймаються труднощами при позначеннях абстрактних слів (сумніви, думка і т.ін.). Малюнки цих хворих відзначаються конкретністю, відсутністю "умовностей". У хворих на епілепсію зміст малюнків має виражений егоцентричний характер. Піктограми хворих на шизофренію часто втрачають предметний зміст, є псевдоабстрактними (стрілки, математичні позначки і т. ін.), парадоксальними, повторюваними, а слова, що за ними відтворюються часто не є відповідними до вихідних.

4) Повторювання чисел у прямій і зворотній послідовності.

Досліджується оперативна пам'ять. Пацієнтові зачитуються двозначні числа із послідовним нарощуванням їх розмірів, у прямому, а далі - зворотньому порядку. Правильне їх відтворення буде характеризувати об'єм оперативної пам'яті. В нормі її значення складає 7-2 елементи.

5) Відтворення розповідей. Досліджується здатність до мимовільного і довільного відтворення текстів а також ретенція. Матеріалом для дослідження є набір котротких (від 50 до 100 слів), різних за складністю розповідей (басен). Досліджуваному пропонується зачитати вголос розповідь (без інструкції про запам'ятовування), а потім - відтворити його: мимовільне запам'ятовування. При дослідженні здатності довільно запам'ятовувати пропонується прочитати і запам'ятати розповідь. Оцінюється повнота відтворення, темп мови, особливості побудови фраз, словарний запас, лаконічність чи надмірна деталізація промови, розуміння пацієнтом смислу розповіді. Інформативним є повнота відтворення через 1 годину.

б) Запам'ятовування геометричних фігур, простих і більш складних малюнків. Досліджується можливість створення і відтворення відразу кількох тривалих зв'язків, що замикаються на подразники 1 сигнальної ситсеми (зорові комплекси - незнайомі і знайомі, відносно прості і більш складні). Досліджуваному пропонують уважно роздивитися і

запам'ятати геометричні фігури на таблиці на протязі 10 секунд (інша половина таблиці закривається), а далі прохають відшукати їх серед фігур, що зображені на ьішій половині таблиці. В нормі досліджувані запам'ятовують не мень ніж 5-6 фігур. Таким же чином проводиться дослідження на запам'ятовування зображень фруктів чи інших предметів на відповідних таблицях.

IV. Дослідження уваги

1)Послідовне і ускладнене віднімання чисел, перечислювання місяців і днів. Пропонують послідовно усно віднімати від 100 непарне число, зазвичай 17 або 7, більш легким завданням є - 13 або 3. Оцінюючи результати дослідження, відмічають похибки в одиницях (розлади комбінаторики) і похибки в десятках (порушення уваги). Пропонують порахувати цифри, перерахувати місяці і дні неділі у прямому і зворотньому порядку, пропускаючи кожную другу і четверту цифри, або назви.

2) Відшукування чисел. Використовуються таблиці Шульте, за допомогою котрих досліджують темп і об'єм уваги. Зазвичай використовується п'ять різних таблиць на яких безладно в клітинках нанесені числа від 1 до 25. Необхідні секундомір і указка. Пропонується вілшукати на таблиці, при цьому вказуючи указкою, числа у напрямку їх зростання від 1 до 25. Експериментатор відслідковує правильність дій досліджуваного і помічає час за секундоміром. Нормальний результат складає від 30 до 50 секунд (в середньому 40-42 сек.) на талицю, тоді як, приміром, при вираженому атеросклерозі головного мозку на одну табилцю затрачується до 2-3 хвилин.

3) Коректурна проба і рахунок за Крепеліном. Досліджуються стійкість, здатність до концентрації, виснажуваність і переключування уваги. Здійснюється за допомогою спеціальних бланків з рядками літер чи стовбчиків цифр. Треба або zakresлювати одну чи дві певних літери за вибором дослідника, або на швидкість додавати цифри у стовбчик, записуючи знизу стовбчика суму. Кожні 30 чи 40 секунд роблять помітку у

тому місці таблиці, де зараз працює досліджуваний. Також фіксується час, затрачений на всю операцію. Враховується кількість помилок у одиницю часу, темп виконання завдання, розподіл похибок протягом часу виконання тесту. Вплив тренування на виконання цього теста незначний. Його можна застосовувати повторно, використовувати для оцінки змін стану під впливом ліків.

V. Дослідження інтелекту.

Досліджуючи інтелект, слід пам'ятати, що рівень його залежить від стану досліджених зумовлюючих функцій, котрі складають: точність сприйняття, увага, пам'ять, моторика, пізнавальна активність.

1) Встановлення відповідності наявного запасу знань і освіти, відповідності їх життєвому досвідові, характерові трудової діяльності. Для цього пропонують ряд питань, котрі обов'язково повинні бути співвіднесені із освітою і можливим рівнем розвитку інтелекту. Якщо цього не врахувати, то наступний контакт із хворим може бути порушеним, особливо у випадках, коли хворого із вищою освітою почати запитувати елементарні відомості, або, у разі відсутності у хворого відповідної підготовки, йому будуть запропоновані надто складні питання. Питання мають містити в собі можливість виявити ступінь орієнтації і поведінки хворого у звичайних життєвих ситуаціях (як хворий діяв би на випадок пожежі, заблудившись у лісі, здійснюючи покупку на ярмаркові, тощо). Надалі відповідно до наявного розумового вантажу застосовуються відповідні завдання для перевірки можливостей аналізу і синтезу.

2) Складання картинок із відрізків. Пропонують у зростаючій складності співставити 6 малюнків, розрізаних на частини. Перші три малюнка розрізані на 4, а інші - на більшу кількість частин. Перший і четвертий малюнки однакові, але розрізані по-різному. Для повторного дослідження потрібно мати кілька аналогічних комплектів. Відрізки малюнка даються досліджуваному без певного порядку, перевернутими і повинні залишатися без цілого зразка. Враховуються не тільки час,

витрачений на виконання роботи і кінцевий результат, але й обов'язково особливості власне виконання завдання. Вірне виконання задачі протребує спочатку аналізу наданого матеріалу, а надалі - послідовного планомірного зіставлення малюнка. Суттєву роль при цьому грає виділення опорних сигнальних деталей малюнка. При інтелектуальній недостатці такий аналіз відсутній і хворі намагаються співставити малюнок, притуляючи безладно один відрізок до іншого методом спроб і помилок, що свідчить про відсутність у хворого певного плану. Може бути порушеним критичне мислення, коли неправильно співставлені відрізки піддослідний залишає на місці.

3) Розуміння розповідей. Результати свідчать про осмислення сюжету розповіді і про стан пам'яті хворого. Підбираються спеціальні розповіді, найчастіше повчального характеру, за типом приказок. При викладенні хворим розповіді звертають увагу на характер викладу (словарний запас, темп мови, структура фраз, лаконічність чи навпаки надмірна деталізація). Суттєве значення має те, наскільки сприймає досліджуваний прихований смисл, чи пов'язує його з навколишньою дійсністю, чи переймається гумористичним боком теми. Розуміння прихованого і переносного смислу при інтелектуальній недостатності буває відсутнім, незважаючи на дуже близький до тексту переказ. Певні перекази допомагають виявити резонерство та інші патологічні судження. Для цього заздалегідь слід приготувати тексти різного ступеня складності.

4) Проба Ебінгауза являє собою текст із пропущеними словами. Читачу цей текст, досліджуваний має вставити випущені слова, згідно до викладуваного тексту і зазвичай ознайомившись із наступними фразами. При цьому може бути виявлене порушення критичності мислення, коли досліджуваний включає довільні слова, інколи за асоціацією з попередніми, а брутальні похибки не коригує інколи навіть після зауваження куратора.

5) Тест на виключення понять (вивчення рівня узагальнення, відволікання, здатності до виділення значущі ознаки предметів і явищ).

6) Розуміння переносного смислу прислів'їв і метафор.

7) Картинки і тексти із недоладностями. Розуміння гумору дає дуже тонке відображення здатності до абстрагування і критичного осмислення дійсності. Досліджується аналітико-синтетична діяльність сигнальних систем, що характеризується досить тонким аналізом комплексного подразника (розрізнення усіх деталей на картинках з "дивацькими" деталями) і наявністю усіх часових зв'язків, що відображують закономірні відносини між предметами і явищами. На основі цих зв'язків і виникає новий часовий зв'язок судження щодо відповідності чи невідповідності до дійсності.

8) Тест Равена, або методика прогресивних матриць. Ґрунтується на здібності заповняти відсутні деталі на зображенні. Методика складається із 60 графічних малюнків, розподілених на 5 серій по зростаючій складності; задачі вирішуються у напрямках як всередині серії, так і від серії до серії. Досліджується аналітико-синтетична діяльність головного мозку, ступінь концентрації подразнювального процесу у зоровому аналізаторі, причому більшу значущість тут мають орієнтовні окорухові реакції, за рахунок яких відбувається порівняння і вибір. У даному випадку важливу роль відіграє 2 сигнальна система, котра працює у напрямку розуміння досліджуваним поставленої перед ним задачі, а потім - у виконанні логічних операцій, що дозволили б установити принцип, за яким збудована чергова задача.

9) Рішення математичних задач із застосуванням таблиці множення, розпитування за тими розділами шкільних наук, що ґрунтуються на абстрактних категоріях мислення (математики, геометрії, фізики, хімії). Наприклад: 10 олівців коштує 70 копійок. Скільки коштує 3 олівця? Яка хімічна формула води? Сірчаної кислоти? Як виміряти площину підлоги? Що є більшим - радіус чи діаметр?, - тощо.

VI. Дослідження емоцій.

1) Дослідження самооцінки по Дембо-Рубінштейн. На прямій, сим-

волізуючій певну якість усіх людей (здоров'я, розум, характер, щастя і т.п.) пропонується точкою визначити своє місце і дати на словах пояснення; при цьому фіксується рівень самооцінки, пояснення і особливості емоційних реакцій.

- 2) **Тест кольорових виборів Люшера.** Для його здійснення повинен бути набір із 8 різнокольорових карток, які досліджуваний двічі повинен почергово вишикувати у напрямку від найбільш приємного йому кольору до найбільш неприємного. Вибираючи чи відказуючись від певного кольору, хворий проєкує на них свої підсвідомі настрої, потяги і проблеми, котрі таким чином піддаються наступній інтерпретації.
- 3) **Мовний експеримент з використанням слів-подразників, сповнених емоційного значення.** У спрощеному варіанті виділяється низка слів, що мають для хворого особливий емоційно насичений смисл. Прохають вимовляти слова, що приходять на розум у відповідь на слова-подразники. При цьому розпитують значення слова-асоціації, проводячи психотерапевтичну корекцію зрушень, якщо вони знаходяться у межах невротичного регістру.
- 4) Існує декілька непрямих методів вивчення емоційної діяльності: **асоціативний експеримент, тести Розенцвейга, метод Роршаха, дослідження рівня тривожності за опитувальником Спілбергера, методика САН** (опитувальник щодо самопочуття, активності, настрою).

VII. Дослідження рухо-вольової сфери.

У клініці при дослідженні рухового компоненту ефektorно-вольової сфери звертають увагу на вираз обличчя, позу, положення в ліжку, характер рухів (скупі, повільні, розмашисті, швидкі), інтонацію голосу, швидкість зворотніх реакцій на питання, що задаються. Звертають увагу на здатність виконувати певні дії з предметами (запалити сірник, показати як користуватися ключем, розкрити і закрити портфель, забити цвях).

Визначаючи психопатологічний діагноз, лікар прагне в'яснити: чи може хворий виконувати безоб'єктивні дії (стрибати, свистіти) і аутокінетичні рухи (сжати кулак, висунути язик) чи може він повторити запропоновані йому рухи. Використовують завдання із альбому патопсихологічних досліджень, що стосуються вивчення комбінаторики, навиків, конструктивних дій. Сюди входять: а) складання із букв осмислених слів; б) заповнення пропущених літер у словах; в) складування картинок із відрізків; г) складування із картинок-квадратів орнаментів за зразком; д) методика прогресивних матриць Равена, е) завдання написати фразу чи переписати текст, тощо. Оцінюється швидкість і правильність виконання завдання. Звертають увагу і на залежність успішного виконання дії від складності запропонованого завдання. З тестових методик використовують тест самооцінки Дембо- Рубінштейн. Проби дозволяють судити не тільки про цілісність практичних навичок, але й про інтелектуальний стан хворого. Може спостерігатися дискоординація рухів при судинних ураженнях, парaprаксії і розпад навичок при атрофічних захворюваннях мозку, і т. д.

Враховують бажання хворого співпрацювати з медперсоналом для прискорення свого одужання, чи охоче виконує інструкції та призначення лікаря, активність хворого у відділенні, ступінь залучення до трудових процесів, адекватність зворотніх реакцій під час бесіди, поведінка, соціокультурні інтереси, захоплення, прагнення, плани, методи досягнення мети. Визначається характер потреб, цілей, мотивацій діяльності досліджуваного. Враховується здатність до зосередження у процесі досягнення мети, вегетативні реакції на емоційно значимі подразники, зауваження, реакція на незгоду по суб'єктивно важливим питанням.

Ряд вольових порушень, наприклад сексуальні перверзії, цілком зрозуміти, виявити та вивчити непросто, що затруднює і відповідну експертно-діагностичну оцінку.

VIII. Дослідження особистості, темпераменту, характеру.

1) Існуючі опитувальники для дослідження особистості, що базуються

на оцінці і самооцінці певної низки якості досліджуваного (**ММРІ, опитувальники Кеттелла, Айзенка, ПДО** та ін.), представляють собою стандартизовану анкету розмірами від 54 до 565 речень, із котрими досліджуваний може погодитися чи не погодитися. Усі питання формулюють так, щоб, відповідаючи на них, досліджуваний повідомляв кураторові про своє самопочуття, про типові форми поведінки за різних обставин, оцінював свою особистість із різних поглядів, висвітлюючи особливості своїх взаємовідносин з оточуючими, і т.ін. За браком часу, який зазвичай перешкоджає здійснити хворому дослідження за допомогою опитувальника, при написанні історії хвороби більш доцільно при змалюванні особливостей характеру висвітлювати наслідки безпосередньої діагностичної бесіди і спостереження за хворим.

2) Проективні методи. Досліджуваний усвідомлено чи не-усвідомлено виконуючи ці тести проєкує на зовнішні об'єкти свої думки, почуття, домінуючі потреби (**тест Рершаха, тест закінчення незакінчених речень, ТАТ, психодрама, тести малюнків людини, дома, неіснуючої тварини, тест Люшера, фрустраційний тест Розенцвейга** та ін.).

Лабораторні дослідження

Метою застосування діагностичних лабораторних досліджень в психіатрії є оцінка соматичного стану хворих на різних етапах лікувально-діагностичного процесу з одного боку, а з іншого – виявлення соматичної патології, зумовленої психозами.

Загальні аналізи крові та сечі застосовують зокрема для діагностування інфекційних чи інших захворювань, оскільки психічно хворі рідше скаржаться на погіршення загального стану.

Крім того, для фебрільної форми шизофренії характерними є підвищення відносної щільності сечі, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, токсична зернистість нейтрофілів. При хронічному шизофренічному процесі нерідко спостерігається лімфоцитоз.

Білок і глюкоза в сечі, лейкоцитарна реакція крові характерні для хворих на епілепсію відразу після нападу.

Відомо, що прийом деяких психотропних засобів може ускладнюватись порушеннями з боку органів кровотворення та нирок (застосування клозапіну та меліпраміну може супроводжуватись розвитком агранулоцитозу; тривале лікування галоперидолом може спричиняти лімфоцитоз).

Необхідність динамічного контролю за станом функції нирок потрібна також для своєчасного виявлення їх ураження зі стертим перебігом, тому що така патологія може бути протипоказанням для лікування психотропними засобами та інсуліном.

Дослідження біохімічних показників крові та сечі в психіатричній практиці застосовується нерідко. Визначення вмісту глюкози в крові є доречним для виявлення інтоксикації канабінолами (гіпоглікемія), під час інсулінової терапії з приводу психозів т. ін. Визначення протромбінового індексу доречне при тривалому лікуванні аміназіном, оскільки існує ризик розвитку тромбоемболічної хвороби.

Лікування афективних психозів препаратами літію потребує регулярного дослідження його вмісту в крові (раз на місяць, а потім – раз на 2-3 місяці). В нормі його концентрація складає 0,6-1,2 мекв/л.

Вивчення спинномозкової рідини призначають при підозрі на органічні захворювання мозку. Спинно-мозкову пункцію проводять лише за згодою хворого, або його рідних (якщо хворий знаходиться у безсвідомому стані чи страждає на тяжкий психічний розлад). Люмбальну пункцію виконує лікар спеціальною голкою з мандреном, яку вводять у кінцеву цистерну спинного мозку між III і IV або IV і V поперековими хребцями в положенні хворого сидячи або лежачи. Для аналізу беруть 4-8 мл ліквору. Швидкість виділення рідини свідчить про рівень внутрішньочерепного тиску. Наявність крові в лікворі може бути наслідком ушкодження дрібних судин під час проколу, а рівномірне червоне забарвлення спинномозкової рідини характерне для

арахноїдальних та мозкових крововиливів. 2-3 години після пункції пацієнт повинен дотримуватись ліжкового режиму.

Вміст клітинних елементів в нормі складає 3-5 клітин в 1 мкл рідини. Їх збільшення (цитоз) наростає при гострому гнійному менінгіті, енцефаліті, пухлинах мозку. Вміст білка в нормі складає 0,15-0,3 г/л. Він збільшується при запальних процесах та пухлинах. При розвитку останніх характерною є „білково-клітинна дисоціація”, коли рівень білка зростає в десятки разів, в той час як цитоз збільшується незначно.

Інформативними при церебральній органічній патології є осадкові білкові реакції – Нонне-Апельта, Панді, Ланге т. ін., які стають позитивними. Для діагностики сифілітичного ураження мозку ставлять серологічні реакції з ліквором (Вассермана, Кана, Закса-Вітебського т. ін.).

Імунологічні дослідження. Комплексне імунологічне дослідження включає вивчення чинників неспецифічної реактивності організму: гетерофільних гемолізінів, гемаглютининів, системи комплементу, рівня неспецифічних імуноглобулінів; аутоантигенів і аутоантитіл до мозкових антигенів у крові хворих, показників нейроалергічних реакцій.

Порушення функціонування імунної системи вказують на доцільність патогенетично обгрунтованої психоімунореабілітації хворих.

Нейрофізіологічні дослідження

До означених методів відносять електроенцефалографію (ЕЕГ), реоенцефалографію (РЕГ) і ехо-енцефалографію (Ехо-ЕЕГ).

Електроенцефалографія (ЕЕГ) є записом біострумів клітин мозку, для їх реєстрації використовують підсилювачі. Найінформативнішим цей метод є для діагностики епілепсії (як судомних проявів так і епілептичних психозів). Типовими ознаками на ЕЕГ при згаданій патології є гострі хвилі, комплекси „пік-хвиля” т. ін. Деколи ці прояви реєструються у пацієнтів без клінічних ознак епілепсії („прихована епілепсія”). Використовують також спеціальні проби, наприклад гіпервентиляцію, для провокації згаданих ЕЕГ-ознак у хворих, що їх не мають в періоди між нападами.

Дифузні зміни на ЕЕГ, інколи з переважанням в певних ділянках обох чи однієї півкулі, спостерігаються при органічних ураженнях головного мозку, а скорочення фази повільних дельта-хвиль характерне для ендогенних депресій, що потребує для виявлення багатогодинної нічної реєстрації.

Реоенцефалографія (РЕГ) – реєстрація кровопостачання мозку шляхом вимірювання коливань електричного опору тканин голови. Крива РЕГ синхронна з пульсом. Метод дослідження дозволяє розпізнати пошкодження судин головного мозку. В нормі вершини хвиль РЕГ гострі та аркоподібні, а при церебральному атеросклерозі стають згладженими.

Ехо-енцефалографія (Ехо-ЕЕГ) ґрунтується на принципі ехолокації. Цей метод використовують переважно для уточнення зв'язку психічного розладу з осередковим ураженням головного мозку (пухлина, гематома). При наявності об'ємного процесу головного мозку виявляють латеральне зміщення серединних структур мозку в здоровий бік. Зворотня картина, тобто зміщення серединних структур в бік патологічного утворення, спостерігається при великому атрофічному процесі в півкулі.

Нейрорентгенологічні дослідження

Краніографія є рентгенографією кісток черепа, що дає можливість за непрямими ознаками зробити висновок про наявність органічного ураження мозку. Ознаками тривалого підвищення внутрішньочерепного тиску, наприклад, є посилення пальцеподібних втиснень, а внаслідок черепномозкових травм виникають ділянки надмірного звапнення.

Ангіографія судин мозку дозволяє виявити пошкодження мозкових судин чи локальні ушкодження мозку при об'ємному процесі.

Пневмоенцефалографія (ПЕГ) – варіант рентгенографії мозку, що виконується після заміни частини спинномозкового ліквору повітрям або киснем, які заповнюють шлуночки мозку та субарахноїдальний простір. Це дозволяє виявити спайки мозкових оболонок, пухлини, атрофічні зміни.

Комп'ютерна томографія голови дозволяє отримати пошарові рентгенологічні знімки тканин мозку, які після комп'ютерного аналізу утворюють на спеціальному екрані об'ємне зображення. Це дозволяє локалізувати найменші осередки ураження (пухлини, атрофічні процеси, абсцеси тощо).

Позитронно-емісійна томографія полягає у комп'ютерному аналізі розбіжностей розщеплення радіонуклідів, якими мітять глюкозу, нейромедіатори т. ін. препарати, що вводять досліджуваному. Метод дозволяє оцінити локальні зміни на найдрібнішому рівні (метаболічні процеси, нейрорецепторна діяльність, мікроциркуляція т. ін.).

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

1. Особливості курації хворих у психіатричному стаціонарі.
2. Основні принципи ведення бесіди з психічно хворими.
3. Етапи діагностичного процесу.
4. Збір об'єктивного та суб'єктивного анамнезу у психічно хворих.
5. Послідовність описання психічних сфер.
6. Основні принципи експериментально-психологічного обстеження.
7. Методи дослідження сфери сприйняття.
8. Методи дослідження сфери мислення.
9. Методи дослідження пам'яті.
10. Методи дослідження уваги та інтелекту.
11. Методи дослідження емоційної сфери.
12. Методи дослідження ефекторно-вольової сфери.
13. Методи дослідження особистості, характеру, темпераменту.
14. Лабораторні дослідження в психіатрії.
15. Нейрофізіологічні та нейрорентгенологічні дослідження в психіатрії.

Глава 4

КЛАСИФІКАЦІЯ І ТИПИ ПЕРЕБІГУ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Клінічні ознаки психічних розладів різноманітні. За допомогою класифікації теоретики й практики психіатрії намагаються забезпечити планування адекватного лікування та прогнозування перебігу хвороби. Не

заперечуючи потреби кожного хворого в індивідуалізації лікувально-профілактичного підходу, слід вказати, що зарахування його хворобливого стану до тієї чи іншої класифікаційної рубрики є доцільним з огляду на потребу в плануванні медичної, психологічної та соціальної допомоги. Це має допомогти досягти взаєморозуміння між лікарями під час обговорення природи страждань пацієнтів, порівняти результати клінічних досліджень, забезпечити гарантований рівень медичної допомоги. Крім того, порівняння результатів спостережень кожного лікаря з критеріями класифікаційних категорій дисциплінує його клінічне мислення та сприяє професійному зростанню.

В історичному аспекті можна виділити кілька етапів становлення та удосконалення класифікацій психічних захворювань. На першому етапі оригінальні класифікації було розроблено всесвітньо відомими вченими-психіатрами. Вони з'явилися у XIX – на початку XX століття. У цей період найбільший внесок у формування поглядів на систематику психічних розладів зробили: Е.Крепелін, М.Блейлер, А.Мейєр. Серед вітчизняних вчених це були С.С. Корсаков, П.О. Бутковський, В.П. Осипов, В.А. Гіляровський та ін. Згодом професійні об'єднання психіатрів деяких країн створили національні класифікації. Так, загальносвітове визнання дістала систематика Американської психіатричної асоціації, яку вперше було опубліковано в 1952 році. Потім її неодноразово переробляли. В сучасному вигляді існує як „Довідник з діагностики та статистики психічних розладів” – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Готують наступний варіант цієї систематики. Зазначені вище напрацювання дали можливість об'єднати зусилля психіатрів різних країн, і з метою розширення та полегшення співпраці до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ) в міжнародних масштабах було введено розділ про психічні розлади – The ICD classification of mental and behavioral disorders. Він розробляється й регулярно поновлюється Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

В останньому, десятому, варіанті цієї класифікації (МКХ-10) враховано пропозиції наукових працівників та клініцистів з майже 40 країн світу (110 інститутів). В Україні до практичного використання її офіційно прийнято в 1998 році. Нині працюють над МКХ-11.

У цих систематиках вміщено такі головні категорії класифікації:

- **розумова відсталість** – постійне з самого дитинства недорозвинення психічної і, передусім, інтелектуальної функції.

- **розлади особистості** – аномальна поведінка, що проявляється постійно з самого дитинства.

- **психічний розлад** – аномальна поведінка або хворобливе психічне переживання, котрі виникають після періоду нормального функціонування.

- **адаптаційні розлади** – виражені меншою мірою, ніж у попередній категорії хворих, розлади, зумовлені стресогенними ситуаціями.

- **інші розлади** – що їх не можна зарахувати до попередньої категорії (наркотична залежність, аномалії щодо сексуальної переваги, вживання їжі, порушення сну тощо).

- **порушення розвитку** – постійні порушення мови, зорово-просторових навичок, рухової координації та інших функцій, що починаються в дитинстві і пов'язані з біологічною незрілістю ЦНС.

- **інші розлади, специфічні для дитячого та підліткового віку** – властиві даному періоду життя розлади уваги, активності, поведінки, емоцій, соціального функціонування, рухів, харчування, мови, нервовий тик, енурез, енкопрез.

Розділ нозологічної психіатрії у пропонованому підручнику складається відповідно до традиційної вітчизняної клініко-нозологічної систематики. Вона включає такі основні форми психічних розладів:

- інфекційні;
- психічні порушення при черепно-мозкових травмах;
- алкоголізм, наркоманії та токсикоманії;
- епілепсія;

- шизофренія;
- афективні психози;
- психічні порушення при соматичних захворюваннях;
- психогенії (реактивні стани, неврози);
- пресенільні та сенільні;
- олігофренії та затримка розвитку;
- психопатії (розлади особистості) та акцентуації особистості.

Згідно з традиційною систематикою у діагнозі враховують нозологічну належність, основний та додаткові психопатологічні синдроми, клінічну форму та види перебігу хвороби. Це дозволяє призначити адекватне лікування та соціальні заходи.

Заключний діагноз передбачає багатоосьове шифрування відповідно до п'ятої (F) глави – „Психічні та поведінкові розлади” – „Міжнародної класифікації хвороб”. Залежно від цього виділяють такі категорії МКХ-10:

- F0 – органічні, включаючи й симптоматичні, психічні розлади;
- F1 – психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин;
- F2 – шизофренія, шизотипові та маячні розлади;
- F3 – афективні розлади настрою;
- F4 – невротичні, що пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади;
- F5 – поведінкові та емоційні розлади, що пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними чинниками;
- F6 – розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих;
- F7 – розумова відсталість;
- F8 – порушення психічного розвитку;
- F9 – поведінкові та емоційні розлади, що починаються в дитячому та підлітковому віці.

У МКХ-10 багато запозичень з DSM, зокрема стосовно концепції систематизації та структури. В процесі розробки DSM-IV чимало основних

категорій було взято з МКХ-10. В обох класифікаціях дається схожий опис груп синдромів, форм, варіантів психічних розладів.

У DSM-IV наведено такі основні категорії:

- розлади малюкового, дитячого та підліткового віку;
- делірій, деменція, зумовлені соматичними або неврологічними захворюваннями, що раніше не були класифіковані;
- розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин;
- шизофренія та інші психотичні розлади;
- розлади настрою;
- тривожні стани;
- соматоформні розлади;
- імітовані розлади;
- дисоційований розлад;
- сексуальні дисфункції та розлади статевої ідентифікації;
- розлади харчової поведінки;
- розлади сну;
- розлади імпульсивного контролю, що раніше не були класифіковані;
- розлади адаптації;
- розлади особистості;
- інші стани, що можуть мати клінічні симптоми.

Розглянуті класифікації містять низку загальних категорій. А саме: виділення вікових розбіжностей, органічних психічних розладів, тих, що пов'язані із вживанням психоактивних речовин, розладів настрою тощо.

На практиці лікар починає класифікацію виявленого психічного розладу з узагальнення симптомів хвороби, повідомлених пацієнтом або іншими особами, та ознак, виявлених під час безпосереднього дослідження психічного стану хворого. Після чого робить першу спробу порівняти узагальнені вже взаємозв'язані симптоми з наведеними в класифікації психопатологічними синдромами. При цьому більшість синдромів

відхиляють на підставі того, що для конкретного хворого вони не є дискримінуючими (тобто такими, котрі спостерігаються при певному синдромі, але рідко – при іншому). Вибрати провідний синдром і зарахувати його до певної діагностичної категорії допомагає розгляд первинно відібраних симптомів у поперечному та поздовжньому розрізах. Поперечний розріз становить собою аналіз динаміки симптомів за останні кілька тижнів. Наприклад, швидка (за кілька діб) редукція нещодавно виниклої маячної симптоматики характерна для реактивних психозів. При лонгітудіальному аналізі увагу звертають на походження розладу, порівняльно-вікові розбіжності серед різних діагностичних категорій, тривалий перебіг хвороби. Так, безпосередній чіткий зв'язок появи симптомів з психотравмуючою ситуацією теж підтвердить думку про реактивний стан. У той час як поява маячні на тлі тривалого вживання алкогольних напоїв, хронічний торпідний перебіг, навіть у разі загострення під час психотравмуючих ситуацій за однієї й тієї самої фабули маячних ідей, переважить у бік категорії „алкогольний психоз”. Останнє судження підтвердять наявність алкогольної деградації особистості (поперечний розріз) та алкогольні психотичні епізоди в минулому.

Правильній побудові логічних операцій у процесі верифікації наявних у хворого психічних розладів сприяє практичне використання так званих принципів відповідності. Згідно з ними під час проведення діагностики великого значення слід надавати співвідношенню: 1) між об'єктивним станом хворого і анамнезом, тривалістю хвороби, особливостями розвитку симптомів; 2) між ознаками, що найбільш типово відбивають суть хвороби, і додатковими її проявами; 3) між клінічними психопатологічними, соматоневрологічними та лабораторними особливостями; 4) між психопатологічними синдромами і типом перебігу психічної хвороби.

Основні типи перебігу психічних хвороб

1. Прогредієнтний, процесуальний: поступове поглиблення психопатології з формуванням дефекту особистості. За таким типом перебігають шизофренія, епілепсія, алкоголізм, хвороби Піка, Альцгеймера т. ін.
2. Фазовий або циркулярний, інтермітуючий: закономірне виникнення нападів або фаз хворобливого стану, у проміжок між якими людина відносно здорова. Наприклад, маніакально-депресивний чи біполярний психоз, інколи – шизофренія т. ін.
3. Реактивний: виникнення розладу безпосередньо пов'язане з дією психотравмуючих життєвих обставин. У клініці хвороби відбиваються психотравмуючі обставини. Ознаки психічного розладу редукують після нормалізації ситуації, що травмує психіку (тріада Ясперса), - реактивні стани або реактивні психогенні психози.
4. Розвиток: поступове наростання психопатологічної симптоматики (без формування дефекту особистості). За несприятливого поєднання обставин, що сприяють розвитку хвороби, може бути соціальна дезадаптація – невротичні, психопатичні розлади.
5. Епізод: розлад психіки, спровокований певним патологічним чинником, який раптово почав діяти. Хворобливий стан не набуває систематизованого характеру, а є лише окремим епізодом у житті людини. Наприклад, печінкова або гіпоглікемічна кома тощо.

Глава 5

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМАХ

Черепно-мозкова травма є лише початком складної за своїми клінічними проявами, перебігом та підсумками хвороби. Властиві їй неврологічні розлади вивчають невропатологи, а психічні - психіатри.

Ця патологія завжди знаходилась у центрі уваги хірургів, невропатологів та психіатрів, адже вона і на сьогодні продовжує займати значне місце в структурі статистики травм мирного часу. На її долю припадає у середньому 36-40% усіх випадків травматизму. У мирний час найбільш частою причиною черепно-мозкових травм є транспортна травма (близько половини всіх випадків), за нею йде побутова і, рідше всього – виробнича.

Отримані внаслідок ЧМТ пошкодження являють собою досить тяжкий вид травм, адже вони дають значний відсоток летальності (10-12) і залишають після себе ряд наслідків, важливе місце серед яких посідають психічні розлади, що у підсумку призводять до інвалідності (19%) або зниження працездатності (47%).

ІСТОРИЧНІ ДАНІ.

Поняття про струс мозку (комоцію) було введене в медицину французьким ученим Littre у 1705 році. Згодом, у 1773 році, інший французький дослідник Petit поділив черепно-мозкові травми на комоції, компресії та контузії. Великий внесок у вивчення травматизму, у тому числі черепно-мозкового, зробив М.І.Пірогов, який почав використовувати поняття про відкриті та закриті ЧМТ і в характеристиці останніх багато уваги надавав вивченню повітряної травми.

Етіопатогенез.

Початковим моментом всіх патофізіологічних процесів, що розвиваються при черепно-мозковій травмі є, безперечно, дія механічного чиннику. Загальний струс мозку і удар його стовбуру та основи об кістки черепа викликає порушення гемо- та ліквородинаміки. Сила механічного поштовху приводить у рух черепно-мозкову рідину, яка спрямовується з бокових у III та IV шлуночки, подразнюючи центри закладені у їх стінках.

У шлуночках мозку та субарахноїдальному просторі розвивається гіпертензія (хоча у 20% випадків можлива гіпотензія), що супроводжується виникненням грубих порушень з боку регулюючих центрів гіпоталамусу.

Патогенез розладів (у тому числі і психозів), що виникають у початковому та гострому періодах черепно-мозкової травми пов'язаний у першу чергу з незапальним дифузним чи локальним набряком мозку. Фактори розвитку набряку різноманітні, і головний з них полягає у підвищенні проникності капілярів мозку. Після початкового рефлекторного спазму мозкових артеріол та капілярів у подальшому відбувається їх дилатація і, відповідно, уповільнення кровотоку з виходом плазми за межі судинного русла. Наростаючи протягом першого тижня після травми, набряк ускладнюється явищами мозкової гіпоксії та ацидозу.

Все це при комоції доповнюється дрібними крововиливами, а при контузії прямою деструкцією частини речовини мозку і більш масивними крововиливами, які можуть мати відсрочений характер і схильні до рецидивів. На віддаленому етапі можлива організація колишніх некротизованих ділянок з утворенням кіст чи рубців, які подразнюючи сусідні області мозкової речовини можуть викликати судомні напади та інші пароксизми.

У світлі досліджень павловської школи, при ушкодженні головного мозку, початкова дифузна реакція ЦНС являє собою у легких випадках замежне захисне гальмування клітин кори (обнубіляція), яке при тяжких ураженнях охоплює також підкіркові утворення з тимчасовим виключенням складних безумовних рефлексів (сопор, кома).

Характер і частота травматичних психічних розладів залежить не лише від тяжкості самої травми, але і від її особливостей, умов, в яких вона була отримана та від преморбідного функціонального стану ЦНС постраждалого.

КЛАСИФІКАЦІЯ.

Черепно-мозкові травми поділяються на закриті і відкриті.

При *закритих травмах* не порушена цілісність м'яких покривів і збережена замкнутість внутрішньочерепної порожнини.

Відкриті травми (поранення) черепа бувають непроникаючими і проникаючими. При перших втрачається цілісність лише м'яких покривів та кісток черепа, другі ж супроводжуються також ушкодженням твердої мозкової оболонки, а у ряді випадків і речовини мозку.

Існуюча на сьогодні класифікація закритих травм головного мозку ґрунтується на відмінностях у характері травматичного ушкодження і патогенетичних механізмах. Виходячи з цього, виокремлюють:

Комоції - струси мозку, при яких спостерігаються дифузні, як правило, функціональні розлади збоку стовбуру і основи мозку внаслідок удару об кісткову основу черепа. Комоції завжди супроводжуються втратою свідомості (нокаут, нокдаун).

Контузії – забиття мозку з переважно локальними органічними ураженнями конвексимальної ділянки кори.

Компресії - стиснення мозку.

Баротравми - травми під дією вибухової хвилі.

Окремо виділяють також ***пологову травму***.

У клінічному перебігу травматичних психічних розладів умовно виокремлюють три періоди:

- 1. Початковий період.***
- 2. Гострий період.***
- 3. Період віддалених наслідків.***

Психічні розлади при церебральних травмах.

I. Безпосередні прояви травми: оглушеність, кома.

II. Гострі травматичні психічні розлади.

1. Непсихотичні форми:

а) астено-невротичний синдром:

- астено-абулічний,
- астено-депресивний,
- астено-іпохондричний.

б) сурдомутизм;

в) епілептиформний (судомний) синдром.

2. Гострі травматичні психози:

а) травматичний делірій;

б) сутінковий стан свідомості;

в) Корсаковський (амнестичний) синдром;

III. Стійкі травматичні розлади:

1. Травматична церебрастенія;

2. Посттравматичний психопатоподібний розвиток особистості.

3. Травматична енцефалопатія;

4. Травматична епілепсія;

5. Травматичний паркінсонізм;

6. Травматичне слабоумство;

IV. Пізні травматичні психози:

1. Сутінкові стани свідомості, деліріозний синдром;

2. Депресивний та маніакальний синдроми;

3. Галюцінаторно-параноїдний (шизофреноподібний) синдром.

КЛІНІЧНА КАРТИНА.

Особливості нервово-психічних порушень при травмах черепа залежать від характеру ураження, інтенсивності та локалізації травми, від фактору часу і можливих ускладнень.

У зв'язку з багатоманітністю факторів, що визначають клінічну картину при травмах черепа, їх симптоматика також є надзвичайно різноманітною і включає психічні, рухові, сенсорні, вегетативно-вазомоторні та вестибулярні симптоми та синдроми, локальні ознаки ураження, а також загальноцеребральні реакції.

Сомато-неврологічні розлади при черепно-мозковій травмі:

а) *загально мозкові симптоми* - головний біль, нудота, блювота, запаморочення;

б) *підвищення внутрішньочерепного тиску* - застійні явища на очному дні, посилення малюнку пальцевих відтисків на рентгенограмі черепа, болісність при рухах очних яблук в бік або натисненні на них, лікворні зміни (гіпер- і гіпотензія, зміни вмісту білка та формених елементів);

в) *вестибулярні розлади* - запаморочення і нудота при мерехтінні предметів перед очима, при читанні, *окулостатичний феномен Гуревича* (нестійкість у позі Ромберга при акті конвергенції очних яблук);

г) *розлади вегетативної інервації* – дифузний дермографізм, гіпергідроз при психічному перенапруженні, лабільність судинних реакцій і пульсу;

д) *неврологічні симптоми*, що вказують на органічне ураження ЦНС.

Психічні розлади, що виникають після черепно-мозкового ураження, можна розділити згідно трьох періодів перебігу хвороби.

У початковому і гострому періодах неврологічні та психічні розлади є досить різноманітними.

Не дивлячись на ряд спільних для закритих і відкритих черепно-мозкових травм особливостей, їх клінічні прояви у початковому та гострому періодах необхідно розглядати окремо. Однак у періоді віддалених наслідків (третьій період) відмінності обумовлені механізмом травми нівелюються настільки, що зміни особистості та психічні розлади хворих, які перенесли черепно-мозкову травму, належить диференціювати вже не за механізмом виникнення, а згідно тяжкості ураження.

I. Початковий період черепно-мозкової травми.

Настає безпосередньо після травми і у 94-95% випадків супроводжується миттєвим затьмаренням свідомості інтенсивність якого може коливатись від легкої і нетривалої обнубіляції до глибокої коми.

Переважно у хворих з тяжкою закритою травмою черепа і головного мозку спостерігається тяжкий ступінь оглушення свідомості, який виникає або одразу, або як перехідний етап із сопоу чи коми протягом першої доби.

Глибока втрата свідомості, протрагований перехід до ясної свідомості зі змінами різних ступенів оглушення і тривалим існуванням легких його форм, а також виникнення на цьому тлі станів періодичного збудження зазвичай свідчить про тяжкість травми.

Оглушення свідомості.

Стан *оглушення свідомості легкого ступеню* триває, як правило, 4-5 днів. Після цього у хворих відновлюється орієнтування у часі та просторі. Вони не тільки відповідають на поставлені запитання, але і самі починають цікавитись своїм станом. Вираз обличчя перестає бути маскоподібним, але зберігається деяка гіпомімічність. Акт ковтання відновлюється повністю, покращується апетит, сон триває не більше 9-10 годин на добу. Такі хворі вже на другий день перебування в стаціонарі виходять із стану оглушення, вважають себе здоровими і наполягають на виписці.

При середньому ступені оглушення свідомості хворі дезорієнтовані у часі і просторі, поводять себе апатично, у них помітна маскоподібність обличчя, ковтання порушене, сон триває від 12 до 24 годин на добу. При цьому вони здатні виконувати нескладні інструкції, односкладово відповідати на елементарні питання. Для таких хворих властива послаблена реакція на зовнішні подразники (звук, світло). Відновлення ефективних рухових функцій проходить у них поступово. При неускладненому перебігові через 4-5 днів настає помітне поліпшення і середній ступінь оглушення переходить у легкий.

Тяжкий ступінь оглушення свідомості триває 5-8 днів, а іноді і довше. У перші 4-5 днів після травми клінічна картина не має тенденції до поліпшення і стан хворих переважно залишається стабільним. Такі пацієнти мало доступні контакту, майже не реагують на зовнішні подразники, не відповідають на звернені до них запитання, але після наполегливої вимоги,

наприклад: "підніміть руку!", "відкрийте рот!" вони здатні виконувати елементарні дії. Акт ковтання збережений, але уповільнений, сон триває не менше 18-20 годин на добу. Хворі переважно малорухливі, апатичні, з бідною мімікою, але у багатьох випадках спостерігається психомоторне збудження. Такий стан проявляється прагненням безперервно змінювати становище у ліжку, виконанням чисельних непотрібних і безглузких рухів, активним опором спробам вкласти їх у ліжку, при цьому хворі постійно бурмочуть незрозумілі слова і фрази.

Коматозний і сопорозний стан.

При *сопорі* свідомість повністю виключена, однак хворий здатний з труднощами ковтати, реагує на больові подразники, в той же час не реагуючи на слова. При висуванні кута нижньої щелепи вперед у хворого на обличчі з'являється вираз незадоволення.

У стані *коми* постраждалий лежить нерухомо, колір обличчя блідий або ціанотичний, спостерігається м'язова гіпотонія, відсутня реакція на будь-які подразники. Виражені тяжкі вегетативні розлади: пульс послаблений і уповільнений, зіниці розширені і на світло не реагують, дихання поверхневе. У деяких випадках коми дихання стає частим (35 і більше за хвилину), кликочучим, неритмічним. Зникнення ковтального рефлексу навіть при задовільному пульсі є симптомом поганого прогнозу і вимагає термінового застосування активних та послідовних заходів, як то спино-мозкова пункція, декомпресивна трепанація та ін.

Більше доби хворі у стані коми знаходяться не можуть: або вони гинуть, або цей стан переходить у тяжке оглушення свідомості, що триває 5-6 і більше днів. У 5% випадків, хворі з важкими несумісними з життям ушкодженнями, що знаходились у стані коми, гинуть.

II. Гострий період черепно-мозкової травми.

На фоні відновлення свідомості з'являються різноманітні за симптоматикою та ступенем вираженості нервово-психічні розлади, зокрема

астенія, локальні симптоми органічного ураження, пароксизмальні стани і транзиторні психози.

Непсихотичні форми.

Посттравматична астенія - астено-невротичний (астено-абулічний, астено-депресивний, астено-іпохондричний) синдром є неодмінним проявом гострого періоду. Він має чіткий, а у важких випадках і виражений адинамічний компонент. За умови більш легкого перебігу загальний стан характеризується дратівливістю, незадоволенням, спалахами злості у поєднанні з підвищеною виснажливістю, слабкодухістю і різноманітними соматичними скаргами. Характерно, що чим важчою є астенія, тим менше висловлюється скарг.

В структуру такої астенії входить також минуче зниження інтелекту, послаблення пам'яті і висока виснажуваність активної уваги. Досить постійним розладом є *гіперестезія*, що у ряді випадків супроводжується *гіперпатією*. Засинання у таких хворих порушене, може супроводжуватись напливами образних спогадів. Сон неглибокий, часто з кошмарними сновидіннями.

При комоціях характерні вестибулярні розлади, особливо спонтанне запаморочення при зміні розташування тіла, яке може супроводжуватись нудотою і блювотою. Не менш постійні і вазомоторно-вегетативні розлади, лабільність пульсу з переважанням брадикардії, перепади артеріального тиску, пітливість і акроціаноз, розлади терморегуляції з мерзлякуватістю, дермографізмом, гіперемією обличчя, що посилюється при незначних фізичних навантаженнях. Часто спостерігається гіперсалівація або, навпаки, відмічається сухість у роті.

У ряді випадків травми черепу та мозку супроводжуються розладами пам'яті по астеничному типу. Хворі забувають зміст розмови з лікарем, обсяг запам'ятовування зменшений, відтворення поточних подій, утому числі суб'єктивно важливих, не повне. Іноді вони не можуть пригадати, які події поточного дня передували одна одній. Виникають скарги на важкість

зосередження уваги, в'ялість, головні болі, дратівливість. При цьому впізнавання предметів не порушене і розладів мови, читання, письма та фонематичного слуху не спостерігається.

Нерідко поганий настрій і туга при посттравматичній астенії досягають такої вираженості, що можна говорити про астено-депресивний синдром, який на певному етапі так часто зустрічається в клініці травматичної енцефалопатії. У хворих з травмами головного мозку під впливом життєвих труднощів може погіршуватись перебіг хвороби, виникати депресивні розлади, що супроводжуються суїцидальними тенденціями.

Травматичний сурдомутизм - або глухонімота, переважно спостерігається після баротравм при розривах авіабомб, артилерійських снарядів та мін. При цьому потужний потік імпульсів, що діє на нервову систему при такому сильному звуковому подразненні, призводить до порушення слуху та пригнічення інших органів відчуттів, а також до загального порушення вищої нервової діяльності.

Поряд із втратою слуху та мови у таких хворих спостерігається моторна загальмованість і гіпомімія, яка отримала назву псевдопаркінсонізм. При цьому не порушується орієнтування і розуміння оточуючих подій.

Явища сурдомутизму зникають поступово. Спочатку, якщо не було пошкоджено сам орган слуху, покращується слух. Мова відновлюється, як правило, раптово, часто під дією зовнішніх чинників - прокидання після кошмарного сну, радісної події, сп'яніння та ін. Мутизм може змінюватись затинанням або афонією.

Епілептиформний (судомний) синдром - з числа пароксизмальних станів переважають різні за тривалістю (секунди, хвилини) і симптоматикою, часто парціальні та абортивні, епілептиформні напади. Окрім тонічних та клонічних судом, моторний компонент може проявлятися поліморфними гіперкінезами (хореїформними, атетоїдними, торсіонними) або станами мінучої нерухомості. Частота нападів коливається в широких межах, іноді вони виникають серіями, може розвинути епілептичний статус.

Психосенсорні пароксизми (метаморфопсії, порушення схеми тіла), а також феномени близькі до "уже баченого" чи, навпаки, "ніколи не баченого", поєднуються з пригнічено-тривожним афектом. Можуть спостерігатись явища, які нагадують пролонговані абсанси - повне виключення свідомості на 1-2 хвилини, що супроводжується нерухомістю та амнезією. Короткочасні, тривалістю декілька хвилин чи секунд стани екстазу з відчуттям польоту, швидкого переміщення у просторі та зовнішньою зреченістю від оточуючого можуть бути віднесені або до аури свідомості, або до особливих станів.

Пароксизмальні розлади в гострому періоді черепно-мозкової травми не є свідченням поганого прогнозу, оскільки вони обумовлені явищами гіпертензійно-лікворного синдрому і при відновленні ліквородинаміки зникають.

Травматичні психози гострого періоду.

Травматичний делірій – переважно виникає одразу після виходу хворого із коми, але іноді може з'являтися через декілька тижнів після відновлення свідомості. Початок гострий, на фоні астенії, під впливом провокуючих факторів. Загальна тривалість, як правило, від декількох годин до декількох днів.

Сюжетами зорових галюцинацій стають групи чи натовпи людей, транспорт, рідше крупні тварини. Домінують афекти тривоги і страху, уривчасті маячливі ідеї. Діяльність спрямована на захист, характерні спроби втечі або нападу. Іноді виникають люцидні (світлі) проміжки, які можуть бути настільки тривалими, що справляють на лікаря помилкове враження про завершення психозу. Вихід із деліріозного стану відбувається, як правило, через критичний сон у тяжку травматичну астенію. Спогади про хворобливий період залишаються фрагментарні.

Сутінкові стани свідомості під дією провокуючих факторів можуть виникати досить часто, переважно у вечірні години. Форми проявів:

- 1) різноманітні амбулаторні автоматизми;

2) психомоторне збудження з домінуванням:

а) інкогерентності мислення, яскравих афективно забарвлених галюцинацій, уривчастого маячення і схильності до брутальної агресії;

б) псевдодементно-пуерильних рис;

3) сонливість з нерухомістю наближеною до ступору.

Сутінкові стани завжди супроводжуються патологічним звуженням свідомості і мають тенденцію до рецидивування на протязі гострого періоду.

Корсаковський (амнестичний) синдром.

Найбільш затяжна форма гострого травматичного психозу, тривалість якої може сягати трьох місяців, а іноді і більше. Виникає він переважно як наслідок тяжких травм, що супроводжуються переломами кісток черепа і масивними внутрішньочерепними крововиливами.

Корсаковський синдром з'являється або одразу після зникнення симптомів оглушення, або через декілька днів, приходячи на зміну деліріозному або сутінковому затьмаренню свідомості.

В дебюті Корсаковський синдром може мати тенденцію до ускладнення клінічної картини з появою симптомів зміненої свідомості. Про це свідчать нічні стани спутаності, зокрема деліріозної, чисельні мальовничі, сценopodobні сни, а вдень – симптоми обнубіляції, які особливо помітні на фоні підвищеного настрою.

Такі хворі зберігають здатність розуміти співрозмовника і підтримувати мовний контакт, але при цьому вони не в змозі фіксувати у пам'яті поточні події (імена, теми розмов та ін.), що робить їх надзвичайно пасивними та розгубленими. Амнезії (фіксаційна, ретроградна і, меншою мірою, антероградна) поєднуються з різної інтенсивності конфабуляціями та псевдоремінісценціями, які заповнюють прогалини у пам'яті. Зміст конфабуляцій головним чином залежить від домінуючого афекту - експансивного чи іпохондричного. Характерним є зв'язок між змістом конфабуляцій та подією, яка стала причиною стаціонарування. Іноді чисельні

конфабуляції з'являються без помітних розладів пам'яті, що є ознакою розвитку конфабульозу.

Виражена ретроградна амнезія завжди слугує прогностично достовірною ознакою стійкості порушень. Корсаковський синдром, як і інші гострі психози, якщо не відбувається перехід у відповідну форму травматичної деменції, завершується редукцією симптоматики з виходом у глибоку астенію.

III. Період віддалених наслідків.

Основні клінічні симптоми гострого та початкового періодів через 2-6 тижнів після травми, як правило, або повністю редукуються з відновленням здоров'я, або тільки втрачають інтенсивність та об'єм. Останній варіант розвитку патологічного процесу свідчить про те, що третій період стає періодом віддалених наслідків і розвитку *травматичної хвороби*, основним проявом якої є психоорганічний синдром різного ступеню вираженості.

Віддалені травматичні психічні розлади.

Травматична церебрастенія (псевдоневрастенічний стан) - найбільш розповсюджений психічний розлад у віддаленому періоді ЧМТ. Їй властива тріада хворобливих розладів: астенія, диссомнія та вегетативні порушення.

Власне *астенія*, як наслідок ЧМТ є постійним, свого роду «наскрізним» симптомом, який лише видозмінюється на різних етапах розвитку хвороби. Якщо в гострому періоді часто переважає адинамія, то у періоді віддалених наслідків домінує підвищена дратівливість на фоні стомлюваності, виснаженості, деякого послаблення пам'яті на поточні події, а також погіршення уваги (стійкості, концентрації та здатності до переключення). Вказані порушення супроводжуються, як правило, лабільністю афективних реакцій, які переважно неадекватні силі подразника. Настрій непропорційно підвищується при незначних успіхах і не менш різко падає при найменших неприємностях. Виявляючи нестриманість і низьку толерантність до фрустрації хворі часто вдаються до крику, образ. Але такий вибух

роздратування швидко згасає і змінюється на психічне та фізичне знесилення. Крім того, у таких хворих спостерігається підвищена чутливість як до пропріо- та інтероцептивних, так і до зовнішніх подразників (шум, яскраве світло, різкі запахи та ін.), що проявляється різноманітними неприємними відчуттями з боку шкіри, слизових оболонок, м'язів та внутрішніх органів.

Вегетативні розлади можуть виражатись лабільністю пульсу і артеріального тиску, тахікардією, запамороченнями, головними болями, стійкими спонтанними дермографічними реакціями, загальним та дистальним гіпергідрозом. Стан може різко погіршуватись під дією метеофакторів. Часто виникають вестибулярні розлади: хворі погано переносять подорожі у транспорті. Характерним є виникнення диссомній з переважним порушенням процесу засинання.

На фоні церебрастенічних розладів іноді спостерігаються різноманітні неврозоподібні симптоми, елементарні фобії, тривога, субдепресивні стани. Зовні така астения може сприйматись як невроз, але про її органічну природу свідчить мікроорганіка (підвищення сухожилкових рефлексів, тремор) і підвищений лікворний тиск.

Посттравматичний психопатоподібний розвиток особистості – виникнення через декілька років після редукції гострого періоду масштабних змін особистості (психопатоподібних станів).

Проявляється переважно експлозивністю, істероїдними рисами, іноді домінує сенситивний або паранойяльний радикал. Емоційні реакції посилюються і стають малодиференційованими.

Психопатоподібні розлади можуть бути стійкими і домінувати в клінічній картині. Їх зовнішні прояви, вираженість та співвідношення з астеничним фоном багато у чому залежать від віку, в якому була отримана травма, її тяжкості, преморбідних рис особистості та мікросоціальних умов. Дуже важливу роль може відіграти фактор зловживання алкоголем.

При травматизації легкої та середньої важкості у підлітковому чи юнацькому віці, у випадку наявності психопатичних рис характеру вони можуть стрімко загострюватись.

Диференціація таких психопатоподібних станів від психопатій ґрунтується головним чином на їх більш складній, по суті поліморфній психопатологічній структурі. Адже в них завжди співіснують різноманітні психопатичні радикали, які ніколи не поєднуються при істинних психопатіях.

Травматична енцефалопатія - патологічний стан мозку, що є наслідком контузії і характеризується наявністю психопатологічних та локальних неврологічних симптомів, які залежать від локалізації та масивності ураження, загальним зниженням психічної діяльності та порушеннями інтелектуально-мнестичних функцій.

Спостерігаються також вегетативно-вазомоторні та вестибулярні розлади, які, втім, менш виражені і не такі стабільні, як при травматичній церебрастенії.

Таким чином, при травматичній енцефалопатії переважають синдроми кіркових уражень (лобних, тім'яних, скроневих та ін.) і формується стійка психічна недостатність, яка може приймати наступні клінічні форми:

Експлозивний тип - характеризується різкою дратівливістю, вибуховістю, втратою самоконтролю, брутальністю, агресивністю. В силу цих якостей хворі постійно конфліктують з оточуючими, відзначаються егоїзмом, грубим прагненням до задоволення власних потреб, можуть виявляти сутяжні тенденції.

Ейфоричний тип - відрізняється неадекватно підвищеним фоном настрою, що супроводжується втратою критики до своїх дій, безтурботністю, розгальмованістю потягів.

Апатичний тип - властива в'ялість, аспонтанність, повільність.

І травматична астения, і травматична енцефалопатія є органічними захворюваннями, які відрізняються глибиною ураження головного мозку.

Травматична епілепсія - варіант травматичної енцефалопатії, що характеризується наявністю епілептиформних явищ, прояви яких залежать від локалізації і особливостей травми. Судомні напади можуть виникати і у гострому періоді внаслідок подразнюючої дії, наприклад, кісткових уламків. Але про розвиток травматичної епілепсії свідчать напади обумовлені наслідками самої ЧМТ які з'являються через багато місяців, а іноді навіть років після травми.

Характерний поліморфізм пароксизмальних розладів, але найчастіше зустрічаються генералізовані, джексоновські та малі напади. При безпосередньому ураженні моторної кори можливі випадки джексоновського типу на фоні збереженої свідомості. В інших випадках пароксизми можуть починатись з джексоновських, а потім генералізуватись із втратою свідомості. Від генуїнних такі напади відрізняє більша тривалість, іноді можливість істеричних включень. У таких випадках, як правило, характерний зв'язок з психотравмуючою ситуацією, напад починається зі спалаху гніву або ридань, а потім переходить у звичний стереотип епілептичного пароксизма.

Постійними симптомами травматичної епілепсії являються вегетативно-вазомоторні і вестибулярні порушення, підвищена стомлюваність, помірно виражене загальне зниження інтелектуально-мнестичних функцій – ознаки, що властиві будь-якій травматичній енцефалопатії.

Окрім випадків, можуть спостерігатись сутінки, особливі стани свідомості, коливання настрою (дисфорії), зміни характеру (дратівливість, імпульсивність), однак при цьому не буває в'язкості і тугорухливості.

Поява сутінкових станів свідчить про несприятливий перебіг хвороби.

Травматичний паркінсонізм є наслідком масивного стовбурового ураження, що захоплює екстрапірамідну систему. На тлі різко виражених стовбурових симптомів (вазомоторних, вегетативних, вестибулярних) у гострій стадії розвиваються симптоми, тотожні енцефалітичному паркінсонізмові: скутість, амімія, ригідність м'язів, монотонна повільна мова, порушення окуломоторики, недостатність конвергенції, іноді параліч погляду.

Психічні розлади - в'ялість, апатія, безініціативність, стомлюваність. Іноді спостерігається гіперчутливість до подразників. Хворі пасивно контактні, абулічні, до свого стану ставляться не критично. Перебіг одноманітний, без прогресивності, зі схильністю до редукції симптоматики.

Травматичне слабоумство - незворотний патологічний стан, який виникає внаслідок важкого дифузного пошкодження тканин головного мозку. За своєю суттю це одна з форм травматичної енцефалопатії, за якої поряд з неврологічною симптоматикою, апатичними чи ейфоричними елементами спостерігається значна інтелектуальна деградація з втратою критики до своїх дій та грубими порушеннями пам'яті. Характерна наявність локальних симптомів і відсутність прогресивності. Іноді спостерігаються пароксизми і сутінкові стани свідомості.

IV. Пізні травматичні психози.

Пізні травматичні психози виникають у проміжок часу від одного до п'ятнадцяти років після перенесеної травми. Виникають вони, як правило, у випадку поєднаного впливу патогенних чинників і вже наявної астенії внаслідок несприятливого перебігу травматичної хвороби. При цьому дебютні етапи хвороби забарвлені психотравмою, інфекцією чи алкоголізацією нерідко настільки яскраво, що роблять досить проблематичною для лікаря диференційну діагностику із відповідним екзогенним психозом.

Сутінкові стани свідомості, деліріозний синдром.

Стани затьмареної свідомості спостерігаються переважно у хворих із судомними нападами і мають поліморфну структуру. Іноді вони виникають безпосередньо після судомних, рідше малих нападів.

Такі "сутінки" починаються раптово, з моторними розладами, переважно збудженням і неможливістю продуктивного мовного спілкування. Тривають такі стани не довго (хвилини, години), вихід часто літичний, з повною амнезією.

При виникненні поза зв'язком із пароксизмом, як правило, під дією соматично шкідливих факторів, наприклад алкогольних ексцесів, виникають провісники у вигляді диссомній, церебрально-органічних симптомів (головні болі, шум у вухах, астеничні прояви та ін.) і пригнічено-тривожного настрою. І вже після цього розвивається затьмарення свідомості, що супроводжується різноманітними продуктивними розладами, передовсім маячливими, галюцінаторними та афективними, рідше - психосенсорними.

В картині психозу присутні деліріозні та онейроїдні компоненти. Все це супроводжується різкими вегето-судинними симптомами. Тривалість цих станів сягає від декількох годин до 3-5 діб. Притаманні люцидні (світлі) проміжки. Вихід критичний, після тривалого сну, з частковою амнезією, яка спостерігається не завжди.

Депресивний та маніакальний синдроми (афективні психози).

Характерний перебіг у вигляді періодичних маній чи депресій або біполярно. Маніакальна форма розповсюдженіша за депресивну і при біполярному варіанті протікає завжди важче за депресію. Серед хворих переважають жінки.

Під час перших маніакальних нападів частими є стани затьмарення свідомості, які у випадку подальших депресивних епізодів (біполярний перебіг) зникають, а при повторних маніакальних станах повторюються.

Депресії супроводжуються плаксивістю або дисфоричністю, вазо-вегетативними розладами, іпохондрією, що коливається між надцінною і

маячливою. Про їх поглиблення свідчить наростання тривоги і ажитації або, рідше, депресивно-параноїдних розладів.

Тривалість нападів 1-3 місяці, частота буває різною. Кожен наступний пароксизм протікає по типу "кліше", з поступовим спрощенням симптоматики.

Манії розгортаються переважно гостро. У підвищеному афекті змінюють одне одного благодушність, гнівливість і дратівливість. У важких випадках приєднується моріоподібна дурашливість і пуерильно-псевдодементні риси. Рухова активність непродуктивна, метушлива. При ускладненні клінічної картини психозу виникає сутінкове або аментивноподібне затьмарення свідомості, що супроводжується уривчастим маяченням, галюцінаціями та інкогерентним руховим збудженням в якому переважають стереотипні елементарні рухові реакції. Таким же беззв'язним є і мовне збудження.

Тривалість легких маніакальних епізодів 1-3 місяці, при ускладненні розладами свідомості - до півроку. Перебіг періодичних маній переважно по типу "кліше" з поступовою прогредієнтністю. Лише у небагатьох хворих, переважно після 50 років, приступи ускладнюються неінтенсивними маячливими конфабуляціями. Органічні зміни при маніакальних і біполярних психозах можуть досягати ступеня вираженого дисмнестичного слабоумства.

Галюцінаторно-маячливий синдром.

Галюцінаторно-маячливі психози складають близько 33% усіх пізніх травматичних психозів. Виникають вони, як правило, у віці після 40 років, під впливом провокуючих факторів.

У віддаленому періоді після травми переважно спостерігаються астеничні прояви з чітким апатичним компонентом або психопатоподібні стани з дисфорією і експлозивністю. Можливе виникнення пароксизмів, у тому числі і судомних. Появі галюцінаторно-маячливого психозу передують епізоди сутінкового, деліріозного чи онейроїдного затьмарення свідомості з інтенсивними вербальними галюцінаціями та маячнею. Рідше дебютні

приступи протікають у формі гострої чуттєвої маячні у поєднанні з вербальними галюцінаціями. Під час наступних пароксизмів у клінічній картині домінують вербальний галюціноз і галюцінаторне маячення.

У більшій частині випадків психози протікають пароксизмально, з поступовим скороченням тривалості загострень і згладженням клініки за рахунок редукції маячливого та афективного компонентів, а також внаслідок зменшення інтенсивності галюцінозу. Іноді в структурі редукованих пароксизмів на перший план виходять паранойяльні розлади - наприклад, ревнощі або сутяжні тенденції. Перехід до хронічного типу перебігу спостерігається рідко, у таких випадках відбувається або "застигання" психозу на етапі галюцінозу, або поступове ускладнення галюцінозу симптомами бідної за змістом галюцінаторної парафренії. У таких хворих органічні зміни найбільш помітні, досягаючи ступеня слабоумства.

ЛІКУВАННЯ.

Хворі, які перенесли ЧМТ повинні лікуватись в умовах неврологічних або хірургічних стаціонарів, а при виникненні психічних розладів – у психіатричних. За умови отримання травм легких ступенів тяжкості необхідне дотримання постільного режиму не менше десяти днів, при середніх та важких – не менше трьох тижнів.

Гострий період - одразу після травми головні лікарські зусилля спрямовуються на послаблення набряку мозку (основна патогенетична ланка розвитку психічних порушень). Постраждалим із контузією та струсом мозку показаний холод на голову. У всіх випадках рекомендована дегідратація, для чого призначають в/в 40% глюкозу 40-60 мл, підшкірне введення 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію. Одночасно прагнуть зменшити проникність судин: 10 мл 10% розчину хлориду кальцію, 5% пентамін по 1 мл двічі на день. Для боротьби з внутрішньочерепною гіпертензією проводять повторні спинномозкові пункції крапельно виводячи до 40 мл ліквору, в/м вводять 10 мл 25% магнію сульфату, 1% лазикс 2 мл.

Для лікування судомного синдрому та психомоторного збудження у гострому періоді застосовують 0,5% седуксен 3-4 мл в/в; для тамування психомоторного збудження в рамках затьмарення свідомості (деліріозного, сутінкового) показане парентеральне введення 2мл 2,5% аміназіну, 3 мл 2% дімедролу.

З метою профілактики розвитку коматозних явищ та інших ускладнень показане в/в введення пірацетаму 70-140 мг/кг ваги тіла на день, оксидбаротерапія.

Психотропні засоби застосовують у всіх періодах орієнтуючись на показання. При дисфоричних проявах показаний неупелітл по 20 мг двічі на добу. При депресивних станах - триптізол по 50 мг двічі на день, тізерцин 50 мг на ніч, еленіум по 10 мг двічі на день чи седуксен по 10 мг тричі на день. Останній особливо ефективний у випадку виражених вазо-вегетативних розладів. При сутінковому затьмаренні свідомості та делірії доцільне внутрішньом'язове введення аміназіну 2,5% - 2 мл.

Після подолання гострих явищ застосовують також розсмоктуючу терапію: фібс 1 мл №30, алое 1мл № 30 п/шк, лідазу, скловидне тіло та ін.

У віддаленому періоді лікування астеничних і психопатоподібних станів багато в чому подібне. Передовсім це полегшені умови праці на період декількох років після травми. Рекомендована загальнозміцнююча, седативна і дегідратаційна терапія: розчин глюкози 40%-20мл з 5мл вітаміну С, ін'єкції вітамінів В₁ 5%-1мл, В₆ 5%-1мл, а також препарати небарбітурового ряду, що нормалізують сон: радедорм в таб. 5 мг перед сном, адалін, бромурал.

При підвищеній збудливості і експлозивності - еленіум 10-20 мг двічі на день, неупелітл 20мг двічі на добу, аміназін 25-75 мг.

У випадку переважання в'ялості, апатії та стомлюваності після курсу загальнозміцнюючої терапії можна на тривалий декількамісячний термін призначити тонізуючі та стимулюючі засоби: настойки лимонника, женьшеня, елеутерококу по 30-40 крап. тричі на день. На менші строки (2-3 тиж.) призначають фенатін по 0,005 тричі на день, центедрин 5 мг двічі на

день, а також ін'єкції стрихніну 0,1%-1мл п/шк та миш'яку (арсенат натрію) 1%-1мл. п/шк. Вегетостабілізуючу дію має седуксен.

Терапія епілептиформних проявів проводиться аналогічно лікуванню епілепсії. При лікуванні ендормних психозів показані психотропні засоби аналогічні тим, які застосовуються у лікуванні шизофренії та біполярного афективного розладу (нейролептики, транквілізатори, антидепресанти).

Практично у всіх випадках стаціонарного лікування хворих з віддаленими наслідками ЧМТ показана спино-мозкова пункція і застосування розсмоктуючої терапії.

Велике значення має психотерапія та підтримання соціальної активності таких хворих. Раціональне працевлаштування повинне враховувати їх підвищену чутливість до високої температури, задухи, перепадів атмосферного тиску та ін. Іноді це потребує професійної переорієнтації.

ЕКСПЕРТИЗА.

Лікарсько-трудова - трудовий прогноз при ЧМТ залежить від прогнозу клінічного. Обмежено працездатними, з призначенням їм III групи інвалідності, визнаються хворі зі стійкими неврозо- та психопатоподібними розладами або сприятливо протікаючою травматичною епілепсією.

Непрацездатними, з призначенням II, або навіть I групи інвалідності визнають осіб з прогресивним перебігом пароксизмальних розладів і наростаючими змінами особистості, переважно за епі-типом, ендормними психозами та слабоумством. У деяких випадках можуть бути визнані непрацездатними особи з астенією в якій домінує адинамічний компонент.

Військово-лікарська експертиза - особи з вираженими стійкими наслідками черепно-мозкової травми, до яких належать травматичне слабоумство, пароксизмальні стани з наростаючим психічним зниженням і посиленням епілептоїдних рис особистості та пізні травматичні психози з рецидивуючим перебігом визнаються непридатними до військової служби і знімаються з воїнського обліку. За наявності стійких, але нерізко виражених

залишкових явищ (неврозо- і психопатоподібні стани) хворі визнаються придатними до нестройової служби у військовий час.

Судово-психіатрична експертиза - важкі дисфорії, що включають у свою структуру продуктивну психосимптоматику (ілюзії, галюцинації, афективно-насичене чуттєве маячення та ін.), а також періоди навіть короткочасного затьмарення свідомості є підставою для висновку про неосудність при скоєнні хворими кримінального діяння.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

1. Загальна характеристика черепно-мозкових травм.
2. Етіопатогенез травматичної хвороби.
3. Класифікація черепно-мозкових травм.
4. Класифікація психічних розладів внаслідок ЧМТ.
5. Сомато-неврологічні розлади при ЧМТ.
6. Безпосередні прояви травми (оглушеність, сопор, кома).
7. Непсихотичні форми гострих травматичних психічних розладів.
8. Травматичні психози гострого періоду.
9. Віддалені травматичні психічні розлади.
10. Пізні травматичні психози.
11. Лікування хворих, що перенесли ЧМТ.
12. Експертиза хворих, що перенесли ЧМТ.

Глава 6

ЕПІЛЕПСІЯ

Епілепсія - хронічне прогресивне захворювання головного мозку, що проявляється випадками (судомними, сенсорними чи їх еквівалентами) та розвитком стійких змін психіки (епі-характером або епі-недоумством).

Уяву людей завжди вражала тяжкість і своєрідність великого судомного нападу. Саме слово «епілепсія» означало у давніх греків щось таке, що нападає на людину, захоплює її проти волі. З багаточисельних назв найбільш прийнятним виявився саме цей термін.

В античному світі епілепсія була відома під назвою “священна хвороба”, оскільки хворим на неї приписували надприродні здібності. Протилежністю назви «священна» була назва «демонічна хвороба» – адже багато хто вважав, що у людину вселяється диявол. Таке тлумачення призводило до того, що хворі часто ставали вигнанцями. Іноді вживалась назва “хвороба Геракла” – через уявлення про надзвичайну силу притаманну епілептикам.

Був період, коли епілепсію називали місячною хворобою (*morbus lunaticum*). Підкреслювався зв'язок проявів захворювання з фазами Місяця, також з таким явищами як лунатизм, сноходіння та сомнамбулізм. На сьогодні встановлено, що вони не є тотожними епілепсії поняттями. У Давньому Римі досить розповсюдженою назвою була *morbus comitalis* - хвороба засідаючих. Якщо у когось з римських сенаторів траплявся епілептичний напад, засідання одразу припинялось: вважалось, що напад вказує на неправильність ходу засідання. Досі зустрічаються такі назви, як “чорна хвороба”, або “падуча”.

Таємничість, яка супроводжували епілепсію протягом століть, призвела до того, що і сьогодні досить велика кількість людей ще не зовсім звільнилася від забобонного страху, пов'язаного з цим захворюванням. Але упереджене ставлення до епілептиків абсолютно невиправдане. Нагадаємо, що на епілепсію хворіли такі визначні особистості різних часів, як Піфагор, Демокрит, Ю. Цезар, Плутарх, О. Македонський, пророк Магомед, Авіцена, Петро I, Наполеон, В. Скотт, Д. Байрон, Ф. Достоевський та інші.

ІСТОРИЧНІ ДАНІ.

Перший докладний опис великого судомного нападу зробив Гіпократ. У одній з його наукових монографій під назвою «Про священну хворобу» він

розглядає епілепсію як захворювання головного мозку, яке спричиняється саме природними, а не надприродними чинниками. Гіпократ і деякі його сучасники створили перші класифікації епілептичних нападів, виділили провісники та ауру.

З того часу grand mal був у центрі уваги психоневрологів, означаючи епілепсію, незалежно від його природи. Великий внесок у вивчення даної патології вніс Жак Фернель (1497-1558) - лікар Катерини Медічі. Йому належить трактат, в якому точно розмежовані типи захворювання. Ціла плеяда вчених цього періоду - Парацельс, Ерастус, Ескіроль, Рейнолдс - вивчали і описували усе нові форми епілепсії. Завдяки їх роботам був виділений безсудомний напад епілепсії, який отримав назву малого нападу (petit mal).

Лише в середині XIX ст., після робіт Falret і Samt, основним стало вивчення психопатологічних розладів, зокрема – змін особистості при епілепсії. Значний вклад у вивчення цього питання внесли Е. Краєрелін (детально описав хронічні зміни психіки при епілепсії), W. Gowers (показав зв'язок між судомними та несудомними проявами) та J. Jackson (протиставив епілептиформні та епілептичні пароксизми).

Наступний розвиток вчення про епілепсію переважно стосувався дослідження її етіології та розвитку класифікацій. Вагомий вклад у з'ясування цих питань внесли російські та радянські вчені С.С. Корсаков (1893), І.П. Павлов (1895), В.П. Осіпов (1931), В.А. Гіляровський (1954), І.Ф. Случевський (1957), В.В. Ковальов (1979) та інші.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ.

За даними світової статистики, на епілепсію страждають 0,6-0,7% людей на земній кулі, серед яких більше чоловіків. У близько 75 % випадків захворювання починається у віці до 20 років.

У дитячому віці епілепсія виявляється значно частіше, ніж у дорослих (3-7 % дітей). Рання і правильна діагностика, з'ясування факторів, які спричинили захворювання і проведення адекватного комплексного лікування

повинні сприяти поверненню до нормальної життєдіяльності, а у ряді випадків взагалі усуненню цієї недуги.

ЕТИОЛОГІЯ.

Фактори розвитку епілепсії можна розділити на спадкові (підвищена судомна готовність) та екзогенні (пов'язані з органічними ураженнями мозку).

У більшості випадків епілепсія починається у дитячому віці. На жаль, ще до народження плід зазнає великої кількості негативних впливів, так званих ембріофакторів, які можуть спричинити захворювання на епілепсію. До них належать:

- гіпоксія плоду внаслідок серцево-судинних захворювань матері, резус-конфлікту, маткових кровотеч, анемій, недостатнього перебування на свіжому повітрі, поганого харчування та ін.;
- черепно-мозкові травми плода (при стимуляції родової діяльності, затяжних родах і т.д., в результаті чого можуть виникати мікроінсульти і асфіксія). Дуже негативну роль може відіграти накладення акушерських щипців чи вакуум-екстрактора.
- інфекції матері;
- інтоксикації матері (які викликають ураження ЦНС плоду, наприклад, вживання ембріотоксичних препаратів, паління);
- травми матері (особливо небезпечні травми живота);

У післяродовому періоді епілепсію можуть викликати найрізноманітніші фактори. Перш за все це *нейроінфекції* (менінгіти, менінгоенцефаліти, у тому числі туберкульозний, енцефаліти).

Відомі випадки ураження головного мозку дітей, що виникали у зв'язку з вакцинацією. Дуже небезпечні дитячі захворювання, які супроводжуються судомами, що виникають на фоні гіпертермії (фебрильні судоми). Під час них часто розвивається гіпоксія мозку.

Інфекційні захворювання відіграють одну з головних ролей у розвитку епілепсії не тільки у дітей, але й у дорослих. До етіологічних факторів, що стосуються і дорослих і дітей, потрібно віднести грип, отіти, хронічні тонзиліти, ревматизм. При останньому епілепсія розвивається через декілька років після гострого періоду захворювання або на фоні млявого розвитку процесу. Потрібно підкреслити, що у дорослому віці епілепсія виникає значно рідше.

У дорослих, окрім менінгітів і енцефалітів, важливу роль у розвитку епілепсії відіграють арахноїдити різного генезу. Взагалі запальні ураження головного мозку являються дуже благоприємним середовищем для розвитку епілепсії. Велике значення у дебюті епілепсії має *черепно-мозкова травма*. У дорослих це, як правило, побутові травми.

Одним з розповсюджених явищ, яке викликає незворотні зміни, утворюючи порожнини і розрідження мозкової речовини є *тривале вживання алкогольними напоями*. Окрім загального розладу особистості, у хворих на алкоголізм з'являється ризик виникнення епілептичних нападів. Поодинокі епілептоїдні напади можуть розвиватись навіть на фоні вживання одноразової великої кількості алкоголю.

ПАТОГЕНЕЗ.

Епілепсія є поліетіологічним, але монопатогенетичним захворюванням. У патогенетичному розвитку цієї патології виділяють церебральний та загальносоматичний механізм.

У нормальних умовах процеси збудження і гальмування вільно циркулюють між корою головного мозку та іншими його структурами. Таким чином, забезпечується зв'язок всередині центральної нервової системи.

Так відбувається до тих пір, доки не виникає так зване *епілептогенне вогнище* – джерело органічного (наприклад рубець) або функціонального (наприклад, стрес) характеру, що подразнює (збуджує) оточуючі нейрони. Для його локалізації оточуючі нейрони створюють навколо нього захисну

зону негативної індукції. Якщо вона виявляється неефективною, то оточуючі нейрони переходять у перезбуджений стан, тобто виникають *епі-розряди* – гіперсинхронізовані біоелектричні потенціали (гіперполяризація синаптичних мембран), що формують на ЕЕГ високовольтні синхронні коливання.

Епілептичне вогнище – група нейронів втягнутих у фокальний епі-розряд. Іноді можуть виникати вторинні “зеркальні” епілептичні вогнища, що не згасають при падінні активності первинного. Це зумовлює поліморфізм клініки. Як правило, вторинні вогнища об’єднуються у загальний комплекс, але можуть функціонувати і автономно.

Крізь призму церебральних механізмів *великий судомний напад* виглядає наступним чином. Охоплена збудженням кора виснажується і переходить у стан охоронного гальмування. В цей час звільнені від її контролю в рамках підкірково-стовбурових структур збуджуються спочатку міотонічні центри (*тонічна фаза*) екстрапірамідної системи, а потім моторно-координуючі центри де збудження реципрокно (двостороннє) пульсує (*клонічна фаза*). При цьому супутнє збудження підкіркових вегетативно-вісцеральних центрів викликає спазм гладких м’язів внутрішніх органів. Настання охоронного гальмування вищезгаданих центрів свідчить про закінчення припадку і настання коми, або інших варіантів післяприпадкових станів.

Абсанс виникає у випадку миттєвого повного гальмування кори без збудження підкіркових структур.

Малі судомні напади - прояви вузьколокального збудження моторної кори на фоні загального її гальмування. При цьому скорочуються лише окремі м’язи.

Безсудомні припадки – результат збудження, яке є недостатнім для формування судомного розряду, а тому кора з підкіркою фіксуються у фазовому стані (неповне гальмування).

На загальносоматичному рівні ці явища супроводжуються різнорівневими порушеннями *білково-азотистого обміну* (накопичення

амонійних основ, алкалоз, переважання альбумінів над глобулінами), *ендокринного балансу* (зменшення глюкокортикостероїдів і підвищення дезоксикортикостероїдів, порушення обміну АКТГ, інсуліну, вазопресинів), *мінерального обміну* (порушення обміну міді та цинку) та *мозкового метаболізму* (зменшення норадреналіну, серотоніну, ГАМК, АТФ, але збільшення ацетилхоліну та калію в міжклітинній речовині).

З часом аномальний вплив епілептичних систем сприяє не тільки повторенню нападів, а й формуванню стійких порушень мозкової діяльності, розвитку епілептичних рис характеру, зниженню пам'яті.

Класифікація епілепсії.

Тривалий час епілепсію розділяли на генуїнну, або ідіопатичну та симптоматичну.

Генуїнну епілепсію пов'язували з негативними спадковими факторами. Вважали, що при генуїнній епілепсії не відбувається змін у структурі головного мозку. Пізніше термін «генуїнна епілепсія» стали застосовувати для визначення випадків епілепсії, чинник якої залишається невстановленим навіть після ретельного клінічного обстеження хворого.

На сьогодні, окрім епілепсії, як прогресивної хвороби, виділяють також *епі-синдроми* – непрогресивні судомні реакції організму на патогенні впливи.

Для більш точного уявлення про різновиди епілептичних пароксизмів наведемо їх класифікацію В.В. Ковальова (1979 р.).

А. Генералізовані (центренцефалічні, розповсюджені) напади:

Первинно генералізовані (без аури);

Вторинно генералізовані (з аурою);

I. Великі судомні напади:

а) розгорнуті;

б) абортивні;

II. Малі (безсудомні) напади:

а) абсанси (прості та складні);

- б) пікнолептичні;
- в) міоклонічні (імпульсивні);
- г) акінетичні (пропульсивні).

III. Епі-статус:

- а) статус великих судомних нападів;
- б) статус малих нападів.

Б. Вогнищеві (фокальні, парціальні) напади:

I. Моторні пароксизми:

- а) джексонівські;
- б) адверсивні;
- в) психомоторні;

II. Сенсорні (можливий галюцінаторний, ілюзорний та елементарний варіанти): соматосенсорні, зорові, слухові, нюхові, смакові.

III. Психічні пароксизми:

- а) сутінкові стани;
- б) пароксизмальні дисфорії;
- в) пароксизмальні страхи;
- г) дереалізаційні та деперсоналізаційні пароксизми;
- д) психопатоподібні пароксизми.

IV. Мовні пароксизми:

- а) втрата артикуляції;
- б) афатичні пароксизми.

V. Вегетативно-вісцеральні (фокальні пароксизми).

КЛІНІЧНА КАРТИНА.

Напади епілепсії можуть бути судомними або безсудомними. При фокальних, або парціальних, нападах свідомість, як правило, зберігається. У інших випадках стан свідомості може залишатися порушеним протягом певного часу або відновлюватися одразу після припадку.

Великий судомний напад (Grand mal):

Аура (вітерець, лат.) - початкова фаза епілептичного нападу, що є результатом збудження локальних структур головного мозку і виникає до втрати свідомості. Про неї у хворого залишаються спогади. Аура спостерігається у 60% хворих із судомними проявами.

Деякі дослідники вважають ауру самостійним парціальним нападом з подальшим виникненням вторинно-генералізованих епі-пароксизмів. Введений цей термін у практику видатним лікарем Галеном (130-210 рр. н.е.).

На сьогодні виділені наступні форми аури, які розвиваються в залежності від локалізації патологічного вогнища:

а) *сенсорна (чуттєва)* - короткочасне, передуюче втраті свідомості відчуття дуновіння вітерця, якогось непевного запаху, повзання мурашок, сприйняття дзвону; шуму; мелодії та ін.;

б) *моторна (рухова)* - поворот очей, голови, тулуба навколо своєї осі, локальні посмикування м'язів, після чого настає втрата свідомості і падіння. Іноді судоми розповсюджуються у порядку розміщення кіркових центрів, генералізуючись і призводячи до втрати свідомості;

в) *психічна аура* може проявлятися страхом, дисфоричністю, хибним сприйняттям оточуючого. Часто виникає відчуття вже баченого - *deja vu*;

г) *вегетативно-вісцеральна аура* - у хворого виникає дуже неприємне, іноді непевне відчуття в епігастральній ділянці, що піднімається вгору до горла і часто супроводжується нудотою, рідше блювотою, гіпергідрозом.

Після аури часто, але не завжди розгортається великий судомний напад, який є найяскравішим проявом епілепсії.

Раптово хворий втрачає свідомість, падає (внаслідок кількасекундного генералізованого розслаблення мускулатури), як підкошений вперед, виникають ***тонічні судоми***. При цьому тіло хворого може приймати різне положення: голова повернута, очі дивляться вгору або в бік, руки простягнені або приведені до тулуба, стиснені в кулаки, ноги частіше простягнені, іноді приведені.

Під час цієї фази дихання після викиду повітря з легень зупиняється. При цьому внаслідок і виштовхування повітря із легень (скорочення дихальних м'язів) через спазмовану голосову щілину часто виникає характерний крик – це сигнал початку нападу.

Під час тонічної фази обличчя хворого спочатку стає блідим, потім червоніє і швидко синіє, стає набряклим, очі, якщо вони не заплющені, вирячуються, застигають, зіниці розширені, не реагують на світло. Язик, зазвичай, зажимається між зубами.

Тонічна фаза триває як правило від декількох секунд до півхвилини. Наприкінці тонічного напруження настає тремтіння як ознака послаблення тонічної фази судом, з'являються окремі скорочення, що є ознакою переходу нападу у клонічну фазу.

Під час **клонічної фази** скорочення м'язів голови, тулуба і кінцівок стають все частішими і досягають такої вираженості, що іноді призводить до травматизації. Найбільш часто зустрічаються вивихи плечового суглобу та нижньої щелепи. Під час цієї ціаноз поступово зникає, з шумом відновлюється дихання, слиз (результат гіперсекреції в тонічну фазу) виштовхується із бронхів і біля рота з'являється піна, яка часто забарвлюється у червоний колір (наслідок прикусу язика). Часто відбувається спорожнення сечового міхура, рідше прямої кишки.

Клонічна фаза може тривати від 30 секунд до 5 хвилин. Після її закінчення спостерігається коматозний стан, іноді з переходом у глибокий сон, який триває декілька годин.

Після сну хворий нерідко залишається протягом деякого часу оглушеним (рухи і мислення сповільнені, не відразу реагують на подразник, затруднена мова), відчуває розбитість у всьому тілі, головний біль, настрій його пригнічений, часто дратівливий, озлоблений. Свідомість після нападу повертається до хворих поступово. Спочатку пацієнт дезорієнтований, не розуміє де знаходиться, який час доби, не впізнає оточуючих.

Першою відновлюється пам'ять на події минулого, потім на недавні і лише через певний час нарешті згадуються події, які передували нападу. Не у всіх хворих порушення пам'яті і дезорієнтація однаково виражені. У ряді випадків наслідки нападу виражені нерізко, а іноді майже зразу після нападу відновлюється звичайний стан хворого.

Іншим різновидом генералізованих нападів епілепсії є *малі напади* (petit mal), або *абсанси* (absence).

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

Абсанс. При абсансах не завжди буває глибоке порушення свідомості. Бувають випадки з неповним виключенням свідомості, коли хворий (як правило дитина) слабо усвідомлює, що з ним щось сталося, або досить впевнено констатує короткочасне відключення свідомості – *простий абсанс*.

При *складному абсансі*, відключення свідомості поєднується з іншими симптомами. При цьому багаточисельні і різноманітні клінічні прояви пов'язані в основному з зміною тону у різних групах м'язів.

Виділяють складні абсанси, при яких характерним є розслаблення м'язів (*атонічний абсанс*) та абсанс, який супроводжується підвищенням тону м'язів (*гіпертонічний*). Деякі види нападів супроводжуються елементарними автоматизмами рухи губ, язика, потирання рук та ін. Спостерігаються також *вегетативні абсанси*: лихоманка, пітливість, почуття жару.

Зустрічаються абсанси, які перебігають з нетриманням сечі, і абсанси, які супроводжуються кашлем або чиханням та ін.

Локальні, або парціальні, напади.

Симптоми локальних епілептичних нападів залежать від того, які функції виконують нейронні утворення, у яких відбувається розряд, а також від того, які ще області захоплюються при розвитку нападу. Парціальні (або

локальні) епілептичні напади часто служать передвісниками (аурою) виникнення вторинно-генералізованих нападів.

Локальні епілептичні напади можуть існувати і самостійно, без вторинної генералізації. *Джексоновський напад* частіше за все починається з кута рота або великого пальця ноги або руки. Потім спостерігається розповсюдження судомних скорочень взпродовж усієї кінцівки з переходом на м'язи тулуба, обличчя, іншу кінцівку («джексоновський марш»). Апофеозом «джексоновського маршу», як правило, є генералізований судомний напад з втратою свідомості.

Іншим різновидом локальних нападів, які найчастіше зустрічаються, являються *соматосенсорні пароксизми*. Виникнення їх пов'язано з вогнищем ураження у чутливій зоні (задня центральна звивина) кори головного мозку. Найбільш типовим для соматосенсорних нападів є поколювання, оніміння у руці, нозі чи на обличчі та різного роду неприємних відчуттів (парестезій). Больові відчуття при цих нападах дуже рідкісні. Неприємні відчуття можуть розповсюджуватися по типу «джексоновського маршу» з наступним розвитком великого судомного нападу.

Клінічна картина більшості сенсорних нападів (слухових, зорових, нюхових, смакових), нападів запаморочення, вегетативно-вісцеральних, а також нападів, які супроводжуються різними психічними розладами, часто пов'язана з ураженням скроневих долей головного мозку.

Зустрічаються напади і з вегетативно-вісцеральними проявами. Однією з найбільш характерних ознак є неприємне відчуття у області шлунку (епігастральна зона). У деяких хворих виникає нудота або блювота, посилення перистальтики. Іноді відчуття порожнечі або печії у шлунку.

Одним з варіантів психосенсорного нападу є *сноподібний стан*. Саме при таких пароксизмах бувають симптоми «вже баченого», «вже почутого», «вже пережитого». Значно рідше спостерігаються відчуття «ніколи не баченого» або «ніколи не чутого». Окрім того, спостерігаються розлади сприйняття простору, форми, величини предметів та їх взаємного

розташування, порушення сприйняття власного тіла, макропсії, мікропсії, метаморфопсії та ін.

Діяльність хворого при *амбулаторних автоматизмах* може мати цілеспрямований характер: він готує обід, миє посуд або підлогу, тощо. Іноді такий стан триває довго. Про глибоке порушення свідомості під час цих автоматичних дій свідчить вираз обличчя хворого. Погляд його блукає або звернений у нікуди. На оклики, звернення хворий не реагує, але при пересуванні обходить перешкоди; може перебігти вулицю, уникаючи транспорту (але не завжди).

Епілептичний статус.

Небезпечним ускладненням епілепсії є епілептичний статус. Відомо, що частота великих судомних нападів може бути різною. У одних хворих напади виникають 2-3 рази на рік, у інших - раз на тиждень або декілька разів на місяць. Це називають серіями епілептичних нападів.

Якщо ж напади виникають багаторазово протягом однієї доби, ідуть майже безперервно один за одним і хворий не встигає повернутись у ясну свідомість, - розвивається *епілептичний статус*. Може бути 300 і більше нападів на добу. Епілептичний статус затягується на багато годин і триває протягом декількох діб.

Такий стан є загрозою для життя хворого і якщо не прийняти відповідні заходи, які б сприяли виходу з цього стану, може настати смерть. Це відбувається в результаті того, що у хворого виникає гіпертермія, виникають порушення серцевої діяльності: частий, слабкого наповнення пульс, різке зниження АТ. Може розвинути набряк легень.

Психічні еквіваленти епілептичних нападів.

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.

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 при епілепсії.

При тривалому перебігу захворювання у хворих виникають певні, раніше не властиві їм риси, спостерігається формування так названого епілептичного характеру. Найбільш характерними є підвищена дратівливість, запальність, злісність. Хворі причіпливі, егоцентричні, іпохондричні і, разом з цим, можуть бути занадто ввічливими, улесливими ("полярність" емоцій). Має місце схильність до вживання зменшувальних слів ("сестричка", "таблеточка" та ін.), 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 навколо 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. Хворі зайняті

виключно собою, станом свого здоров'я. Втрачаються наукові, громадські, професійні інтереси. Це звуження розвивається поступово, концентрично.

ЛІКУВАННЯ.

Особливості епілептичного процесу вимагають при організації та проведенні лікування дотримуватись наступних обов'язкових принципів: безперервність та тривалість прийому лікарських препаратів, поступовість нарощування доз та заміни препаратів, комплексність та, по можливості – патогенетична обґрунтованість терапії, її індивідуалізація.

Основним методом лікування епілепсії на сьогоднішній день залишається антипароксизмальна фармакотерапія. Лікувальний комплекс можна поділити на три етапи.

Перший етап – головним завданням є вибір найоптимальнішого способу лікування і використання його для припинення пароксизмів. Лікування починають з малих доз протисудомних препаратів, які приймають 1-3 рази на добу через кожні 3-5 днів оцінюючи ефективність і поступово нарощуючи дозування.

Лікування варто починати з одного препарату, а не комбінації, для того, аби була можливість визначити найбільш ефективний засіб. Традиційно першим починають застосовувати фенobarбітал, що обумовлено його широким спектром дії та ефективністю при великих судомних нападах.

Співвідношення частоти судомних нападів і дози препаратів для дорослих та дітей (в дужках).

<i>Показник частоти</i>	<i>Добова доза, г</i>	
	<i>Фінлепсін (тегретол)</i>	<i>Люмінал (фенobarбітал)</i>
1-2 пароксизми на 6 міс.	0,2 (0,1)	0,04-0,05 (0,02) на ніч
Напади:		
Раз на 1 міс.	0,4 (0,2)	0,1-0,15 (0,04-0,06)
Тричі на 1 міс.	0,6-0,7 (0,3)	0,2-0,25 (0,1-0,15)
До 15 разів на 1 міс.	0,8-0,12 (0,5-0,7)	0,3-0,45 (0,17-0,2)
Понад 15 разів на 1 міс.	1,4-1,8 (0,8-1,2)	0,45-0,5 (0,25-0,3)

Заміну препарату (при його неефективності чи ускладненнях) проводять дуже обережно шляхом „ковзаючого” заміщення новим засобом по частинах і в таких еквівалентних дозах відносно фенобарбіталу: до діфеніну – 1 : 1,5; бензоналу – 1:2; гексамідину – 1:3.

Другий етап – досягнута завдяки лікуванню ремісія завдяки тривалому (не менше п’яти років) систематичному прийому оптимальних доз препарату закріплюється.

Третій етап – перевірка стійкості ремісії шляхом поступового (на протязі 1,5-2 років) зниження дози антиконвульсантів. Це можливе лише після повного припинення нападів і зникнення ознак пароксизмальної активності на ЕЕГ протягом п’яти років. Після остаточної відміни лікування лікарське спостереження проводиться не рідше 1-2 разів на рік.

У комплексі лікувальних засобів поєднують препарати, які діють на всі патогенетичні ланки, основні з них: антипароксизмальні, розсмоктуючі, дегідратаційні, десенсибілізуючі та полівітаміни.

Протисудомні препарати призначають у більшості випадків захворювання на епілепсію. Вибір їх визначається головним чином типом нападу у даного хворого.

Так, карбамазепін, карбасан, фінлепсін (0,6-0,8г на добу), фенобарбітал (0,05-0,3г на добу), гексамідін (0,125-2,0г на добу) доцільно приймати при великих генералізованих або психосенсорних нападах, а бензонал (до 0,8 г на добу) – при парціальних моторних. Для лікування судомної форми широко використовують суміш М.Я. Серейського, що складається з фенобарбіталу (0,02-0,05г), бромуралу (0,05-0,2г), папаверіну (0,02-0,05г), кофеїну (0,015г) та кальцію глюконату (0,25-0,5г).

Діфенін (добова доза 0,2-0,3г) ще ширший за спектром своєї дії, ніж фенобарбітал, але будучи більш токсичним, може викликати головний біль, запаморочення, дизартрію, ністагм, диплопію та інші побічні ефекти.

При абсансах ефективно застосування препаратів групи вальпроєвої кислоти (орфіріл, депакін, вальпроат натрія), триметіну, а при малих нападах найбільш ефективно лікування препаратами групи сукцимідів: етосукцимід, пікнолепсин, морфолеп, суксилеп та ін.

Ряд препаратів виявились ефективними при різноманітних малих нападах: клоназепам – при міоклонічних та пропульсивних нападах у дітей в дозі 0,25 мг/кг на добу; конвулекс у дозі 20-30 мг/кг на добу – при міоклонічних нападах у дітей та підлітків; пікнолепсин – у середньодобовій дозі 0,75-1,5 г – при простих абсансах та пікнолептичних нападах у дітей.

З великими труднощами стикається лікар при лікуванні міоклонічних форм епілепсії. При таких формах застосовують препарати групи бензодіазепінів: седуксен 5-10 мг на добу, еуноктин, а також гормональні препарати: дексаметазон, преднізолон.

Для терапії дисфорій застосовують фінлепсін, бензодіазепіни, а при їх неефективності (дисфорії психотичного рівня) або появі сутінкових станів свідомості – нейролептики: тізерцин 2,5%-1мл, галоперідол 0,5%-1мл парентерально.

Зазвичай протисудомні препарати комбінують з іншими видами терапії, які спрямовані на нормалізацію метаболізму мозку: глютамінова кислота, вітаміни В1, В6, В12, аскорбінова кислота, фолієва кислота і т.д.

Якщо у хворих є ознаки підвищення внутрішньочерепного тиску, то їм показана дегідратаційна терапія: фуросемід, діакарб, верошпірон, триампур.

У випадках, коли є підозра на наявність у головному мозку спайкового чи рубцевого процесів, призначають розсмоктуючі засоби: лідазу, алое, скловидне тіло, бійохінол та ін.

При злякисному перебігу хвороби, неефективності фармакотерапії і наявності чітко локалізованого епілептичного вогнища може бути показане хірургічне видалення відповідної ділянки головного мозку.

Купірування епілептичного статусу передбачає наступні обов'язкові заходи: запобігання западіння язика та аспірації блювотних мас, тамування судом, боротьба з набряком мозку і підтримка серцевої діяльності.

Починати треба з внутрішньовенного введення сибазону 4-6 мл 0,5% розчину, потім після очищувальної клізми вводять ректально до 60 мл 2% розчину хлоралгідрату на крохмальному клейстері або 30 мл 2% розчину натрію-барбіталу. Через 30 хвилин після клізми показане внутрішньом'язове введення 25% розчину сірчаноокислої магnezії 10-15 мл.

При неефективності сибазону в/м вводять 1,0 гексеналу або тіопенталу натрію розчинений у 10 мл ізотонічного розчину хлориду натрію по 0,5 у обидві сідниці. Протисудомні засоби поєднують з дегідратацією (фуросемід, сечовина, маніт), серцевими стимуляторами, дезінтоксикаційною та гіпотензивною терапією.

Якщо судоми не припиняються вдаються до інгаляції окису азоту в суміші з киснем у співвідношенні 2:1. Наркоз (на рівні I-II хірургічних стадій) повинен тривати ще 1-2 години після подолання статусу. У тяжких випадках вдаються до спинномозкової пункції з випусканням 15-20 мл спинномозкового ліквору.

ЕКСПЕРТИЗА.

Лікарсько-трудова. Близько 50% хворих на епілепсію потребують інвалідизації. За наявності частих нападів та слабоумства вони визнаються непрацездатними з призначенням II групи інвалідності. При різко вираженому концентричному слабоумстві, коли хворі потребують постійного стороннього догляду, їм надають інвалідність I групи.

Військово-лікарська. При рідкісних нападах (менше 2-3 на рік) призовники визнаються непридатними до військової служби у мирний час і придатними до нестройової у випадку війни, а офіцери придатними до нестройової служби як у мирний, так і у воєнний час. При частих (більше 2-3 раз на рік) нападах рядові визнаються непридатними до військової служби і

знімаються з обліку. Наявність сутінкових станів, амбулаторного автоматизму чи стійких епілептичних змін психіки, незалежно від частоти пароксизмів, служить підставою для рішення про непридатність до військової служби і зняття з обліку.

Судово-психіатрична. Сама постановка діагнозу епілепсії ще не визначає експертного рішення. Один і той же хворий може бути визнаний осудним по відношенню до злочину, який він скоїв у міжнападковому періоді, і екскульпованим щодо злочину скоєного під час пароксизму.

Найбільш важливою і складною у судово-психіатричній практиці є диференціація швидкоплинних епілептичних розладів, які часто сприяють скоєнню суспільно небезпечних дій хворими. Кримінальні дії скоєні у сутінковому стані, мають ряд особливостей: раптовість, немотивованість, відсутність наміру, заходів безпеки і прагнення до приховування слідів злочину, нанесення жертві чисельних поранень, немотивована наруга над трупом та ін. Подібний характер злочину сам по собі наводить на думку про сутінкове потьмарення свідомості. Додаткові дані про виникнення нападу на відрізок часу близькому до скоєння злочину, різку зміну стану, «неадекватний» вигляд хворого (розгублений погляд, загальмованість рухів або невмотивоване збудження), глибокий сон після правопорушення, коли хворий іноді засинає поряд із жертвою та подібні стани у анамнезі роблять діагноз сутінкового затьмарення свідомості досить переконливим.

Правопорушення скоєні у стані дисфорії зустрічаються рідше. Для їх розпізнавання потрібні об'єктивні дані про немотивовану раптову зміну настрою і наявність подібних станів раніше. Іноді самі хворі створюють перешкоди кваліфікації їх хворобливого стану прагнучи пояснити виникнення «поганого» настрою якимось зовнішнім чинником. Судово-психіатрична оцінка залежить від глибини дисфорії. Включення маячних переживань і порушення свідомості на висоті дисфорії свідчать про необхідність екскульпації.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

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

Глава 7 ШИЗОФРЕНІЯ

Шизофренія (з давньогрецької «*shcizo*» - розщеплюю, та «*fren*» - розум) – хронічне прогресивне психічне захворювання, що характеризується як основними негативними (дефіцитарними) симптомами – апатією, аутизмом, дисоціацією психічної діяльності, так і додатковими позитивними

(продуктивними, формоутворюючими) – маяченням, ілюзіями, галюцинаціями, афективними і рухово-вольовими розладами.

Проблема шизофренії в силу її великого соціального значення є центральною в психіатрії. За даними Н.І. Kaplan та В.І. Sadock на утримання та лікування хворих на шизофренію США щорічно витрачають близько 100 мільярдів доларів.

ІСТОРИЧНІ ДАНІ.

Вперше, у 1857 році симптоми шизофренії докладно описав французький психіатр Б. Морель, але основна заслуга у виділенні шизофренії у самостійну нозологічну одиницю належить Е. Краепелін (1893), який об'єднав описані раніше параноїдне слабоумство, кататонію та гебефренію під назвою „dementia praecox”. Основою для такого поєднання він вважав властивий всім трьом формам несприятливий прогноз та неухильне падіння психічної діяльності, що виливається у підсумку в слабоумство. Пізніше, під впливом праць О. Діем (1903) сюди була віднесена також і проста форма цієї хвороби.

Сам термін „шизофренія” запропонував у 1911 році швейцарський психіатр Е. Bleuler. Він переконливо доводив висловлену трохи раніше Claude (1909) думку, що при цій патології правильніше говорити не про слабоумство, а про „дисоціацію”, розщеплення психіки (звідси назва). Переглянув він також і ставлення до суті цієї хвороби, яку Е. Крепелін називав „закономірним біологічним процесом”, запропонувавши психоаналітичне її трактування.

З тих пір виділилось декілька концепцій вивчення шизофренії. Для французької психіатрії властива тенденція рішуче відокремлювати раннє слабоумство в крепелінівському описанні від концепції шизофренії Е. Блейлера. У Германії особливу позицію займали К. Kleist (1953) та К. Leonhard (1957). У США домінує погляд на шизофренію як на прояв особистісних реакцій з психоаналітичним їх трактуванням, а клінічна

діагностика є вочевидь еkleктичною базуючись на обрахуванні проценту із стандартної шкали у 10-12 симптомів, в якій однакову питому вагу мають параноїд, галюциноз, оклики, асоціативні розлади та інше. У радянській психіатрії теж виділилось декілька напрямків розуміння шизофренії. А.Л. Епштейн, А.С.Чистович, П.Е.Вишневський не визнали нозологічної самостійності шизофренії і пропонували вважати її наслідком несприятливого підсумку затяжних інфекційних психозів. Петербурзька школа в особах П.А. Останкова, В.П. Осіпова, І.Ф. Случевського трактує шизофренію в дусі крепелінівського клініко-біологічного напрямку, а школа А.В. Снежневського надає першочергове значення в діагностиці хвороби трансформації психопатологічних синдромів.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ.

Шизофренія є найпоширенішим психозом і за різними даними в популяції досягає 1-1,5% не залежно від статі. Близько двох мільйонів нових випадків захворювання щорічно реєструється по всьому світу.

Шизофренія може виникати у будь-якому віці, але максимум випадків (50%) припадає на період від 16 до 25 років.

ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ.

Дослідження етіології та патогенезу шизофренії почалися ще задовго до виділення її у якості самостійного захворювання. Її вивчали в рамках розладів, які пізніше об'єднали у понятті раннього недоумства. Погляди на цю хворобу розвивалися у широкому діапазоні - від психодинамічних і антропологічних до фізіологічних, анатомічних і генетичних.

Школа «психіків» розглядала шизофренію як наслідок психічної травми у ранньому дитячому віці або впливу інших мікросоціальних психогенних факторів. Школа «соматиків» намагалася пояснити механізм розвитку шизофренічних психозів порушеннями біологічних процесів у різних органах

та системах організму: мозок, печінка, шлунково-кишковий тракт, залози внутрішньої секреції та інше.

Суперечки про співвідношення психічних і біологічних факторів у патогенезі цього захворювання не втратили своєї актуальності і зараз.

I. **Теорії психогенезу.** Теорії психогенезу шизофренії на сьогодні мають своїх прихильників, які продовжують вивчати роль різноманітних психогенних та соціальних факторів у виникненні і перебігу шизофренії.

Результатом розвитку цього напрямку стало створення низки моделей етіології шизофренії:

1. *Психодинамічна* модель - вважає причиною розвитку шизофренії глибоке порушення інтерперсональних взаємовідносин. Різновидом цієї моделі можна вважати впливаючу з положень фрейдистської школи концепцію про підсвідому реакцію на інтерпсихічний конфлікт, що виникає у ранньому дитинстві.

2. *Феноменологічно-екзистенціальна* модель вважає зміну «сутності» хворого, його внутрішній світ фактором психогенного розвитку шизофренії.

Сама хвороба у відповідності з цими уявленнями є особливою формою існування даної особистості.

Усі теорії психогенезу шизофренії переважно інтерпретативні і недостатньо обгрунтовані науковими спостереженнями. Численні спроби представників відповідних напрямків використати адекватні щодо теорій психогенезу терапевтичні втручання (психотерапія та ін.) виявилися малоефективними.

II. **Аутоінтоксикаційні теорії.** Ці теорії пов'язані з виявленням у організмі хворих на шизофренію різноманітних фізіологічно активних (токсичних) субстанцій (білкових, низькомолекулярних та ін.), які викликають нейротропні ефекти.

В останні 20-30 років у різноманітних лабораторіях світу були виділені з крові, сечі і спинномозкової рідини хворих на шизофренію різні по функціональній активності «токсичні» сполуки.

Сама присутність токсичних факторів у біологічних рідинах хворих на шизофренію не викликає сумнівів. Але залишається неясним, наскільки ці аномальні субстанції причетні до специфічних механізмів патогенеза хвороби.

III. *Біохімічні гіпотези.*

1. Катехоламінові гіпотези розглядають можливу роль дисфункції норадреналіну і дофаміну у механізмах порушення нейробіологічних процесів у мозку хворих на шизофренію.

2. Група індоламінових гіпотез - припускають участь серотоніну і його метаболітів, а також інших індолових похідних у механізмах психічної діяльності, розлад яких може призвести до порушення психічних функцій, зокрема до розвитку шизофренічних симптомів.

З цими гіпотезами межують концепції, згідно з якими розвиток шизофренії пов'язаний з порушенням функції ензиматичних систем, які беруть участь у обміні біогенних амінів. При цьому найбільшу увагу звертають на такі ферменти, як моноаміноксидаза (МАО), катехоламінтрансфераза (КАМТ), дофамін-бета-гідроксилаза (ДБГ) та ін.

IV. *Імунологічні гіпотези.* Імунологічні гіпотези шизофренії ґрунтуються на уявленнях про ауоіммунні процеси, тобто здатності організма виробляти антитіла до антигенів власних тканин.

Механізм розвитку хвороби у цьому випадку пов'язаний з синтезом у організмі хворих антитіл проти мозкових антигенів (протимозкових антитіл), які можуть вражати тканину мозку.

Докази існування так званих протимозкових антитіл у крові і спинномозковій рідині при шизофренії отримані багатьма авторами.

V. Серед *біологічних гіпотез* шизофренії у теперішній час найбільш переконливо виглядає генетична.

Вивчення спадкового фактора при шизофренії, що проводилось на протязі багатьох десятиріч у різних країнах світу. На користь істотної ролі

спадкових факторів у патогенезі захворювання свідчать численні дані про конкордантність близнюків (генетичну подібність) по шизофренії.

Найбільш переконливі докази щодо ролі генетичних факторів у розвитку шизофренії були отримані при вивченні груп дітей, батьки яких хворіли на шизофренію, але діти з самого народження були ізольовані від біологічних батьків і прийняті у «здорові» родини. Цей підхід отримав у психіатричній літературі назву «стратегія всиновлених дітей».

Виявилося, що виховання дітей у «здорових» родинах не знизило частоти розвитку захворювання у дітей, якщо їх біологічні батьки хворіли на шизофренію. Іншими словами благоприємне мікросоціальне середовище не зменшує частоту виникнення шизофренії у дітей зі спадковою обтяженістю.

В одних випадках симптоматика і перебіг шизофренії можуть бути дуже подібними з картиною психічної хвороби когось з рідних хворого. У інших - генетичні фактори визначають надмірно підвищену чутливість до будь-яких, навіть незначних стресів. Така чутливість і підвищена ранимість призводять до поступового розвитку у хворого захисної реакції, яка і стає основою психопатологічної симптоматики, що складає картину захворювання.

Із цієї реакції витікають 3 головні симптоми шизофренії: аутизм, абулія та емоційна зниженість.

Аутизм - це відхід від реальної дійсності, що проявляється у найрізноманітніших формах, які, однак, складають подібну картину.

Хворі з самого початку стають замкненими, мовчазними, прагнуть якомога менше спілкуватись з оточуючими, при вимушеному спілкуванні тримаються формально, холодно - уникають зустрічатися поглядом з співбесідником (зоровий негативізм), дивляться вниз або вбік, вітаючись не подають руки або подають розслаблену кисть, не жмуть руку іншої людини. Розмова обмежена вузьким колом тем суто ділового, необхідного у даній ситуації характеру, про інші питання хворий уникає говорити або дає на них неконкретні відповіді.

Нерідко хворі вдаються до своєрідного маскуванню: носять великі темні окуляри, широкополі капелюхи, що насунуті на очі, відрощують довге волосся, бороду. У більш виразних випадках хворі без роз'яснення кидають навчання або роботу, поступово перестають виходити на вулицю, завішують вікна або навіть проводять весь час лежачи в ліжку, накриваючись з головою ковдрою. В інших випадках вони виїжджають із міста, ховаються у лісі або у горах, печерах.

Деякі хворі намагаються деяким чином компенсувати свій аутизм змінюючи місце роботи, вибираючи професії, які не потребують спілкування з людьми (нічного сторожа, мисливця, лісника та ін). Їх внутрішні переживання стають для них важливішими за реальні обставини оточуючої дійсності. Вони занурені у свої мрії, думки і бажання, які здаються їм вже реалізованими, і звідси випливають дивні судження про оточуюче, зокрема, хворі уявляють себе у центрі подій, які відбуваються навколо.

Абулія – в перекладі – „безвольність”. Проявляється зниженням активності, бездіяльністю, втратою ініціативи, цікавості до оточуючого. У важких випадках хворі навіть елементарно не обслуговують себе, не миються, мочаться під себе, цілий день проводять в ліжку або сидять в одноманітному положенні. Цей симптом починається з того, що хворі перестають займатися повсякденними справами, кидають навчання і роботу. Всі вищеперераховані симптоми пов'язують з „падінням енергетичного радикалу” психіки.

Емоційне притуплення проявляється на початку захворювання. Хворі поступово втрачають звичайні живі людські почуття і інтереси, натомість стають холодними до своїх близьких та рідних. У подальшому холодність наростає і протягом декількох років переходить у повну байдужість до всього, окрім маячних ідей хворого.

При усьому розмаїтті проявів захворювання у окремих осіб, головні симптоми шизофренії у їх поєднанні створюють, у багатьох випадках подібну картину. Більшість хворих повно і правильно орієнтовані у

оточуючому, у часі і власній особистості, однак в частині випадків має місце «*подвійне орієнтування*», коли хворий при збереженні правильного орієнтування у той же час запевняє, що він насправді інша людина, живе у іншому місці, часі, що відображає явища розщеплення психіки.

В початковій стадії шизофренії більшість хворих хоча б частково, зберігає критичне відношення до себе, вони почувають, що вони хворі, що відбулося якесь зрушення у їх стані, багато з них відкрито кажуть, що вони «з глузду з'їхали». У зв'язку з цим нерідко вони починають читати психіатричну літературу, самі приходять на прийом до психіатра.

Однак при подальшому прогресуванні хвороби, критичне відношення поступово втрачається, і хворі не помічають порушень у своєму психічному стані, у зв'язку з чим часто відмовляються від лікування.

КЛАСИФІКАЦІЯ.

Типи перебігу шизофренії:

1) *безперервно-прогресивний* – розвивається поступово, протягом багатьох років, і, зрештою, призводить до специфічної деменції. Іноді спостерігається злоякісний варіант безперервного типу.

2) *приступоподібно-прогресивний (шубоподібний)* – вияви хвороби мають вигляд гострих нападів, за якими може настати ремісія, а іноді навіть призупинення подальшого розвитку. Наслідок захворювання – дефект особистості. Прогресує з кожним нападом.

3) *періодичний (рекурентний)* – хронічний перебіг з поштовхоподібними спалахами, переважно у вигляді атипових, маніакальних або депресивних фаз, після кожної з яких настає період ремісії. Розлади мислення мають другорядне значення. Дефект особистості виражений мінімально. При такому перебігу прогресування захворювання проявляється головним чином, у поступовому скороченні періодів ремісії і збільшенні тривалості спалахів.

КЛІНІЧНА КАРТИНА.

Проста форма. Дебютує переважно у підлітковому і юнацькому віці. Її основні ознаки полягають у поступовому малопомітному початку і повільному, але безперервному прогресивному перебігу без ремісій.

У хворих поступово розвиваються наступні зміни характеру і поведінки: замкнутість, прохолодне чи навіть вороже відношення до батьків, неочікувані, імпульсивні, парадоксальні вчинки, негативізм по відношенню до оточуючих, втрата звичайних зацікавлень, поява нових, незвичних захоплень. Такі хворі стають байдужими до свого зовнішнього вигляду, неохайними, а іноді, навпаки: занадто модно і гротескно вдягаються. Поступово вони усе більше віддаляються від оточуючих. У більшості випадків діагноз психічного захворювання встановлюють зі значним запізненням, так як, у результаті повільного і малопомітного розвитку психопатологічної симптоматики на початку захворювання, оточуючі зазвичай вважають їх людьми з важким характером або жертвами занедбанного виховання. Окрім того, при цій формі шизофренії відсутні маячні ідеї і галюцинації, що визначає назву цієї форми. Через 3-5 (іноді більше) років від початку захворювання розвивається дефект психіки апатико-абулічного або психопатоподібного типу.

Гебефренічна форма (з давньогрецької «гебефренія» - «юнача психіка») - так як і проста форма, виникає, як правило, у підлітковому чи юнацькому віці. Поряд з наявністю тих же симптомів, що й при простій формі, тут на перший план виступають такі особливості поведінки, як постійна дурашливість, агресивність. У поведінці такі хворі манірні, здійснюють вичурні рухи, поводяться, як клоуни, дурачаться, насміхаються, задівають оточуючих, причиняють їм різні дрібні неприємності, насміхаються з людей похилого віку. Часто вони проявляють надмірну бездушність і, злорадно насміхаючись, можуть скоїти вбивство чи нанести тяжкі тілесні пошкодження. Ця форма шизофренії зустрічається дуже рідко, перебіг її характеризується відсутністю ремісій, і злоякісністю. Діагностується не відразу (через те, що хворих довгий час приймають за невихованих підлітків

або бешкетниками), призводить до значного вираженого дефекта психіки психопатоподібного типу.

Кататонічна форма. Ця форма шизофренії раніше зустрічалась набагато частіше, ніж тепер. Характерним для неї є поєднання порушень психіки властиві шизофренії із зміною тону м'язів, що відображено у назві («кататонічний» - зі зміненим тонусом»). Може зустрічатися у будь якого віці. При ній у хворих відмічаються чергування кататонічного ступору і кататонічного збудження (симптоматику див. у главі „Порушення ефекторно-вольової сфери”).

Кататонічний ступор може тривати від декількох тижнів до декількох років. Після виходу зі ступора, коли хворі вступають в адекватний мовний контакт, вдається з'ясувати, що вони на протязі усього цього стану були повністю орієнтовані у оточуючому, добре пам'ятають усі деталі розмов і подій, які у цей час відбувалися навколо них.

При кататонічній формі може зустрічатись онейроїдний синдром, при якому хворі занурюються у світ фантастичних переживань, знаходяться в уявній обстановці і ситуації: “на небі, у пеклі, скоюють політ у космос” і т.ін. При цьому вони не вступають у контакт, не відповідають на запитання, а лежачи у ліжку, спостерігають уявні сцени з виразом задоволення чи захоплення на обличчі.

Стан кататонічного ступора небезпечний можливістю утворення пролежнів, стійкою відмовою від їжі, через що хворі можуть загинути від виснаження. Окрім того, кататонічний ступор може відразу і несподівано перейти у кататонічне збудження: хворі бурхливо, імпульсивно вскакують з ліжка, здійснюють неперевні одноманітні рухи: тупочуть, розмахують руками, мотають головою і т.п. Ці рухи можуть продовжуватися без будь-яких ознак втоми декілька діб. Вступити у мовний контакт з хворими неможливо, вони не відповідають на запитання. Кататонічне збудження може раптово закінчитися: або знову перейти у кататонічний ступор, або завершитися виходом у ремісію.

Параноїдна (або галюцинаторно-параноїдна) форма. Ця форма шизофренії найбільш розповсюджена. Може виникати у будь-якому віці, але найбільш часто у 16-30 років. Головним проявом, який визначає назву («параноїд» - з давньогрецької - маячення) і зміст цієї форми є *параноїдний (маячний) синдром*. Він характеризується маячними ідеями особливого значення, стосунку, переслідування, фізичного впливу і т.д.

Захворювання розвивається поступово, але зовнішньо може проявлятися раптово. Класичний розвиток параноїдного синдрому відбувається в кілька етапів: спочатку з'являються маячні ідеї особливого значення з символічною трактовкою оточуючої обстановки, потім виникають маячні ідеї відношення, які поступово набувають конкретного втілення у маячних ідеях переслідування.

Однак нерідко у хворих відразу з'являється маячні ідеї переслідування. У одних випадках маячення поєднується з слуховими, зоровими, смаковими, нюховими і тактильними псевдогалюцинаціями (*галюцинаторно-параноїдний синдром*). У інших маячні ідеї бувають без галюцинацій.

Характерним для цієї форми шизофренії є *синдром Кадинського – Клерамбо* – сполучення психічного автоматизму, псевдогалюцинацій і маячення впливу, відкритості думок.

Іноді в клінічній картині спостерігаються симптоми, які входять в структуру *парафренного синдрому* – систематизованих маячних ідей, що починаються з ідей стосунку, впливу, переслідування, отруєння і набувають великого розмаху (зустрічі з прибульцями, небувала могутність, яка дозволяє керувати цілим Всесвітом і т.п.), закінчуючись формуванням маячних ідей власної величі.

У випадках сприятливого перебігу через декілька місяців настає стан ремісії – хворі повертаються на роботу і до сім'ї при порівнянно адекватній поведінці. Психотичний напад може більше ніколи не повторюватися.

В інших, більш тяжких випадках, психотичні епізоди можуть багаторазово повторюватися на протязі всього життя.

У більшості ж хворих відмічається приступодібно-прогресивний перебіг захворювання, при якому напад психозу після ремісії змінюється нападом приблизно у тій же формі. Такі напади неодноразово рецидивують протягом багатьох років. При цьому після кожного нападу психоза усе більше поглиблюється дефект психіки.

Атипові форми шизофренії. До них належать – циркулярна шизоафективна і ремітуюча форми; форма шизофренії, що має млявий перебіг, іпохондрична, неврозоподібна форми і фебрильна шизофренія.

Циркулярна форма. Ця форма проявляється у вигляді маніакальних і депресивних нападів, які виявляються один за одним або перемежуються через ремісії різної тривалості. Після кожного нападу психоза поглиблюється дефект психіки. В цілому ця форма шизофренії має порівняно сприятливий перебіг з відносно сприятливим прогнозом, хворі протягом багатьох років можуть зберігати працездатність та інші аспекти соціального функціонування.

Іпохондрична форма. При цій формі шизофренії хворі переконані у тому, що вони страждають на тяжке соматичне захворювання. У одних випадках ця переконаність виражається у іпохондричних маячних ідеях: хворі запевняють, що у них туберкульоз, сифіліс, рак чи якийсь інше захворювання. Причому до цього переконання вони приходять раптово, «осаянням».

Пацієнти знаходять у себе ознаки одного з захворювань і звертаються за медичною допомогою, вимагають щоб їх лікували і, не довіряючи, висновкам лікарів про те, що вони здорові, переходять з одного лікувального закладу до іншого, вимагають нескінченних аналізів та курсів лікування. Вони звинувачують лікарів у обмані, у тому, що від них приховують справжній діагноз, витрачають цілі роки на те, щоб переконати оточуючих у своїй правоті.

В інших випадках, що зустрічаються більш часто, є тверда переконаність у наявності якогось неконкретного “захворювання”, яка ґрунтується на

багаточисельних тягісних, хворобливих, неприємних відчуттях у всьому тілі. Ці відчуття хворі описують у вигляді вичурних, незвичайних скарг: «пече голову» і одночасно «холодіють ноги», по тілу «ходять голки», «хвилі», в ділянці серця «пустота», «клапани серця клацають», «гаряча кров йде по судинам», «бурлить» і багато іншого.

Виражені явища деперсоналізації: голова здається м'якою, напівпорожньою, на голові щілини чи тріщини, впадини, бугри, лице зелено-жовте, руки «висохли» і т.п.

Усі хворі на іпохондричну шизофренію зазвичай насуплені, засмучені. Заявляють, що їх щось «гнітить». Нерідко в них можна виявити елементарні галюцинації - зорові: «кружки», «кулі» перед очима, слухові: «тріскіт» у голові, шум чи дзвін у вухах і т.п., нюхові: частіше за все запах гнилі або протухлого яйця з рота, тактильні: щось повзає під шкірою т.п.

Захворювання частіше за все починається і розвивається поступово. Зазвичай у віці 25-40 років. У ряді випадків воно може починатися раптово, у вигляді нападу жару, тремтіння або слабкості. А потім також переходить на поступовий перебіг.

Після багаторічного безуспішного лікування у лікарів найрізноманітніших спеціальностей хворі переходять на самолікування. Виробляють для себе особливий режим харчування, постійно носять на голові теплу шапку, і прокладки на різних частинах тіла. Поступово вони все більше віддаляються від оточуючих і втрачають зацікавленість до всього, окрім стану свого здоров'я і пошуків усе нових засобів лікування.

Частина хворих поводить себе пасивно, проводячи час дома, головним чином у ліжку. Деякі проявляють сутяжну активність, звертаючись у різні інстанції зі скаргами на лікарів. Вимагають більш кваліфікованої медичної допомоги. Зазвичай лише через багато років хворі потрапляють до поля зору психіатрів. На цій стадії хвороби поряд з іпохондричним синдромом яскраво виражені емоційна уплощеність і аутизація психіки.

Перебіг захворювання при цій формі шизофренії повільний, млявий, без ремісій. Хворі поступають на лікування в пізні строки від початку захворювання, внаслідок чого лікування стає у багатьох випадках малоефективним.

Шизофренія з млявим перебігом. Ця форма шизофренії виділяється деякими вченими за типом перебігу. Психопатологічна симптоматика виражена нечітко, найчастіше за все нагадує невроз або психопатію.

У таких хворих можуть спостерігатися нав'язливі думки, епізодичні галюцинації. Вони розробляють свої системи харчування, загартовування і т.п. Її елементом є сутяжний синдром. Хворі протягом багатьох років ведуть активну боротьбу проти пригнічення своїх прав і свобод істинних чи уявних, пишуть велику кількість скарг у різні інстанції. Сутяжна боротьба поступово захоплює сутність особистості, стає метою існування. За своїми масштабами, затратами сил і засобів така діяльність не відповідає поставленій меті.

Навіть при задоволенні вимог хворих їх сутяжна активність переключається на іншу подібну мету, стаючи головною задачею життя. Шизофренія з млявим перебігом має порівняно маловиражений стосовно до формування дефекту перебіг, хворі тривалий час можуть зберігати свою працездатність і соціальні взаємовідносини. Однак, через багато років у них розвивається дефект психіки.

Фебрильна (гіпертоксична) форма – спостерігається рідко. Її перебіг характеризується пропасницею (лихоманкою). Температура тіла сягає 40⁰ С і більше, тримається від кількох діб до 3-4 міс. При цьому ознак інфекційної патології виявити не вдається. У подібних випадках хвороба має тяжкій перебіг, нерідко із смертельними наслідками. Такі стани потребують невідкладних, у тому числі реанімаційних, заходів.

Симптоми шизофренії у практиці лікаря-стоматолога.

Враховуючи, що цей підручник написаний у відповідності з програмою по психіатрії для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів, ми вважаємо за необхідне детальніше зупинитись на

деяких симптомах та синдромах шизофренії, які нерідко можуть зустрітися у практиці лікаря-стоматолога.

Переважно це дисморфоманічні розлади, наприклад, патологічна впевненість хворого в наявності у нього фізичної вади (переважно дефекту обличчя). Хвороблива симптоматика може також проявлятися у вигляді впевненості пацієнтів у тому, що вони розповсюджують неприємні запахи, або у незвичних відчуттях у ротовій порожнині (сенестопатій).

У рамках шизофренії синдром дисморфоманії (дисморфофобії) і патологічна впевненість у розповсюдженні неприємних запахів виникають переважно у віці 13-20 років. Ці хворобливі симптоми розвиваються повільно, малопомітно, носячи характер маячення або надцінних ідей і досить рідко проявляються у вигляді нав'язливостей. Як правило ці симптоми властиві безперервному перебігу шизофренії і поєднуються з неврозоподібними та психопатоподібними розладами, іпохондрією. Починаються дисморфоманічні розлади, як правило, з відчуття невпевненості у собі, проблем у спілкуванні з людьми і переконаності у власній неповноцінності. Для останнього, як правило, вагомих підстав немає.

У початковому періоді синдром дисморфоманії може займати центральне місце у клінічній картині хвороби. При цьому характерним є депресивний настрій, маячні ідеї відношення. По мірі наростання хворобливого процесу дисморфоманічні розлади поступово редукуються або змінюються на іншу шизофренічну симптоматику. У таких випадках ідеї фізичної потворності та розповсюдження неприємних запахів стають як би тематичною основою параноїдного маячення.

При несприятливому перебігу шизофренії зазначені скарги швидко набувають відверто безглузлого характеру. Потяг до виправлення фізичного дефекту у хворих з безперервним перебігом шизофренії виражений слабо, а в ефекторній сфері на перший план виступають абулічні прояви.

Ідеї “активного виправлення потворності” найбільш яскраво виражені у хворих з нападopodobним перебігом шизофренії. В окремих випадках це

може супроводжуватись прагненням до самогубства. Корируючі пластичні операції хворим шизофренією проводити не рекомендується, бо неприємні відчуття в операційних рубцях можуть послужити основою для подальшого розвитку психопатологічної симптоматики.

Стан порожнини рота у хворих на шизофренію.

Стан порожнини рота і жувального апарату нерозривно пов'язаний із загальними функціями організму. При шизофренії в результаті наростаючої абутії хворі перестають доглядати за зубами, своєчасно звертатися за лікарською допомогою до лікарів-стоматологів. В результаті такі пацієнти нерідко страждають на розлади травної системи та інтоксикації. Відомо також, що при шизофренії порушується білковий та мінеральний обмін. Всі ці фактори заслуговують на увагу лікаря-стоматолога.

Є повідомлення, що стоматологічні захворювання зустрічаються у хворих на шизофренію набагато частіше, ніж у здорових людей. За даними А.А. Нечаєвої, при шизофренії карієс відмічався у 86,6% хворих, а парадонтоз – у 55,2% всіх обстежених, при чому, явища пародонтозу знаходяться у прямій залежності від тривалості захворювання і найбільш часто зустрічаються при кататонічній формі шизофренії (62,2%).

Проблемним є протезування хворих на шизофренію, особливо з апатико-абутічними розладами і значною тривалістю психопатологічного процесу. Все сказане обумовлює необхідність організації систематичного стоматологічного лікування таких хворих.

Ремісії при шизофренії.

Як вказувалося вище, шизофренія може мати безперервний перебіг, що характерно для простої, гебефренічної та іпохондричної форм, або проявляється у вигляді нападів з ремісіями при кататонічній, параноїдній і циркулярній формах.

Ремісії за тривалістю і якістю розділяються на чотири типи:

Тип А - характеризується зникненням психопатологічної симптоматики з критичним відношенням до перенесеного нападу психоза. При цьому типі ремісії відмічається практично повне одужання.

Потрібно однак підкреслити, що по-перше, ремісія типу А зустрічається рідко, по-друге, і у цих хворих після нападу психоза відмічаються деякі, хоч і нерізка виражені, зміни особистості. При типі А хворі працездатні і можуть продовжити працювати на тій самій роботі крім випадків, коли їх професія пов'язана з індивідуальною відповідальністю за життя, здоров'я і безпеку інших людей (водій, диспетчер, пожежник, лікар-хірург і т.п.).

Тип В - характеризується зникненням психопатологічної симптоматики при відсутності, однак, критичного відношення до перенесеного психозу. Зміни особистості у таких випадках виражені більш помітно, залишається дефект психіки. При типі В хворі також працездатні, але коло доступних їм видів праці більш звужене, ніж при типі А. Зокрема, їм протипоказана робота на керівних посадах.

Тип С - при ньому відмічаються значне зменшення психопатологічної симптоматики. Але частина порушень психіки залишається. При типі С хворі можуть бути виписані з стаціонару і здійснювати нескладну роботу.

Тип Д. При цьому типі відмічається внутрішньолікарняне покращення, коли психопатологічна симптоматика зберігається, але хворі стають спокійними, відсутня афективна напруга і агресивність. При типі Д хворі або залишаються у стаціонарі для подальшого лікування, або можуть бути виписані за умови спостереження за ними родичів; вони непрацездатні.

Дефекти психіки при шизофренії.

Переважно дефект психіки утворюється вже після першого нападу шизофренії. Після кожного наступного нападу він поглиблюється у формі притуплення емоцій і волі, а також у особливостях мислення. Хворі стають неохайними, апатичними, ведуть замкнений образ життя. Такий стан набуває стабільного характеру, що дає право говорити про дефективну стадію

шизофренії. На фоні дефекту емоцій і волі можливі різні інші стійкі порушення психіки, що дає змогу виділити 6 типів дефективних станів:

I. **Астенічний** тип дефекта характеризується млявістю, підвищеною втомлюваністю, відразу до будь-якої діяльності, замкненістю.

Цей тип дефекту найбільш часто зустрічається при простій, кататонічній та іпохондричній формах шизофренії. Такі хворі зазвичай критично оцінюють свій стан, можуть бути працевлаштовані і працюють, хоча і з обмеженим навантаженням.

II. **Психопатоподібний** тип дефекта може спостерігатися при усіх формах шизофренії. Пацієнти імпульсивні, ексцентричні, нетактовні, озлоблені, легко вступають у конфлікти з оточуючими.

Вони можуть бути працевлаштовані на індивідуальній ділянці роботи.

III. **Параноїальний** тип дефекта Хворі поводять себе таємниче, насторожено, з гонором. Їх мислення надмірно деталізоване, причому кожній деталі вони надають особливого значення, з недовірою і підозрою ставлячись до оточуючих, що різко затрудняє спілкування. Цей тип дефекту відповідає параноїдній формі шизофренії. Хворі можуть бути працевлаштовані на індивідуальній ділянці роботи.

IV. **Гіпоманіакальний** тип дефекта порівняно рідко зустрічається головним чином при гебефренічній і циркулярній формах шизофренії. Хворі постійно знаходяться у підвищеному настрої, багатослівні, суєтливі, схильні до активної діяльності, але легко кидають почату справу.

При легких стадіях гіпоманіакального дефекта хворі можуть задовільно працювати. У випадках більш глибоких дефектних змін психіки їх діяльність стає хаотичною, неконтрольованою, внаслідок чого вони втрачають працездатність.

V. **Апатико-абулічний** тип дефекту зустрічається при усіх формах шизофренії, найчастіше при простій та іпохондричній формах. Хворі при такому типі дефекту апатичні, бездіяльні, емоційно сплоснені, нічим не

займаються і не цікавляться. Вони або відмовляються від їжі, або занадто багато їдять. Такі хворі непрацездатні.

VI. *Змішані типи дефекту* включають особливості декількох дефективних проявів. Прогноз щодо працездатності несприятливий.

ЛІКУВАННЯ.

Основним методом лікування шизофренії є використання психотропних препаратів, шокової терапії та психотерапевтична корекція спрямована на соціальну реадaptaцію хворих. Центральне місце серед них на сучасному етапі посідає фармакотерапія нейролептиками (антипсихотиками).

Показання до застосування нейролептиків залежать від вираженості у них переважно седативної чи антипсихотичної активності. У зв'язку з цим їх застосовують комбіновано.

Такі препарати, як аміназин, тизерцин, хлорпротиксен, етаперазин мають широкий спектр заспокійливої і антипсихотичної дії. Їх можна комбінувати з нейролептиками, які мають цілеспрямовану антипсихотичну дію. Близькі за дією нейролептики комбінувати не доцільно.

Наприклад, трифтазин, галоперидол і триседил мають виражену селективну дію на маячні ідеї і галюцинації і можуть бути використані у комбінації з іншими нейролептиками для лікування хворих на параноїдну форму шизофренії. А мажептил і френолон ефективні при кататонії.

При простій і гебефренічній формах рекомендований неуплептил, який тамує поведінкові розлади, за що отримав назву „коректора поведінки”. При циркулярній формі для маніакальних хворих рекомендується аміназин, тизерцин, галоперидол, а для депресивних: антидепресанти (меліпрамін, амітриптилін та ін.).

При лікуванні іпохондричної форми, а також шизофренії з млявим перебігом застосовують комбінації транквілізаторів (тазепам, феназепам, еленіум, седуксен та ін.), антидепресанти.

Для більш активної дії на головний мозок нейролептики можна комбінувати з ноотропами: пірацетамом, енцефалом, препаратами типу меморі плюс. Потрібно мати на увазі, що тривале застосування великих доз нейролептиків може призвести до низки побічних впливів і ускладнень, як то злякисний нейролептичний синдром, паркінсонічний синдром, гіпотонія аж до колапсу, ураження печінки та нирок, агранулоцитоз та ін.

З метою профілактики синдрому Паркінсона, проявами якого є тремор голови, рук, скутість м'язів (включаючи жувальні м'язи) та маскоподібність обличчя хворі отримують коректори нейролептичної терапії (циклодол, паркопан).

Лікування проводиться під щоденним контролем артеріального тиску. При необхідності, хворим призначають ін'єкції кордіаміну. Після прийому нейролептиків вони повинні знаходитися у горизонтальному положенні. Регулярно проводяться повторні аналізи крові, сечі, перевіряють функціонування печінки.

При появі ускладнень дози нейролептиків зменшують. У випадку формування терапевтичної резистентності до нейролептиків вдаються до так званих «зигзагів» - хвилеподібних зменшень та підвищень доз препаратів. Під кінець курсу лікування зниження доз нейролептиків проводять поступово, аби уникнути різкої реакції організму так званого синдрому відміни і рецидиву хвороби.

Лікування гіпертоксичної (фебрильної) шизофренії потрібно проводити в умовах реанімаційного відділення психіатричної лікарні, із застосуванням великих доз аміназину (до 400-500 мг на добу), кортикостероїдів, дегідратаційної терапії, сечогінних препаратів, вітамінів та в/в введення поживних сумішей. Деякі автори, для профілактики інфекційних ускладнень, рекомендують застосування антибіотиків. При неефективності вищевказаних заходів застосовують електрошокову терапію.

Після закінчення основного курсу лікування у стаціонарі хворі на шизофренію отримують амбулаторну підтримуючу терапію у вигляді малих

доз нейролептиків, особливо препаратів пролонгованої дії (галоперідол-деканоат, модитен-депо, імап, семап).

ЕКСПЕРТИЗА.

Лікарсько-трудова. Хворі на просту та гебефренічну форму шизофренії за умови безперервно-прогресивного перебігу переводяться на інвалідність III, II, або навіть I групи у залежності від вираженості дефекту. При кататонічній та параноїдній формах трудова експертиза більш варіабельна внаслідок можливості спонтанних ремісій і меншої прогресивності процесу. Визначальним критерієм у такому випадку є глибина ремісії.

Військово-лікарська. Хворі на шизофренію визнаються непридатними до військової служби і знімаються з обліку.

Судово-психіатрична. Хворі на шизофренію при скоєнні ними протиправних дій у стані психозу або при розвитку захворювання до винесення вироку суду визнаються неосудними і направляються на примусове лікування. Залежно від їх суспільної небезпеки це можуть бути психіатричні стаціонари загального типу, або лікарні з посиленням режимом. У останньому випадку, по мірі зменшення суспільної небезпеки їх переводять на примусове лікування у загальнопсихіатричні стаціонари.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

1. Визначення поняття шизофренії та історія її вивчення.
2. Етіологічні теорії шизофренії.
3. Класифікація шизофренії.
4. Клінічні прояви параноїдної форми шизофренії.
5. Клінічні прояви простої форми шизофренії.
6. Клінічні прояви кататонічної форми шизофренії.
7. Клінічні прояви гебефренічної форми шизофренії.
8. Типи перебігу шизофренії.
9. Типи ремісій при шизофренії.
10. Поняття шизофренічного дефекту та його типи.
11. Фармакотерапія шизофренії.
12. Немедикаментозне лікування шизофренії.
13. Експертиза шизофренії.

Глава 8

АЛКОГОЛІЗМ ТА АЛКОГОЛЬНІ ПСИХОЗИ

Алкоголізм – хронічне прогресивне захворювання, яке виникає внаслідок систематичного зловживання алкогольними напоями і супроводжується формуванням психічної та фізичної залежності від них.

Це захворювання включають до рубрики психічних тому, що по-перше, в основі хворобливого потягу до алкоголю лежать глибокі психопатологічні зміни особистості, а по-друге, тривале зловживання ним призводить до порушень психіки, дефекту особистості та розвитку алкогольних психозів.

ІСТОРИЧНІ ДАНІ.

Наукове вивчення алкоголізму почалось у 1857 році коли М. Huss в своїй книжці „Хронічний алкоголізм, або алкогольна хвороба” описав ряд його ознак і запропонував власне термін „хронічний алкоголізм”. Продовжили вивчення цієї проблеми Marce (1862), К. Vonhoefffer (1906), С.С. Корсаков (1901), Ф.Е. Рибаків (1914) та С.А. Суханов (1914).

У другій половині двадцятого сторіччя розвиток вчення про алкоголізм базувався на дослідженні його клініко-біологічних складових та соціальних проявів. Так, С.Г. Жислін (1931), вперше детально описав та дослідив алкогольну абстиненцію, а І.В. Стрельчук (1959), А.А. Портнов та І.Н. Пятніцкая (1971) продовжили розробку запропонованої ще С.С. Корсаковим концепції переходу функціональних психічних розладів у органічні, висунули принцип прогресивності процесу та розділили його на три стадії.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ.

За підрахунками Е.А. Бабаян, М.Х. Гонопольського (1987), Н.І. Kaplan, В.І. Sadock (1996) кількість хворих на алкоголізм становить в середньому 6,2-14,8% дорослого населення.

Вивчення епідеміології алкоголізму стикається з серйозними труднощами через велику кількість так званого „прихованого алкоголізму” („home drinkers”). Досить надійним критерієм поширеності алкогольної залежності слугує показник кількості вжитого абсолютного етанолу, що приходиться на душу населення протягом року. Так, наприклад, у 1995 році цей показник склав у Франції 18,6 л, а у Росії - 20 л. Саме у цих країнах, за даними ВООЗ, була зареєстрована і найбільша кількість хворих на алкоголізм у популяції.

ЕТІОЛОГІЯ.

Серед факторів, що визначають розвиток алкоголізму як хвороби, потрібно виділити наступні: генетичні, фізіологічні, психологічні та соціальні.

Генетичні фактори. Ще в давнину люди вважали, що від батьків, які страждають на алкоголізм, нерідко народжуються діти з різними фізичними вадами, інтелектуальною недостатністю, з судомами і такі, які з часом теж стають алкоголіками.

Роль генетичних факторів у розвитку алкоголізму підтверджується і при порівнянні однойцевих і двояцевих близнюків. Значно більше поєднання випадків у однойцевих пар. У хворих з обтяженою спадковістю нездолимий потяг до алкоголю виникає значно раніше і темпи розвитку алкоголізму носять прискорений характер порівняно з хворими з необтяженою спадковістю.

Як вважають деякі вчені, під дією алкоголю змінюється обмін речовин у організмі плоду і це потім обумовлює особливу чутливість до нього.

Фізіологічні фактори. Велике значення у походженні алкоголізму відводять порушенням обміну речовин. Зокрема, це стосується патології балансу вітамінів групи В і вітаміна С. Визнається важлива роль у порушенні співвідношення хлору і натрію у крові. Враховуючи, що у людей, які зловживають алкоголем спостерігаються дуже часті зміни настрою,

вважають, що в етіології алкоголізму велике значення відіграє порушення рівноваги між адреналіном і адренохромом.

Психологічні фактори мають значення у розвитку алкоголізму, через те, що нетривала стимулююча дія алкоголю знижує тривожність, напруження, зменшує страх. Певне значення відіграє темперамент людини, особистісні риси.

Одні легко контактують з людьми, люблять компанії, інші, навпаки, прагнуть залишатися на самоті, але і ті і інші можуть страждати на алкоголізм, хоча мотивація до алкоголізації у них залишається різною - у одних прагнення до спілкування, у інших - спроби полегшити самотність. Алкоголь сприяє появі відчуття задоволення, ейфорії, розслабленості, полегшення. Перше змушує певну групу людей вживати алкоголь як засіб для отримання задоволення, легкого проведення часу. До них відносять осіб примітивних, з обмеженими інтересами, тих, що не вміють знайти собі заняття або ті, що звикли отримувати легке, доступне задоволення. В іншому випадку мова йде про осіб, які при складних життєвих ситуаціях не можуть з ними впоратись і знаходять у алкоголі почуття спокою, відходу від реальності, хоча б на деякий час.

Велике значення має формування особистості: виховання отримане людиною у сім'ї, школі. В одних випадках виховується особистість, яка вимагає легкого задоволення. В інших - особистість, яка потребує надмірної опіки, не вміє протистояти життєвим негараздам. Частина осіб хибно свою професійну діяльність у сфері виготовлення, збереження або продажу спиртних напоїв, вважаючи саме її причиною захворювання.

У ряді випадків алкоголізм у дітей та підлітків є результатом прагнення бути схожими на дорослих. Іноді алкоголізація є протестом проти нецікавого, буденного життя.

Соціальні фактори – це комплекс чинників, що сприяють зловживанню алкоголем, який включає певні особливості виховання, освіти, сімейний стан,

матеріальне забезпечення, положення індивіда у суспільстві, ставлення держави до проблеми алкоголізму та ін.

Доведено, що серед алкоголіків більшість складають неодружені, самотійні або ж розлучені особи. Матеріальний стан відіграє роль на перших етапах алкоголізму, потім з розвитком захворювання відбуваються зміна положення індивіда в суспільстві та зниження соціального статусу з втратою або зменшенням заробітку, але прийом алкоголю при цьому не зменшується.

Політика країни найчастіше залежить від загальнонаціональних традицій та релігійних установок. Так, у мусульман і протестантів вживання алкоголю заборонено. До соціальних факторів належить, і може бути одним із найголовніших, легка доступність алкогольних напоїв, тисячолітні традиції вживання спиртного у найрізноманітніших ситуаціях.

Сукупність цих факторів сприяє розповсюдження побутового пияцтва, із якого потім розвивається хронічний алкоголізм. Потрібно підкреслити, що межі між пияцтвом і хронічним алкоголізмом нечіткі.

ПАТОГЕНЕЗ.

За умови хронічного зловживання спиртними напоями порушуються ферментативні процеси, обмін біогенних амінів (норадреналіну, серотоніну), особливо у мозку і гіпоталамусі.

Певне значення у патогенезі алкоголізму надають розладам вітамінного обміну (В1); коливанням вмісту цукру у крові (гіпер- і гіпоглікемії), які викликають своєрідне «голодання», зокрема до етанолу, і сприяють повторній алкоголізації. Певну увагу приділяють стану вегетативної нервової системи з почерговою перевагою функціонування симпатичного і парасимпатичного її відділів.

Важливе місце у патогенезі алкоголізму відводять факторам природнього та штучного імунітету. Вказують на збільшення продукції

морфіноподібних речовин, що, можливо, й призводить до розвитку фізичної залежності від алкоголю.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ АЛКОГОЛІЗМІ

I. Гостра алкогольна інтоксикація

1. Звичайне алкогольне сп'яніння:

- легкий ступінь;
- середній ступінь;
- важкий ступінь.

2. Патологічне сп'яніння.

II. Хронічна алкогольна інтоксикація

1. Побутове (звичне) пияцтво.

2. Алкоголізм:

- 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 маячення ревнощів, Корсаковський психоз, алкогольний псевдопараліч.

ГОСТРА АЛКОГОЛЬНА ІНТОКСИКАЦІЯ.

При *легкому ступені сп'яніння* настає збудження, піднесений настрій, бадьорість, почуття благополуччя. Реальна дійсність, взаємовідносини між людьми оцінюються неадекватно. Пригнічуються тривога і страх, що свідчить про транквілізуючу дію алкоголю. Відмічається рухова розгальмованість та порушення координації рухів. Прискорюється темп

мислення, поведінка визначається домінуючим афектом, знижується здатність до критичної оцінки власних дій.

У зв'язку з цим хворий у стані сп'яніння часто не може відмовити у проханнях, стає занадто добрим, щедрим, багато обіцяє. Людина у стані сп'яніння буває занадто комунікабельною, легко заводить знайомства, відрізняється багатослівністю, розповідає про свої переживання значно перебільшуючи їх. Втрачається почуття такту і дистанції, переоцінюються свої можливості, виникає хвастливість та необачність.

Нерідко відмічається афективна нестійкість - ейфорія змінюється озлобленістю, агресією, плаксивістю. Почуття симпатії легко переходить у антипатію і ворожість. На цій стадії розгальмовуються вітальні почуття: підвищується апетит, лібідо, примітивна емоційність.

У цілому описану картину сп'яніння можна назвати *ейфоричною формою* сп'яніння. Існують також *дисфоричні форми*, для яких характерні переважання паганого настрою, конфліктність, агресивність, придирилівість, суїцидальні думки та спроби.

Алкоголь порушує інтелектуально-мнестичні функції - експериментально доказано, що 10-15 грамів чистого алкоголю порушують виконання психологічних тестів, погіршують розуміння інструкцій, запам'ятовування, рахування. Сп'яніння супроводжується погіршенням здатності до рахувальних операцій, ослабленням комбінаторних асоціативних процесів, зорових та слухових сприйнятів, швидкості реакції.

Вегето-судинні зміни проявляються гіперемією обличчя, відчуттям тепла, розширенням периферичних судин, тахікардією, підвищенням АТ, прискоренням дихання, а пізніше його сповільненням. Підвищується секреція слинних і травних залоз, прискорюється перистальтика, підвищується діурез.

Середній ступінь алкогольного сп'яніння характеризується перед усім гальмуванням вищих відділів ЦНС. При цьому відмічається загальна в'ялість, зниження темпу мислення, порушення ходи. Мова п'яного стає

дизартричною, в ній зустрічається багато повторень. Може розвинутися розлад орієнтування у оточуючому з втратою контролю над власною поведінкою. Завдяки цьому з'являється цинічні вислови, втрата сором'язливості, неприкрита сексуальність, здійснюється відправлення фізіологічних потреб при сторонніх тощо.

Глибокий ступінь сп'яніння. Це стан, при якому спостерігаються різні по глибині розлади свідомості аж до коми. Можуть виникати мимовільні відходження сечі та калу, епілептичні напади.

Часто настає м'язова гіпотонія, зниження температури, пригнічуються рефлекси, відмічається мідріаз, горизонтальний ністагм, гіпостезія, аж до повного зникнення больових відчуттів. Шкіра стає блідою і холодною. Інколи виникають пірамідальні знаки, симптоми орального автоматизму. Останні характерні для алкогольної коми. Смерть може наставати внаслідок пригнічення життєво важливих функцій через параліч бульбарних центрів.

Особи, що перенесли тяжкі стани сп'яніння, нічого не пам'ятають про те, що відбувалося, довго залишаються астенічними, адинамічними, з явищами атаксії, дизартрії, вегетативними розладами.

Період простого алкогольного сп'яніння триває після прийому великої кількості алкоголю у середньому від 6-7 до 12 годин. Після враженого сп'яніння настає амнезія - «алкогольні палімпсести», «латана пам'ять», спостерігається астенія, головний біль, субдепресія, відмічається ністагм, знижується чутливість рогівки, реакції зіниць на світло. Можливі гіпестезії, анальгезії. Знижується смакові сприйняття, сприйняття тепла і холоду, нюх, уповільнюється період адаптації і т.ін.

Патологічне сп'яніння. Це гострий короткочасний психотичний стан, що рідко зустрічається. Він характеризується раптово виникаючим глибоким потьмаренням свідомості і нагадує присмерковий розлад свідомості.

Патологічне сп'яніння розвивається після прийому невеликої кількості спиртного, рідше на фоні середнього ступеню сп'яніння.

При цьому зникають зовнішні ознаки сп'яніння. Хода і мова без змін, поведінка зумовлена внутрішніми психотичними, імпульсивними мотивами, почуттям тривоги, страху, які можуть змінюватися немотивованою злобою, люттю. Ці реакції можуть виникати на основі маячних і галюцинаторних переживань.

Іноді у стані патологічного сп'яніння дії хворих позбавлені спрямованості і проявляються у формі безглузких актів нападу, захисту, або втечі. Це призводить до тяжких антисоціальних вчинків. Такі дії супроводжуються або криком, стереотипним повторенням одних і тих же слів, або мовчазною зосередженістю.

В залежності від особливостей клінічного перебігу виділяють наступні форми патологічного сп'яніння: присмеркову, деліріозну, галюцинаторно-параноїдну та маніакальну.

Якщо у стані патологічного сп'яніння хворі скоюють кримінальні вчинки, їх визнають неосудними.

МЕТОДИ ЕКСПЕРТИЗИ АЛКОГОЛЬНОГО СП'ЯНІННЯ.

Амбулаторний огляд - опитування про дозу та вид випитого алкогольного напою, оцінка скарг, зовнішнього вигляду, поведінки, ходи, мови та інших об'єктивних критеріїв неврологічного та психічного стану, а також стану внутрішніх органів.

Реакція А.М. Рапопорта - у 2 пробірки наливають по 2мл дистильованої води, пропонують особі, що обстежується, дути 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 зберігається світло-рожевий колір.

Методика Л.А. Мохова та І.П. Шинкаренка - досліджуваному пропонують дути через спеціальну трубку. При наявності у видихуваному

повітрі парів алкоголю сухий реагент у трубці змінює жовтий колір на зелений або блакитний.

ХРОНІЧНИЙ АЛКОГОЛІЗМ.

Хронічний алкоголізм - це захворювання, що виникає внаслідок систематичного вживання алкогольних напоїв, характеризується патологічним потягом до них і призводить до психічних та соматичних розладів, а також порушення соціальних взаємовідносин індивіда.

Провідним синдромом захворювання виступає наркоманічний або *синдром залежності*, який має наступні ознаки:

- хворобливий, непереборний потяг до алкоголю та втрата самоконтролю при вживанні спиртного ("психічна залежність");
- розвиток абстинентного синдрому - поява психічних та соматоневрологічних симптомів хвороби при утриманні від вживання алкоголю (розлади сну, жахливі сновидіння, тремор, неспокій, гіпнагогічні галюцинації, хворобливі відчуття у внутрішніх органах і т. ін.) - "фізична залежність";
- зміна толерантності - збільшення чи зменшення індивідуальної чутливості до алкоголю;
- психотоксична дія - розлади психічної діяльності після одноразових доз і зміни особистості при тривалому вживанні;
- зміни соматичних і неврологічних функцій.

Алкоголізм виникає поступово, непомітно для оточуючих і самого майбутнього алкоголіка. Цей період називається *побутовим, або звичним, пияцтвом*. Алкоголь на цьому етапі вживають від випадку до випадку, але у великій кількості. У стані сп'яніння спостерігається блювота, однак блювотний рефлекс з часом пригнічується, що є однією з ознак початку захворювання.

Побутове пияцтво триває в середньому від 5 до 10 років. У чоловіків зазвичай починається у віці 20-30 років, у жінок у віці 25-35 років.

Алкоголізм поділяють на три стадії:

I стадія - початкова, легка, неврастенічна;

II стадія – середня (наркоманічна);

III стадія - кінцева, тяжка, енцефалопатична.

Загальними динамічними ознаками алкоголізму є розвиток пристрасті до алкоголю, становлення і динаміка фізичної залежності, зміна толерантності до спиртних напоїв, порушення психічної діяльності, патологічні зміни у соматичній і неврологічній сферах.

Перша стадія алкоголізму.

В цій стадії розрізняють наступні ознаки:

1. Психічна залежність від алкоголю у вигляді obsесивного синдрому.
2. Відсутність фізичного потягу до алкоголю.
3. Зростаюча толерантність (стійкість до спиртних напоїв).
4. Зміна форм сп'яніння.
5. Перехід від епізодичного до систематичного прийому алкоголю.
6. Формування неврастенічного синдрому з початковими проявами психічних розладів.
7. З боку соматичної сфери - розлади апетиту, нетривалі розлади системи травлення, неприємні відчуття і біль у окремих органах.
8. З боку нервової системи - периферичні локальні неврити, посилення сухожилкових та періостальних рефлексів, гіпергідроз.

Найчастіше чинниками актуалізації алкогольного потягу є ситуаційно-побутові моменти (сварка у родині, негаразди на роботі, горе та ін.) або коливання настрою. Фізичного потягу до алкоголю на цій стадії захворювання ще немає.

Наприкінці цієї стадії доза алкоголю, що вживається задля сп'яніння збільшується у 3-5 разів. Одночасно знижується контроль за кількістю випитого.

Неврастенічний синдром виражається у вегетативно-судинних розладах, неврастенічній і астеничній симптоматиці, безсонні, певному загостренні особистісних рис, які у майбутньому призводять до психопатизації.

Друга стадія алкоголізму.

При другій стадії алкоголізму спостерігається:

1. Психічна залежність від спиртних напоїв обсессивного характеру з втратою кількісного контролю над вживанням алкоголю і прагнення до фізичного комфорту в стані сп'яніння.

2. Фізична залежність у вигляді компульсивного потягу до алкоголю.

3. Зміна реактивності на алкоголь проявляється у вигляді встановлення максимальної толерантності, виникненням амнезій, систематичним пияцтвом, псевдозапойними ексцесами.

4. Поступове формування психопатободібного синдрому (астеничного, істеричного, експлозивного, апатичного типів).

5. Порушення функціонування внутрішніх органів (гастрит, гепатит) та систем (серцево-судинної, дихальної, сечостатевої та ін.).

6. Нервова система - розлади вегетативних функцій, поліневрити, мізочковий та інші мозкові синдроми.

Одним з головних критеріїв другої стадії є поява фізичної залежності, яка полягає у постійній необхідності поповнювати організм новими порціями спиртних напоїв. Інакше настає *абстинентний синдром*, що тяжко переноситься і проявляється розладами з боку серцево-судинної, вегетативної систем, шлунково-кишкового тракту та ін.

Хворі скаржаться на прискорення або сповільнення пульсу, блювоту, пронос, головний біль, слабкість, тремтіння у кінцівках, гіпергідроз, лихоманку.

Такі ж розлади виникають вранці після прийому великої кількості алкоголю і носять назву *похмільного синдрому*. Його прояви вдається полегшити неспецифічними засобами (кефіром, томатним соком, розсолем) або тонізуючими процедурами (душ, ванна).

Абстинентний синдром дуже стійкий. Лікування може повністю зняти або зменшити його, але при відновленні пиятики він знову проявляється, навіть після тривалих періодів утримання від алкоголізації.

В другій стадії алкоголізму можуть виникати алкогольні (металкогольні) психози.

Третя стадія алкоголізму.

Формується через 8-10 років після початку зловживання алкоголем. Має наступні основні ознаки:

1. Психічний потяг до алкоголю зумовлений потребою у своєрідному психічному комфорті, носить компульсивний характер.
2. Виразна фізична залежність з абстинентним синдромом.
3. Реактивність організму продовжує змінюватися: знижується толерантність, окрім псевдозапоїв з'являються справжні або систематичне п'янство, з низькою толерантністю і відсутністю ситуаційного контролю.
4. Подальше зниження особистості з помітними змінами інтелектуально-мнестичних функцій. Деменція нівелює індивідуальні особистісні риси.
5. Алкогольні (металкогольні) психози.
6. Ураження органів і систем, у деяких випадках з незворотніми змінами (цироз печінки, серцево-судинна недостатність тощо).
7. Загострення неврологічної симптоматики.

Синдром психічного потягу до алкоголю змінюється поглибленою фізичною залежністю. Вживання алкоголю носить характер справжніх запоїв: 3-4 дні безперервного пияцтва з 10-15 днями так званого світлого проміжку. Запой завжди починається з компульсивного потягу, толерантність знижується, особливо добова.

Алкоголік вживає спиртні напої щоб знову відчувти фізичний комфорт, або хоча б позбавитися відчуття загальної слабкості, нездужання, провини. Хворий швидко п'яніє, досягаючи стану вираженої інтоксикації. Вживають найчастіше сурогати, так як вони дають більш виражене почуття сп'яніння у відносно невеликих дозах.

Відбуваються подальші інтелектуально-мнестичні розлади - хворі втрачають зацікавленість у суспільному житті, виробничі справи їх не цікавлять, як правило вони втрачають роботу, починають вести паразитичний спосіб життя, руйнується сім'я.

Особистість хворих нівелюється, різкі психопатичні прояви згладжуються, що робить більшість хворих з III стадією схожими один на одного - спустошеними, байдужими до оточуючого, з інтересами звуженими на задоволенні потреби у алкоголі (алкогольна деменція).

Розрізняють два типи алкогольного недоумства:

Еректильний - спочатку нагадує експлозивну форму психопатії - з збудливістю, агресивністю, гнівливими спалахами без істотних причин на фоні нерозважливості та непоміркваності з елементами нетримання емоцій, підвищеної говірливості, плаского гумору.

Торпідний - характеризується млявістю, апатією, байдужістю, іноді ейфоричним відношенням до оточуючого.

На III стадії захворювання помітні органічні симптоми недоумства зниження пам'яті та критики. У 13% випадків відмічаються алкогольні психози. Виявляється загальне погіршення опірності організму, у результаті чого ці особи частіше за все помирають від різноманітних інфекційних захворювань (грип, запалення легень та ін.). Захворювання внутрішніх органів і систем носять хронічний і малозворотній характер (виразка шлунку, цирроз печінки, інфаркт міокарду і т.д.).

Відмічаються більш виражені розлади нервової системи у вигляді дискоординації рухів, інсультів, тромбозів мозкових судин, судинних кризів з наступними парезами і паралічами.

АЛКОГОЛЬНІ ПСИХОЗИ.

Хронічний алкоголізм у приблизно 10% випадків призводить до розвитку алкогольних психозів, найчастіше за все алкогольного делірію (білої гарячки) - до 90% усіх алкогольних психозів.

ГОСТРІ АЛКОГОЛЬНІ ПСИХОЗИ.

Гострий алкогольний делірій - психоз, що розвивається зазвичай на фоні тривалого важкого синдрому алкогольної абстиненції.

Як вказувалося раніше, для синдрому абстиненції характерне безсоння з жахливими сновидіннями. По мірі ускладнення синдрому абстиненції ці сновидіння стають дедалі жахливішими, приймають авантюрно-детективний характер (бійки, вбивства, погоня, стрибки через безодню і т.д.). Потім частково заповнюються зоологічним змістом - різні дрібні тварини. І, нарешті, хворий практично не спить вночі, і, зазвичай, у цю ніч його жахливі сни наче проєктуються назовні. Виникають різноманітні зорові галюцинації, що можуть заповнювати увесь оточуючий простір. У хворих відсутнє орієнтування у часі (здається, що час йде швидше) і в оточуючій реальності, але зберігається орієнтування у власній особистості.

Спостерігається розмашистий тремор усього тіла, звідси назва цієї хвороби - *delirium tremens* (тремтячий делірій). Хворим здається, що вони в пеклі, у в'язниці і т.д. Вони відчують безперервний потік яскравих сценічних зорових галюцинацій, найчастіше загрозливого характеру. Вони бачуть небіжчиків, страшні обличчя, дрібних тварин: гризунів, земноводних і т.д., але завжди у зменшеному вигляді(мікрозоопсії); велику кількість комах, чортів і все це безперервним хороводом обертається навколо хворого. Можуть бути, хоча і рідше, також слухові галюцинації: крики, свист і т.д., тактильні: відчуття ниток у роті, потік води; нюхові: запах сірки та ін.

Характерне поєднання страшного зі смішним. Наприклад: навколо стрибають чорти, які погрожують хворому і в той же час підносять йому чарачку горілки і сміються. Все це відображається на поведінці хворих, які то відмахуються від комах, то ховаються під ліжку, то сміються.

Максимум виразності психотичний стан набуває при алкогольному делірії в нічний час. Вранці галюцинації зникають, збудження хворого зменшується, однак наступної ночі відбувається загострення психозу.

У середньому тривалість делірію складає 5-7 днів. Небезпечний він перш за все тим, що хворі відчуючи страх, можуть скоїти агресивні дії щодо оточуючих або самогубство. Окрім того, тривале збудження та важка інтоксикація хворих може призвести в окремих випадках до смерті внаслідок серцевої недостатності, пневмонії або набряку легень.

Несприятливий перебіг також мають такі варіанти делірію, як *професійний* (хворий під час психозу імітує свою професійну діяльність) і *муситуючий* (проявляється інкогерентністю мислення та хаотичною моторною активністю).

В окремих випадках після перенесеної білої гарячки у хворих може розвинути корсаковський психоз (втрата пам'яті на події, що відбуваються безпосередньо на теперішній час, амнестичне дезорієнтування, псевдоремінісценції, конфабуляції в поєднанні з поліневритами).

Гострий алкогольний параноїд - психотичний стан, що характеризується неглибоким порушенням свідомості, яскравим, афективно насиченим маяченням відношення і переслідування. супроводжується страхом, тривогою, епізодичними ілюзіями і галюцинаціями. Поведінка хворих визначається фабулою маячення. Тривалість гострого алкогольного параноїду від декількох днів до місяця.

Гострий алкогольний галюциноз - цей психоз також розвивається гостро, але на відміну від делірія, по-перше, перебігає при ясній свідомості з збереженням повного орієнтування у часі, місці і власній особистості; по-друге, при ньому спостерігаються виключно слухові галюцинації. Крім того, гострий алкогольний галюциноз може проявлятися як в період абстиненції, так і на висоті зловживання алкоголем.

Хворий безперервно чує голоси, які то звертаються до нього, то обговорюють його між собою. Зміст цих висловлювань пов'язаний з пияцтвом хворого. Вони погрожують йому, називають п'яницею і неробою. При цьому також можливі агресивні дії щодо оточуючих або самогубство

хворих. Тривалість гострого алкогольного галюциноза в середньому 2-3 тижні.

ХРОНІЧНІ АЛКОГОЛЬНІ ПСИХОЗИ.

Хронічний алкогольний галюциноз. Зустрічається дуже рідко. Хворі протягом ряду років майже безперервно чують голоси, звикають до них і перестають звертати на них увагу. Настає емоційне сплюснення. Більшість дослідників відносить хронічний алкогольний галюциноз до шизофренії, яка поєднана з алкоголізмом.

Алкогольне маячення ревнощів. Цей психоз найбільш часто проявляється немотивованими, безглуздими ідеями ревнощів по відношенню до своєї дружини. Такі хворі можуть бути соціально небезпечними, скоїти вбивство дружини, дітей або уявного коханця.

При багаторічному зловживанні алкоголем на III стадії захворювання може сформуватись недоумство, зумовлене органічним ураженням головного мозку. На цій стадії спостерігаються так звані енцефалопатичні психози, до яких належать корсаковський психоз, енцефалопатія Гайє-Верніке та ін.

Корсаковський психоз характеризується важкими порушеннями пам'яті та свідомості (фіксаційна амнезія, конфабуляції та амнестичне дезорієнтування), пригніченим настроєм у пацієнтів, поліневрітами.

Алкогольна енцефалопатія Гайє-Верніке - дуже важкий стан, який супроводжується явищами гострої інтоксикації та різноманітними неврологічними порушеннями. Хворі знаходяться в стані оглушення яке поступово може переходити в сопор або кому. Прогноз несприятливий.

ЛІКУВАННЯ.

Медицина допомога при тяжкому алкогольному сп'янінні:

- Штучне викликання блювоти та промивання шлунку. Викликати блювоту можна за допомогою підшкірного введення 0,25-0,5 мл

1% розчину солянокислого апоморфіну (одночасно тамує збудження).

- Видалення сечі за допомогою катетера (при затримці сечовиділення).
- Прийом 5-10 крапель нашатирного спирту на 1/2 стакану 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 введення 200-300 мл фізіологічного розчину чи 5% розчину глюкози з 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.

Лікування хворих на хронічний алкоголізм.

Таке лікування проводиться у декілька етапів:

На I етапі виконують *дезінтоксикаційну терапію* в\в введенням 5% розчину глюкози з вітамінами С і групи В, в\м ін'єкціями сірчанокислої магnezії.

На II етапі застосовують *умовнорефлекторну терапію*, тобто виробляють негативний умовний рефлекс на алкогольні напої за допомогою блювотних засобів. З цією метою (краще на групових сеансах) після ін'єкції апоморфіну, або вживання відвару баранця хворим дають невелику дозу спиртного. Таким чином, поступово виробляється блювотний рефлекс на алкоголь, який потім проявляється вже без ін'єкцій апоморфіну навіть при відчутті запаху, або одній згадці про алкоголь. Цей рефлекс, однак, потребує підкріплення кожні декілька місяців.

На другому етапі застосовують метод *сенсibilізації*. Хворим дають таблетки тетураму (антабус), фталазолу, тріхополу які несумісні з алкоголем.

Тетурам переважно використовують у вигляді імплантаційних таблеток „Еспераль”, дія яких заснована на блокуванні алкогольдегідрогенази, що призводить до інтоксикації ацетальдегідом після прийому навіть невеликих доз спиртного. Тетурам-алкогольна реакція викликає тяжкі вегетативні розлади, що змушує хворих утримуватися від вживання алкоголю. Імпантують „Еспераль” субфасціалью, переважно – під лопатку, дія його триває 8-12 місяців. У випадку алкогольного ексцесу у цей період треба негайно хірургічно видалити препарат і провести масивну дезінтоксикацію.

Важливим методом лікування хронічного алкоголізму є *психотерапія*. Застосовуються сугестивні заходи (гіпноз, емоційно-стресова терапія). Раціональна терапія може проводитися як індивідуально з кожним пацієнтом, так і з групою.

Через те, що патологічний потяг до алкоголю як правило повністю не припиняється необхідно в комплексному лікуванні алкоголізму проводити *підтримуючу (протирецидивну) терапію*, яка полягає в призначенні додаткових курсів умовнорефлекторної або сензибілізуючої терапії через певні проміжки часу.

Лікування алкоголізму найбільш ефективно при наявності позитивних установок хворого на відмову від спиртних напоїв.

Лікування алкогольних психозів.

При лікуванні білої гарячки легкого та середнього ступеню тяжкості без вираженого соматичного компоненту хворим протягом 7-10 діб призначають снодійні (5-10 мл 5% розчину барбамілу), суміш Попова, суміш Равкіна, 0,5% седуксен 4,0-8,0 мл в/м або в/в з 10-15 мл 40% глюкози, нейролептики: тізерцин або аміназін по 2-3 мл 2,5% 2-3 рази на добу в/в крапельно з 500 мл 5% глюкози, галоперідол 1-2 мл 0,5% в/м, клопиксол-акуфаз по 200 мг або флуанксол в ін'єкціях по 20 мг на добу.

У разі тяжкого перебігу алкогольного делірію, або інших гострих алкогольних психозів основну увагу спрямовують на інтенсивну

дезінтоксикацію, відновлення кислотно-основного балансу, запобігання гіпоксії та набряку мозку.

ЕКСПЕРТИЗА.

Лікарсько-трудова. Стан сп'яніння або звичайного похмілля не є підставою для видачі лікарняного листа. Лише у випадку необхідності переривання важких запоїв та абстиненцій небезпечних судомними нападами, суїцидальними тенденціями чи алкогольними психозами хворі лікуються по лікарняному листу амбулаторно чи стаціонарно. Хворим з корсаковським психозом, алкогольним псевдопаралічем та хронічним алкогольним галюцинозом призначають II групу інвалідності, а у перших двох випадках за потреби у сторонньому догляді і I групу. При паранойяльній формі затяжних алкогольних психозів хворі можуть багато років обходитись без призначення їм інвалідності, хоча при парафренічному варіанті їм показана III група інвалідності, а при посиленні галюцинацій – II група. II група інвалідності показана також за умови різкої вираженості алкогольного слабоумства.

Військово-лікарська. Хворі на алкоголізм (за виключенням випадків алкогольного слабоумства) навіть у випадку перенесення гострих алкогольних психозів в анамнезі, визнаються придатними до військової служби. У випадку затяжних алкогольних психозів (навіть у стані ремісії) або алкогольного слабоумства хворі визнаються непридатними до військової служби і знімаються з обліку.

Судово-психіатрична. Особи, які страждають на алкоголізм у випадку здійснення протиправних вчинків визнаються осудними і несуть повну відповідальність за свої дії, а здійснення злочину у стані алкогольного сп'яніння лише обтяжує вину злочинця. Виключення складають випадки очевидного алкогольного слабоумства. Дієздатність хворих алкоголізмом у частині випадків може бути обмежена за вироком суду, наприклад, вони можуть бути позбавлені права отримувати власну зарплату.

Важливим аспектом судово-психіатричної експертизи є диференціація ускладненого і патологічного сп'яніння. Спільним для них є виражене психомоторне та афективне збудження. Окрім того, у структуру патологічного сп'яніння входять ознаки затьмарення свідомості – дезорієнтованість, порушення предметного контакту з оточуючим і беззв'язність мислення у поєднанні з галюцинаціями та уривчастою чуттєвою маячнею, що визначає статус неосудності таких хворих. Структура ускладненого сп'яніння повністю вільна від психопатології, що обумовлює висновок про повну юридичну відповідальність за свої вчинки.

Хворі, що здійснили протиправні діяння у психотичному стані визнаються неосудними і карної відповідальності не несуть. Примусове лікування призначається навіть у випадках, коли на момент суду хворі вже вийшли з психотичного стану, але потребують лікування від алкоголізму.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

1. Етіологія та патогенез хронічного алкоголізму.
2. Клінічні прояви звичайного алкогольного сп'яніння.
3. Клінічні прояви патологічного алкогольного сп'яніння.
4. Методики експертизи алкогольного сп'яніння.
5. Дайте визначення побутового пияцтва.
6. Визначення та класифікація форм хронічного алкоголізму.
7. Дайте клінічну характеристику I стадії хронічного алкоголізму.
8. Дайте клінічну характеристику II стадії хронічного алкоголізму.
9. Дайте клінічну характеристику III стадії хронічного алкоголізму.
10. Класифікація алкогольних психозів.
11. Гострий алкогольний делірій.
12. Гострий алкогольний галюциноз та гострий алкогольний параноїд.
13. Хронічні алкогольні психози, їх клінічні особливості.
14. Енцефалопатичні алкогольні психози.
15. Перша допомога при гострому алкогольному отруєнні.
16. Принципи та основні методи лікування алкоголізму.
17. Умовнорефлекторна та сенсibiliзуюча терапія, їх особливості.

Глава 9

НАРКОМАНІЇ ТА ТОКСИКОМАНІЇ

Наркоманія - хвороба, яка виникає внаслідок систематичного вживання речовин, що включені до переліку наркотиків, проявами якої є залежність від цих речовин – психічна та фізична.

Токсикоманією називають хворобу, яка характеризується подібною до наркоманії психічною та фізичною залежністю від речовин, які не включені до переліку наркотиків.

Наркотик – речовина, зловживання якою, беручи до уваги соціальну небезпеку, визнане таким внаслідок його властивості при одноразовому вживанні викликати приємний психічний стан, а при систематичному – психічну та фізичну залежність.

Офіційним визнанням речовини наркотичною є її включення до переліку наркотиків наказом міністра охорони здоров'я. Цей перелік складають на основі міжнародних конвенцій про наркотики та психотропні речовини.

Психоактивна токсична речовина може мати такі ж властивості, що й наркотик, але її соціальна небезпека не така висока. Деякі речовини за різних часів то відносили до наркотиків, то не вважали їх такими, наприклад барбаміл, ефедрин.

ЕТИОПАТОГЕНЕЗ.

Наркоманії та токсикоманії є поліетіологічними захворюваннями, у виникненні яких мають значення численні фактори:

- соціальні (доступність наркотика, “мода”, вплив однолітків, традиції);
- особистісно-психологічні, яким у останній час надається вирішальна роль (акцентуації характеру і розлади особистості, привабливість дії,

гедоністична орієнтація, під якою розуміють прагнення до отримання задоволення);

- біологічні (вік дебютної наркотизації, початкова толерантність, спадковість, органічні ураження головного мозку та печінки). Але найважливішим фактором є тип речовини, яка вживається.

Механізми наркотичного ефекту та залежності від психоактивних речовин здебільшого невідомі. В останні десятиріччя вивчається дія наркотиків на структури та функції синапсів, досліджуються порушення обміну ацетилхоліну та інших нейромедіаторів у ЦНС, а також проводяться пошуки шляхів лікування наркоманій за допомогою впливу на нейромедіаторні системи.

Важливим у вивченні патогенезу наркоманій стало відкриття у середині 50-х років Olds і Milner ефекту самостимулювання, яке дало змогу припустити, що наркотизація створює позитивну мотивацію, визначаючи потребу у постійному підкріпленні та повторюванні.

Класифікація психоактивних речовин (ВОЗ, 1990)

1. **Опіати (опіоїди).**
2. **Депресанти:** седативні, снодійні, транквілізатори.
3. **Стимулятори:** кокаїн, амфетамін, кофеїн, кат (рослина, містить речовину, подібну до ефедрину).
4. **Галюциногени:** ЛСД, мескалін, циклодол, атропін.
5. **Інші речовини:** канабіс (конопля, гашиш), інгалянти, кава, бетель (рослини, ростуть в Океанії), фенциклідин.

На Україні найбільш розповсюдженим є незаконний обіг опіатів.

СИНДРОМОЛОГІЯ.

Основними синдромами, які зустрічаються у клініці наркоманій і токсикоманій, є:

- 1) Синдром зміненої реактивності:

а) *зміна форми вживання* – систематичне вживання психоактивної речовини без значних перерв.

б) *Зміна толерантності* – людина з наркотичною залежністю здатна сприйняти більші його дози, ніж здорова. З часом виникає потреба підвищувати дозу психоактивної речовини для досягнення бажаного ефекту. Толерантність на висоті хвороби різна для різних психоактивних речовин. Так, при барбітуровій токсикоманії вона збільшується у 5-10 разів, а при опійній наркоманії – у 100-200 разів. Існує також т.з. поведінкова толерантність, тобто людина, яка тривалий час вживає наркотик, здатна маскувати стан наркотичного сп'яніння.

в) *Зникнення захисних реакцій на передозування (мітридатизм)* – у людей з наркотичною залежністю реакції організму на передозування (свербіж, нудота, блювота, профузний піт, гіперемія обличчя) виражені слабо або зовсім відсутні. Небезпечно для життя отруєння може супроводжуватись мізерними клінічними проявами.

г) *Зміна форми сп'яніння* – при сформованій наркоманії змінюється дія наркотика на організм. Якщо на здорову людину морфін діє седативно, то у хворого на опійну наркоманію він викликає стимулюючий ефект. Така ж картина спостерігається і при барбітуровій токсикоманії.

2) Синдром психічної залежності:

а) *психічний потяг* – виявляється у постійних думках по наркотик, піднесеному настрої перед вживанням, роздратованості та незадоволеності при відсутності наркотика.

б) *Здатність до досягнення психічного комфорту в стані інтоксикації* – витікає з наявності психічного потягу. Так, якщо здорова людина радіє з різних приводів у житті, то наркоман – лише від вживання наркотика. Лише у стані інтоксикації він відчуває прилив сил, підвищення працездатності, зникнення турбот і тривоги. Слід відзначити, що ризик розвитку наркоманій є високим у людей з емоційною неврівноваженістю, незадоволених собою і своїм соціальним становищем.

3) Синдром фізичної залежності:

а) *Компульсивний потяг* – нездоланне прагнення до наркотизації, яке сягає інтенсивності вітальних потягів, таких як голод, спрага. Він визначає настрій хворого, диктує його поведінку, усуває самоконтроль. Компульсивний потяг, на відміну від психічного, супроводжується вегетативними розладами: розширення зіниць, гіпергідроз, сухість у роті, тремор. Цей потяг є показником фізичної потреби у прийомі дози наркотика.

б) *Здатність до досягнення фізичного комфорту в стані інтоксикації* – при сформованій фізичній залежності хворий переконаний, що відчуття комфорту можливе тільки у стані інтоксикації. Без цього він не може зосередитись, працездатність різко знижена, самопочуття вкрай погане, і тільки наступна доза наркотика здатна усунути ці симптоми.

в) *Абстинентний синдром (синдром відміни)* – найбільш яскравий прояв фізичної залежності. Це сукупність соматичних, нейро-вегетативних та психічних порушень, що виникає після припинення наркотизації за умов наркотичної залежності. Загальні ознаки абстинентного синдрому (АС) однакові для різних форм наркоманій – в його клініці переважають симптоми психічних та нейро-вегетативних розладів; визначеність цих проявів залежить від тривалості захворювання (у наркоманів зі стажем прояви АС менш виражені, але їх загальний стан значно тяжчий); психопатологічна симптоматика містить у собі особливості індивідуальності хворого; симптоми АС полегшуються або зникають при вживанні дози наркотика. Слід відзначити, що хворі суб'єктивно дуже важко переносять прояви абстиненції, але об'єктивно їх стан не такий тяжкий. Тому не слід звертати зайвої уваги на примхи хворих у даному стані, єдине, про що слід пам'ятати – це можливість загострення супутніх захворювань.

4) Синдром психотоксичної дії наркотика:

а) *Зміни психічної діяльності при одноразовому вживанні наркотичної речовини.*

б) *Зміни особистості при тривалому вживанні.*

- 5) Синдром зміни сомато-неврологічних функцій: складається з різноманітних сомато-вегетативних та неврологічних порушень.

ПЕРЕБІГ НАРКОМАНІЙ.

В перебігу наркоманій та токсикоманій виділяють наступні стадії:

- 1) **Стадія донозологічного вживання наркотиків.** В літературі існує багато термінів, які означають вживання наркотиків без залежності від них: наркотизм, епізодичне вживання, аддиктивна поведінка, проблемне вживання, зловживання. Такий діагноз ставлять у тих випадках, коли внаслідок вживання наркотиків у пацієнта виникають проблеми на роботі, у навчанні, сім'ї; в ситуаціях, коли таке вживання заборонене (за кермом автомобіля), або призвело до неприємностей із законом чи до втрати здоров'я. Обов'язковою умовою при цьому є відсутність залежності.
- 2) **Стадія психічної залежності (I стадія наркоманії)** характеризується появою синдрому психічної залежності. Пригнічуються захисні реакції на передозування, відзначається підвищення толерантності, з'являється соціальна дезадаптація, яка більш виражена у підлітків.
- 3) **Для стадії фізичної залежності (II стадія наркоманії)** характерне формування синдрому фізичної залежності, ознаки хронічної інтоксикації, зміна картини сп'яніння, висока толерантність, зростаюча соціальна дезадаптація та анозогнозія (відсутність усвідомлення власного хворобливого стану). На I-II стадіях анозогнозія обумовлена переважно соціально-психологічними факторами. В цей час, особливо у підлітків і акцентуйованих та психопатичних особистостей, анозогнозія характеризується переоцінкою вживання наркотиків (прагнення виділитися у компанії), у

подальшому вона має характер психологічного захисту (виправдовування вживання наркотиків, впевненість, що багато людей також вживає наркотичні речовини), і лише на III стадії захворювання причиною анозогнозії є розвинута енцефалопатія.

- 4) **Стадія енцефалопатії (III стадія наркоманії)** характеризується зміною форми сп'яніння (замість ейфоричного та стимулюючого наркотик справляє нормалізуючий ефект), спадом толерантності, затяжним АС, ознаками хронічної інтоксикації та кахексії, апатією, наявністю ознак органічного ураження ЦНС. Ця стадія зустрічається не часто, тому що більшість наркоманів до неї не доживають.

КЛІНІЧНА КАРТИНА.

Опійна наркоманія.

Для наркотизації використовують виготовлений у домашніх умовах екстракт із висушених головок опійного маку ("ширку"). 1 мл цього екстракту відповідає приблизно 10-60 мл 1% розчину морфіну. Опійний мак містить ряд алкалоїдів – морфін, кодеїн, - а шляхом специфічної хімічної обробки з нього отримують синтетичні опіати: промедол, омнопон, героїн та інші. За хімічною структурою ці препарати відносять до фенантренив.

Механізм дії опіатів полягає у наступному. В організмі людини було виявлено опіатні рецептори (мю, гама, дельта, капа та сигма), які знаходяться у ЦНС, ШКТ, кровотворній та імунній системі. Препарати групи морфіну стимулюють тільки мю-рецептори, що викликає наркотичний ефект. При стимуляції інших рецепторів ейфорія не виникає, але спостерігається анальгезія, пригнічення дихання та інші ефекти, властиві для опіатів.

У клінічній картині опійного сп'яніння виділяють чотири фази.

Перша фаза з'являється за декілька секунд після внутрішньовенного введення препарату (не спостерігається при інших способах вживання) і триває до п'яти хвилин. Виникає відчуття тепла, приємного поколювання, яке піднімається від спини угору і сприймається суб'єктивно як дуже приємне. Людина відчуває радість, "прозріння", голова стає легкою, все довкола стає яскравим. Мовою наркоманів це відчуття називається "прихід". З часом це відчуття слабшає, а потім зовсім зникає.

Друга фаза починається з відчуття спокою, млявості, малорухливості, тепла. Зникає будь-яке хвилювання, пов'язане з проблемами, хворий сповнюється мрій. На другій стадії наркоманії зникає відчуття "кайфу", зростає активність, з'являється бажання рухатись, спілкуватись, щось робити. Тривалість цієї фази – від двох до шести годин.

Третя фаза проявляється поверхневим, уривчастим сном тривалістю дві-три години.

Четверта фаза – фаза післядії, є непостійною. Відзначається поганим самопочуттям, головним болем, немотивованою рухливістю, може спостерігатись нудота, блювання.

В стані наркотичного сп'яніння виділяють такі порушення: соматичні (блідість шкіри, сухість слизових оболонок, брадикардія, зниження АТ, пригнічення дихання); неврологічні (різкий міоз із відсутністю реакції на світло, швидкою мовою, змазаною на висоті інтоксикації); психічні (явища образного ментизму, прискорення мислення, зміни настрою).

При передозуванні швидко наростають сонливість та оглушеність, що переходять у сопор або кому. Смерть настає від асфіксії в результаті паралічу дихального центру.

Перебіг опійної наркоманії має злякисний характер: фізична залежність формується протягом 1-2 місяців, толерантність швидко зростає.

Коли таким хворим не вдається отримати наркотик, протягом першої доби у них виникають виражені афективні розлади (напруження, дратівливість, схильність до бурхливих реакцій з незначних причин), можуть

спостерігатися суїцидальні спроби, спрямовані на те, щоб спонукати родичів дати гроші на придбання чергової дози наркотика. Характерні безсоння, зниження апетиту, різні вегетативні розлади.

При II стадії опійної наркоманії спостерігається більш виражений абстинентний синдром. Його ознаки виникають через 6-8 годин після останньої ін'єкції. Виникає дискомфорт, тривожність, дисфоричність, нездоланне бажання вжити наркотик. Ознаки АС наростають лавиноподібно і досягають максимуму до кінця другої доби: нежить, спастичні болі у животі, зубний біль, тахікардія при нормальному АТ, слюзо- та слинотеча, нудота, блювота, пронос, втрата ваги. Характерні м'язові болі, болі у суглобах, пропасниця, анорексія, м'язовий тремор. У неврологічному статусі – м'язова гіпертонія, посилення сухожильних та періостальних рефлексів, лабільність черевних рефлексів, позитивний симптом Марінеску-Радовичі.

Зовнішній вигляд хворих під час гострого нападу АС змучений, обличчя бліде, риси обличчя загострені, очі запалі. Тривалість гострого періоду становить приблизно 10 діб, надалі симптоматика згладжується і проходить навіть без лікування, болі у м'язах починають зменшуватись на п'ятий-шостий день, апетит відновлюється першим, часто з'являється булімія, характерні довготривалі порушення сну.

На цій стадії відзначається зміна картини сп'яніння. Спостерігається згладжування або повна відсутність початкової вегетативної реакції на внутрішньовенне введення наркотика (“приходу”), але вона може з'являтися знову при використанні різних домішок. Не спостерігається виразного “кайфу” з лінивим задоволенням та малорухливістю. У хворого зростає активність, з'являється потяг до спілкування та домашньої праці.

Ознаки хронічної інтоксикації з'являються рано і є дуже помітними. Розвивається виснаження, волосся та нігті стають ламкими, шкіра незвично блідою з жовтушним відтінком. Хворі мають вигляд значно старший свого віку, зуби стають крихкими та випадають, розвивається гіпохромна анемія, порушення зору. Дуже тяжко переноситься навіть незначний холод. Різко

знижується знижується лібідо, виникають порушення ерекції, еякуляції, оргазму. Характерне різке зниження працездатності, втрата цікавості до звичних справ, порушення психічних функцій, що потребують певних розумових зусиль.

До III стадії опійної наркоманії доживають одиничні хворі. Відбувається зниження толерантності, зникає стимулююча дія наркотика – хворі вводять його для того, щоб уникнути абстинентного синдрому. Після перенесеного АС вже не відбувається нормалізація стану.

Гашишна наркоманія.

Найпоширеніша форма наркоманії, але на жаль, у літературі існує багато досить суперечливих думок з її приводу.

В Україні поширене зловживання препаратами дикоростучої коноплі – використовуються висушені квітучі верхівки жіночих рослин, висушене листя, пилок. Поширені назви наркотика – “ганжа”, “онаша”, “драп”, “трава”, “план”.

Діючою речовиною є 9-дельта-тетрагідроканабінол. Існує його синтетичний варіант, який має більшу активність у порівнянні з природним.

Гашиш, як правило, палять, рідше вживають усередину у вигляді відварів, або додаючи як приправу до їжі.

Дія канабіноїдів більше за інші психоактивні речовини залежить від психологічної установки на очікуваний ефект. Перша фаза дії виникає через 3-10 хвилин після вживання наркотика. Характеризується підозрілістю та тривожністю, передчуттям чогось неприємного (на слензі це називають “выпасть на измену”, “высадиться”). Тривалість цієї фази 5-10 хвилин. Часто вона відсутня, або хворі амнезують цей епізод страху.

Друга фаза настає через 8-20 хвилин після паління, з’являється відчуття легкості, розслаблення, благодущності. Виникають різноманітні розлади сприйняття – змінюється відчуття простору, освітленості, розміру об’єктів, кольорів, інтенсивності та характеру звуку, смаку, реальність може сприйматися дискретно у вигляді низки кадрів. Мислення пов’язане з

емоційними переживаннями, сповільнене за темпом. Відзначається підвищення переключення уваги. Поступово порушується свідомість. Характерною є заразність емоцій у компанії паліїв: стан одного (веселість, розгубленість, страх) передається без слів іншим.

Третя фаза дії гашишу являє собою психотичний стан зі сплутаністю та маренням. Мислення набуває рис розірваності. Нерідко з'являються галюцинації. Характерними є нав'язливі імітації реакцій оточуючих: хворий сміється, коли хтось сміється, але не відчуває при цьому радості. Можливе виникнення ехололій та ехопраксій. З'являються наступні сомато-вегетативні прояви: зіниці розширюються, обличчя та склери червоніють, відзначається сухість слизових оболонок, може з'явитися тремор кінцівок, парастезії. Підвищується АТ та частішає пульс. Порушується координація, виникає підвищення сухожильних рефлексів, латеральний ністагм, спрага, посилюється апетит і лібідо.

Четверта фаза – фаза виходу. Збудження спадає до гіпоергії, з'являється млявість, слабкість, знижується АТ. Хворі починають багато їсти (“пробивает на хавку”). Потім настає тривалий, але неспокійний сон. Після пробудження хворі також багато п'ють та їдять.

При передозуванні спостерігається різке розширення зіниць, відсутність їх реакції на світло, гіперемія обличчя, помітна сухість губ та слизової оболонки носу, голос хриплий, тахікардія до 120-130 поштовхів за хвилину, АТ підвищений, координація різко порушується, виникає гіперрефлексія. Можливе виключення свідомості від оглушення до коми, психотичні форми (делірій, галюцинаторна сплутаність, аменція).

Слід зазначити, що можливість розвитку гашишної наркоманії визнається далеко не всіма вченими.

Для хворих на цей різновид наркоманії характерною є психічна залежність, тоді як фізична залежність від канабіноїдів досить незначна. Формування залежності відбувається тривалий час, протягом декількох років регулярного паління. Потяг формується за типом звички, а не емоційного

закріплення, як у випадках опійної, барбітурової та стимуляторної наркоманій.

Перша стадія гашишної наркоманії характеризується зникненням симптомів, які зазвичай присутні спочатку (афективні реакції), на фазі виходу стає коротшим або зовсім зникає сон, знижується інтенсивність проявів інтоксикації. Без наркотика хворий стає неспокійним, відчуває психологічний дискомфорт. Тривалість цієї стадії від двох до п'яти років.

На другій стадії змінюється форма сп'яніння – зникають перша та четверта фази, немає порушень свідомості. Значно скорочується тривалість дії наркотика, тому хворий змушений палити багаторазово для підтримування ефекту. Може розвинути незначний компульсивний потяг до наркотика. Абстинентний синдром з'являється через 4-5 годин після останньої цигарки: з'являються мідріаз, позіхання, млявість, слабкість, дисфорії, зникає апетит, сон. Наприкінці першої доби ці прояви посилюються, до них додається тремор, підвищення АТ, гіперемія обличчя, слино- та сльозотеча. На другий день з'являються сенестопатичні скарги (відчуття важкості і стиснення у грудній клітині, парастезії). Хворі неспокійні, вередливі. Тривалість абстинентного синдрому – три-чотири тижні. На третю-п'яту добу можливий розвиток абстинентного психозу.

Третя стадія розвивається протягом декількох десятків років постійної наркотизації. Такі спостереження одиничні. На цій стадії з'являється компульсивний потяг до вживання наркотика, стимулююча дія наркотика змінюється тонізуючою, абстинентний синдром має затяжний характер. Розвивається психоорганічний синдром.

Деякі автори до розладів, що пов'язані із вживанням гашишу, відносять значну психопатизацію, розвиток енцефалопатії, зміни особистості за апато-абулічним типом, виникнення міокардіодістрофій, пухлин верхніх дихальних шляхів, ангіопатію сітківки.

Наркоманії, спричинені вживанням стимуляторів.

До групи стимуляторів відносять психоактивні речовини, що здатні викликати незвичайний душевний підйом, прагнення до діяльності, уникнення відчуття втомленості, створювати відчуття бадьорості, незвичної ясності розуму та легкості рухів, впевненості у своїх силах. Представниками цієї групи є амфетамін, ефедрин, первертин, кокаїн, кофеїн, екстазі та ін.

В Україні досить розповсюджена *первертинова (ефедрінова) наркоманія*, так як наркотичний засіб (“винт”) досить легко отримати у домашніх умовах і він має невелику вартість.

При пероральному прийомі препарату через десять-п’ятнадцять хвилин розвивається ейфорія зі своєрідними психосенсорними порушеннями: з’являється незвичайна легкість у тілі, фарби здаються більш яскравими, характерні відчуття власної доброти та любові до людей, чіткості думок. При внутрішньовенному введенні симптоматика розвивається значно швидше. Перша фаза сп’яніння (“приход”) проявляється через легкий озноб з відчуттям поколювання в руках та ногах, хворим здається, що волосся “стає сторчма”, “починає рости”.

Друга фаза починається через 10-20 хвилин. Виникає підвищений настрій, душевний підйом із посиленою активністю, прагнення до спілкування та непосидючість сягають ступеня несамовитості, хворі говорять безперервно, перескакуючи з однієї теми на іншу та повторюючись, стають нав’язливими. При цьому вони посилено жестикулюють, міміка може змінюватись до гримас. У висловлюваннях переважають ідеї величності, хвастливість, впевненість у можливості виконати навіть нездійсненні плани. Це може супроводжуватись достатньо продуктивною діяльністю (вірші, малюнки). Іноді підсилюється статевий потяг, наростає сексуальне збудження. Із неврологічних порушень відмічаються мідріаз з ослабленням зіничного рефлексу, спонтанний ністагм та численна мікросимптоматика.

Формування первертинової наркоманії відбувається досить швидко (особливо за умов внутрішньовенного введення). Ознаки психічної залежності виявляються вже після 2-3 ін’єкцій, виникає нестримне бажання

знову відчуті сп'яніння. З часом при виході із стану сп'яніння виникають тяжкі постінтоксикаційні стани: стискаючі болі у спині та серці, затримка сечі, напади ознобу, які чергуються з профузним потовиділенням; сон стає неспокійним, з частими пробудженнями, жахливими сновидіннями, розвивається гіперакузія та світлобоязнь. Через 1-2 доби цей стан змінюється на астенію та сонливість.

Досить швидко формується компульсивний потяг, який особливо виражений при виході із стану первентинового сп'яніння. Вживання стає періодичним: хворий постійно використовує наркотик від 2 до 5 діб, не спить, не їсть, доводячи себе до повного знесилення. На цей момент практично зникає потяг до наркотика, настає стан різкої астенії з тяжким безсонням, запамороченням. Через 6-12 годин хворі засинають, а після прокинення відчують звірячий апетит. Через кілька днів потяг до вживання первентину виникає з новою силою, і цикл повторюється. З розвитком наркоманії проміжки між циклами скорочуються з 5-10 до 2-3 діб.

Підвищення толерантності проявляється збільшенням частоти вживання протягом дня. Оскільки разова доза рідко збільшується більше ніж в 2 рази, введення препарату йдуть одне за одним кожні 2-4 години, і добова доза психоактивної речовини збільшується з 2-3 мл до 30-80 мл.

Абстинентний синдром характеризується насамперед тяжкою дисфорією. Сонливість чергується з підвищеною рухливістю, спостерігається тремор, фібрилярні подригування м'язів обличчя та язика. Може виникати спонтанний ністагм. Часто відзначається стійкий червоний дермографізм і сальність обличчя. АТ коливається, має місце схильність до колаптоїдних реакцій. Відчувається загальна розбитість, спостерігаються головні болі. Тривалість АС становить 1-2 тижні.

Соціальна деградація виникає дуже швидко. Втрачаються попередні інтереси, хворі залишають роботу та навчання. Хворі поступово стають байдужими до оточуючих, але не виносять критики у свій адрес. З'являється нездатність до будь-якої праці.

Соматичні порушення проявляються міокардіодистрофією, хронічним гастритом, спастичним ентероколітом. При вживанні неякісного наркотичного засобу, у якому перевищений вміст марганцю та фосфору (вони використовуються в процесі хімічної обробки сировини), спостерігаються специфічні ознаки інтоксикації: хореоформні гіперкінези, парез м'язового піднебіння (характерна гугнявість мови), язика, м'язів обличчя. При сформованій наркоманії розвивається психоорганічний синдром.

При наркоманіях, викликаних вживанням первентину та амфетаміну, можливий розвиток специфічних психозів, які можна поділити на 2 групи:

- 1) психози, що виникли при одноразовому або короткочасному вживанні психостимуляторів;
- 2) психози на тлі залежності від психостимуляторів.

Психози першої групи виникають, як правило, при вживанні великих доз. Частіше вони перебігають по типу гострого параноїду, який виникає миттєво. З'являються страх, тривога, підозрілість, у хворих виникає відчуття, що вони "все розуміють", здогадуються про недобррозичливі плани оточуючих щодо них, хворі активно висловлюють маячні ідеї відношення та переслідування, афективні розлади можуть проявлятися гнівом та агресією. На висоті параноїду можуть траплятися випадки слухових галюцинацій. Тривалість психозу становить 1-2 доби, він має доброякісний перебіг.

При сформованій залежності найбільш часто розвивається галюцинаторно-параноїдний синдром. Як правило, на фоні боязкого настрою, роздратованості та подавленості, з'являються маячні ідеї відношення та переслідування. Хворі вважають, що за ними слідкують, їх намагаються знищити. Ці ідеї супроводжуються та підтримуються виразною галюцинаторною симптоматикою. Частіше це слухові галюцинації, пов'язані за тематикою з маячними ідеями. Галюцинаторно-параноїдний синдром розвивається на тлі ясної або звуженої свідомості. У руховій сфері можуть спостерігатися явища як збудження, так і загальмованості аж до ступору. Існують варіанти перебігу психозу із значними порушеннями мислення

(обрив думок, “зробленість” переживань, резонерство, розірваність та ін.). Якщо такий психоз має затяжний перебіг, що трапляється досить часто, то віддиференціювати його від шизофренії дуже важко.

Зловживання кофеїном супроводжується надмірним споживанням напоїв, які його містять – чаю та кави.

Кофеїн полегшує виникнення асоціацій, процеси запам’ятовування. Підвищується настрій, посилюється рухова активність, можливе як безсоння, так і сонливість, що певною мірою залежить від настрою людини. Більш виразно кофеїн діє на стомлену людину.

У малих дозах кофеїн здатний потенціювати дію психотропних засобів.

Виникнення кофеїнової залежності є досить суперечливим фактом. При вживанні кави та чаю у звичайній кількості залежність не утворюється. Ті, у кого спостерігається кофеїнова залежність, зловживають “чифіром”, що містить більше 1 г кофеїну. В цих випадках залежність формується протягом 1-2 років.

Картина інтоксикації кофеїном має деякі особливості. Крім вказаних вище ознак, спостерігається хвилеподібний перебіг інтоксикації – періоди підйому настрою тривалістю 1-2 години змінюються такими ж за тривалістю періодами знесиленості. Тривалість інтоксикації становить від 2 до 8 годин. Характерна низка вегетативних симптомів: тахікардія, екстрасистолії, підвищення АТ, болі в епігастрії, відчуття голоду, іноді блювота, підвищення діурезу.

При тривалому зловживанні “чифіром” змінюється картина інтоксикації: знижується його стимулююча дія та виразність соматичних ефектів. Хвороба набуває ознак психопатії збудливого кола.

До зловживання кофеїном часто вдаються люди із залежністю від інших психоактивних речовин, вживаючи “чифір”, як правило, у стані абстиненції.

Кокаїнова наркоманія є досить розповсюдженим явищем у США, країнах Південної Америки (“батьківщини” кокаїну) та Західної Європи. В

Україні ж випадки зловживання кокаїном набагато рідкісніші, що зумовлено високою ціною цього наркотика.

Кокаїн вживають у наступних формах:

- 1) жування листя коки (*Erythroxylon coca*) – традиційний спосіб для населення Південної Америки. У листі міститься 0,5-1,5% кокаїну і при жуванні відзначається лише тонізуюча дія. Шкідливих наслідків жування коки не описано.
- 2) Паління пасти коки, яка містить 40-90% кокаїну сульфату.
- 3) Вдихання порошку кокаїну гідрохлориду, або внутрішньовенне його введення.
- 4) Паління кристалів вільної основи кокаїну гідрохлориду (“крек”), або внутрішньовенне його введення.

За своїми властивостями кокаїн є найсильнішим з усіх відомих психостимуляторів, інтенсивність психостимулюючої дії якого у декілька тисяч разів перевищує інтенсивність дії інших препаратів, але цей ефект триває лише декілька секунд.

При палінні пасти коки ейфорія швидко змінюється значною тривогою, страхом, апатією, депресією, дисфорією, які можуть бути усунені черговим палінням.

При використанні “креку” та вдиханні кокаїну гідрохлориду ефект, крім ейфорії, проявляється переоцінкою своїх можливостей, збудливістю, балакучістю, підвищенням лібідо, маяченням та галюцинаціями.

У стані кокаїнової інтоксикації відмічаються сухість у роті, гіпергідроз, тремор, судоми у м'язах, позиви до дефекації. У психічній сфері відзначається апатія, порушення пам'яті та уваги, тривога, ілюзії та галюцинації, суїцидальні думки, імпульсивність.

При передозуванні кокаїном можливе виникнення серцевих аритмій, гострої серцевої недостатності, пригнічення активності дихального центру при вживанні з іншими психоактивними речовинами.

Кокаїнова абстиненція проявляється тяжкою дисфорією, афективними нападами, руховим збудженням, періодами чергування сонливості та безсоння. Можливе виникнення маячних ідей та суїцидальних тенденцій. Соматичні прояви незначні.

Токсикоманії, викликані вживанням снодійних засобів.

Зустрічаються не так часто, як вищезгадані форми наркоманій, але за своїми наслідками є значно важчими.

Найчастіше зловживають засобами короткої дії (барбаміл, бромурал, ноксирон, нітразепам).

Наркотичне сп'яніння виникає при прийомі подвійної чи потрійної дози. Необхідною умовою є наявність установки на отримання ейфорічного ефекту – випадково прийнята речовина викликає сонливість.

Перша фаза виникає відразу після внутрішньовенного введення (при пероральному прийомі – лише у “початківців”). У хворого “все пливе перед очима”, він відчуває “м'який удар по голові”, мають місце акозми та фотопсії. Ці відчуття суб'єктивно приємні. Характерне розширення зіниць, гіперемія верхньої половини тулуба, різка м'язова слабкість.

У другій фазі підвищується моторна активність. Хворі відчувають немотивовану радість, гіпербулічні потяги. Їх рухи неупорядковані, хоча суб'єктивно вони вважають, що їх дії носять цілеспрямований характер. Увага вкрай розсіяна, відзначається значна емоційна лабільність, дисфорічні прояви. Виникають значні неврологічні дисфункції: латеральний ністагм, диплопія, дизартрія, дизметрія, порушення координації, послаблення рефлексів. АТ знижений, пульс уповільнений, посилене потовиділення. Такий стан триває 2-3 години.

Третя фаза характеризується глибоким сном.

У четвертій фазі спостерігається в'ялість, нездатність до концентрації уваги, почуття розбитості. Виникає головний біль, нудота, блювота.

При передозуванні відсутня друга фаза, настає нерухомість, глибокий сон, дихання Чейн-Стокса, гіпотермія. Смерть настає при розвитку паралічу дихального центру.

Фізична залежність від снодійних засобів формується досить швидко – за 3-4 місяці. Абстинентний синдром розвивається протягом перших діб після останнього вживання токсичної речовини. Виникають різноманітні вегетативні порушення, до кінця першої доби з'являються судомні ікроножних м'язів, гіперрефлексія, м'язова гіпертонія. На другий день з'являються болі в епігастрії, блювота, пронос, біль у крупних суглобах. До кінця третьої доби у більшості хворих виникають судомні напади. Можливий розвиток психозу. Тривалість АС становить 4-5 тижнів.

Наслідки токсикоманії з'являються дуже рано. Такі хворі бліді, колір шкіри набуває брудного, землистого відтінку, на ній виявляються гнійні висипи. АТ знижений, на ЕКГ – ознаки міокардіодістрофії. Різко звужується коло інтересів. За 4-5 років може розвинути помітна деменція.

Галюциногенна токсикоманія виникає при зловживанні речовинами, які порівняно у невеликих дозах практично завжди викликають короточасні психотичні порушення. До цих засобів відносяться мескалін (алкалоїд кактусу пейотль), псилоцибін (мухоморний алкалоїд), ЛСД, атропін, циклодол та багато інших.

Психози, які викликаються різними галюциногенами, відрізняються за тривалістю, глибиною порушення свідомості, наявністю критики та визначеністю сомато-неврологічних порушень, але психопатологічна симптоматика має дуже багато спільних рис.

Виникають гіпо- та гіперестезії, синестезії, ілюзії, галюцинації, порушення схеми тіла, явища дереалізації та деперсоналізації. Порушується короточасна пам'ять, спостерігаються розлади мислення за темпом та зв'язністю, може виникати маячення, порушується увага. Виникають афективні та рухові розлади. Свідомість змінюється за типом оглушення, делірію, онейроїду, спостерігається порушення різних видів орієнтування.

В Україні розповсюджене вживання атропіну, циклодолоу та дімедролу, особливо серед підлітків.

Зловживання атропіном полягає у пероральному використанні таблеток екстракту красавки (рос. “белена”), очних крапель з атропіном, а також коробочок з насінням красавки.

На висоті інтоксикації виникає деліріозний стан. Такі хворі майже не доступні контакту, спостерігаються аментивні явища. Серед вегетативних розладів визначаються гіперемія обличчя, значне розширення зіниць, частий пульс.

Постделіріозний стан характеризується адинамією, млявістю, швидкою втомлюваністю.

При зловживанні *циклодолом* приймають одноразово велику дозу цього препарату, запиваючи його пивом або вином.

Спочатку відмічається фаза ейфорії з явищами дереалізації, окремими слуховими та зоровими галюцинаціями, до яких зберігається критичне ставлення. Присутні вегетативні розлади: гіперемія обличчя, тахікардія, зниження АТ, мідріаз, параліч акомодатії.

Деліріозна фаза виникає через 1-2 години і триває до 12 годин. Виникають яскраві ситуативні галюцинації, як правило зорові. В наступні дні можуть спостерігатись рецидиви.

При вживанні ЛСД (навіть одноразовому) рецидиви можуть виникнути навіть через декілька років (“flash”).

Галюциногени в основному використовуються епізодично, тому токсикоманія, викликана їх вживанням – дуже рідке явище.

Токсикоманії, викликані вживанням інгалянтів.

До цих засобів відносять леткі речовини, що містять у своєму складі ароматичні вуглеводи, ефіри, спирти, кетони та ін.

Вдихання цих речовин призводить до токсичного сп’яніння. Це може бути вдихання парів клеїв, бензину, ацетону, органічних розчинників, лаків, фарб, розігрітих пластмас.

При отруєнні парами бензину спершу протягом 5-10 хвилин виникає подразнення верхніх дихальних шляхів, потім почервоніння обличчя, склер, дизартрія, порушення координації рухів. З'являється стан ейфорії. Якщо інгаляція припиняється, то ейфорія триває 15-30 хвилин і змінюється млявістю, роздратованістю, головним болем. Якщо ж інгаляція триває, то на тлі легкого оглушення виникає деліріозний синдром із зоровим галюцинозом., що триває близько 10-30 хвилин, після чого настає тривала астения, апатія, млявість, головний біль, нудота.

При вдиханні парів ацетону на тлі легкої ейфорії виникають онейроїдні переживання з яскравими сценopodobними фантазіями. При тяжкому отруєнні може настати сопор та кома.

При інгаляції парів клею сп'яніння починається з ейфорії без рухового збудження, після якої виникає онейроїдний стан з наступним оглушенням, для якого характерне переважання характерних видінь, що нагадують мультиплікаційні фільми смішного змісту.

Ризик формування залежності при зловживанні інгалянтами складає 5-10%. Можливе виникнення енцефалопатичної стадії без формування фізичної залежності, спостерігається зниження інтелектуально-мнестичних функцій, погіршення сну, скарги астеничного характеру.

ЛІКУВАННЯ.

Існують загальні рекомендації щодо госпіталізації хворих на наркоманії:

а) стаціонарне лікування показане у всіх випадках сформованої залежності;

б) підлітки до 16 років госпіталізуються за згодою батьків, після досягнення 16-річного віку вже потрібна їхня власна згода;

в) невідкладна госпіталізація без згоди хворого показана при наявності гострої психотичної симптоматики, а після зникнення психозу необхідне отримання згоди хворого на подальше лікування.

Для лікування отруєння психоактивними речовинами при наявності достовірної інформації про тип речовини використовують специфічні антидоти: бемегрид при отруєнні барбітуратами, налорфін та налтрексон при отруєнні опіатами, фізостігмін при отруєнні холінолітиками, диференційоване використання нейролептиків і транквілізаторів при отруєнні психостимуляторами.

В усіх випадках проводять комплекс заходів, спрямованих на дезінтоксикацію та забезпечення життєво важливих функцій:

- випорожнення та промивання шлунку у випадках перорального вживання препаратів, а також при отруєнні опіатами незалежно від методу введення;
- тамування психомоторного збудження шляхом введення 2-4 мл 0,5% розчину діазепаму;
- усунення порушень дихання: відновлення прохідності дихальних шляхів, застосування засобів для збудження центру дихання (лобелін, мезатон), застосування штучної вентиляції легень;
- боротьба з набряком мозку: введення лазиксу, глюкокортикоїдів, магnezії сульфату;
- при зневодненні – застосування регідратаційної терапії (15% розчину глюкози, реополіглюкіну); при гіпертензивному синдромі – введення швидкодіючих гіпотензивних засобів; при судинній недостатності – плазмозамісна терапія, у тяжких випадках використання глюкокортикоїдів (25-50 мг преднізолону). Норадреналін та мезатон застосовують тільки після заміщення дефіциту об'єму циркулюючої крові;
- при гіпертермічному синдромі використовують антипіретики (аспірин, парацетамол, літичні суміші).

Майже при всіх формах наркоманій та токсикоманій використовують радикальне і повне припинення вживання речовини, що викликала залежність (лише при барбітуровій токсикоманії препарат відмінюють

літично через небезпеку розвитку епілептичного статусу – призначають фенобарбітал по 0,1 мг два рази на добу).

При лікуванні абстинентного синдрому з метою видалення наркотичної речовини з організму проводять дезінтоксикаційну терапію, призначають вітамінні препарати.

Для усунення психічних розладів використовують: при депресивних станах – амітриптилін, при дисфорічних явищах – карбамазепін, неупелтил, сонопакс, при афектах страху та тривоги – діазепам, хлордіазепоксид, при порушеннях сну – нітразепам, левопромазін на ніч.

Вегетативні порушення ліквідують за допомогою центральних альфа-адреноблокаторів – пірроксану по 15-30 мг 2-3 рази на добу, холінолітиків, транквілізаторів. Для лікування опійного АС в останні роки використовують клонідин-9-клофелін. У постабстинентному періоді використовують неспецифічні загальнозміцнюючі засоби.

Пригнічення потягу до наркотиків є найактуальнішою проблемою лікування наркоманій. Такий ефект (не завжди стійкий) спостерігається при використанні методів умовно-рефлекторної та аверсивної терапії, при яких у пацієнтів викликають умовно-рефлекторну реакцію у вигляді блювоти та інших неприємних переживань, на вигляд чи запах психоактивної речовини, або формують відповідний страх методом “кодування”.

Головним же лікувально-реабілітаційним методом повинне бути вивчення проблем хворого, які штовхають його до наркотизації, та винайдення шляхів їх розв’язання. Велику роль у такому підході відіграє психотерапія. З її допомогою долається анозогнозія пацієнта, виявляються джерела внутрішнього напруження і конфліктів, проводиться пошук шляхів їх вирішення. Необхідною умовою для успішного лікування є визнання хворим факту хвороби, бажання позбавитися хворобливої залежності та досягнення довірливих відносин між лікарем та пацієнтом.

ЕКСПЕРТИЗА.

Висновок про наявність наркотичного сп'яніння, що базується на клінічних проявах, може бути тільки попереднім. Необхідне підтвердження біохімічним аналізом крові, сечі, слини на вміст у них наркотичної речовини.

Лікарсько-трудова. При наркоманіях і токсикоманіях на стадії розвитку вираженої енцефалопатії, що супроводжуються інвалідизуючими хронічними соматичними захворюваннями оцінка працездатності повинна будуватися на основі тяжкості цих захворювань. Наявність цих недуг не є перепорою для призначення інвалідності, але люди, що зловживають психоактивними речовинами, не повинні допускатися до керування транспортними засобами.

Військово-лікарська. Наркоманії та токсикоманії не є підставами для звільнення від військової служби. Але при наявності різко виражених відповідних хронічних змін психіки, а тим більше слабоумства тієї ж природи, робиться висновок про непридатність до військової служби із зняттям з військового обліку.

Судово-психіатрична. Хворі на наркоманії та токсикоманії визнаються неосудними тільки у тому випадку, коли дії, які їм інкримінуються, були виконані у ставні психозу, тобто вони не мали можливості контролювати та усвідомлювати їх. Тоді судово-психіатрична експертиза повинна зробити заключення про необхідність примусового лікування. Переважно ж кримінальні дії пов'язані з придбанням наркотиків (крадіжки, шахрайство з піддробкою рецептів, підпільне виготовлення препаратів і т. ін.). Усі ці злочини скоюються у дієздатному та осудному стані.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

1. Визначення понять наркоманія і токсикоманія.
2. Загальна характеристика та класифікація наркотичних речовин.
3. Синдромологія наркоманій. Абстинентний синдром.
4. Клінічна картина та особливості перебігу опійної наркоманії.
5. Клінічна картина та особливості перебігу гашишної наркоманії.
6. Клінічна картина та особливості перебігу первентинової наркоманії.
7. Клінічна картина та особливості перебігу кокаїнової наркоманії.
8. Клінічна картина та особливості перебігу залежностей, викликаних вживанням депресантів.

9. Клінічна картина та особливості перебігу залежностей, викликаних вживанням галюциногенів.

10. Токсикоманії та особливості їх перебігу.

11. Методи лікування наркоманій та токсикоманій.

12. Профілактика наркоманій і токсикоманій та питання експертизи.

Глава 10

РОЗЛАДИ ПСИХІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРЕСЕНІЛЬНОГО ТА СЕНІЛЬНОГО ВІКУ

Психічна діяльність людей похилого віку набуває цілий ряд особливостей. У них часто розвивається помисливість, образливість, легка вразливість та інші особливості психіки. Іноді, у пізньому віці можуть спостерігатись такі тяжкі психічні розлади, як, наприклад, маячні психози. Таким чином, психіатричний аспект вивчення старечого віку є абсолютно доречним.

Не зважаючи на це, ставлення до розладів психічної діяльності пізнього віку серед науковців далеко не однозначне. Ряд дослідників розглядають, наприклад, функціональні психози пізнього віку, лише як видозмінені старінням атипові варіанти шизофренії, біполярного афективного розладу і реактивних та соматогенних психозів, хоча більшість спеціалістів все ж визнає їх нозологічну самостійність.

ІСТОРИЧНІ ДАНІ.

Перші синдромальні описання афективних та маячних психозів пізнього віку були зроблені Шуле (1868), Крафт-Ебінгом (1878), Котсердом (1882). Але як самостійну нозологічну форму інволюційну меланхолію виділив Е. Крепелін у 1896 році. Пізніше над проблемою психозів пізнього віку працювали Клейст (1913), Альбрехт (1914), Серко (1919).

Цій темі присвячено також цілий ряд досліджень С.Г. Жисліна, А.В. Снежневського, Е.Я. Штернберга, В.М. Банщикова та ін.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ.

Показники поширення психічних розладів у осіб віком понад 60 років становлять від 10 до 25%. У той же час, хворі на функціональні психози, складають від 11 до 48% всіх хворих психозами у пізньому віці, ризик пресенільних (45-60 років) деменцій складає 0,1%, а сенільних (після 60 років) 5-10%. Клімактеричні неврозоподібні розлади виникають у 20-30% жінок.

Останнім часом, у зв'язку із збільшенням середньої тривалості життя населення, відбулось зростання кількості людей похилого віку, а відтак – і хворих на психічні розлади пізнього віку.

ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ.

Клімактеричні неврозоподібні стани. Неврозоподібні розлади – один із найтипівіших проявів патологічного клімаксу. Вони є наслідком нейроендокринних зрушень, що відбуваються в ході клімаксу, передовсім порушення, а потім і припинення функціонування яєчників. Певне значення мають також порушення діенцефалону, гіперфункція щитовидної залози та загальне старіння.

Функціональні психози пізнього віку. Дані про їх етіопатогенез є значною мірою суто гіпотетичними.

Найбільш загальноприйнятою є концепція, згідно якої вони виникають внаслідок поєднаної дії цілої групи факторів пов'язаних з еволюцією. До найважливіших з них, поряд з біологічним та психічним старінням, відносять соматичні чинники. Певна роль у їх генезі належить несприятливим соціально-психологічним наслідкам старіння: вихід на пенсію, соціальна ізоляція, матеріально-побутові негаразди.

У США здобула популярність концепція, згідно якої функціональні психози пізнього віку (особливо інволюційні параноїди) розглядаються як неусвідомлена захисна реакція особистості на ситуацію старіння.

Встановлена схильність до захворювання на функціональні психози пізнього віку особистостей певного складу. Преморбідно, як правило, хворим на інволюційну депресію властива тривожна помисливість, гіпотимія, а хворі на інволюційний параноїд у молоді роки відзначаються безкомпромісністю, прямолінійністю, неуживчивістю, психічною ригідністю.

Отже можна сказати, що пресенільні та сенільні психози займають проміжне становище між екзо- та ендогенними. У їх виникненні поєднується багато конституційних та ситуаційних, психо- та соматогенних факторів.

Сенільні та пресенільні деменції. Багато психіатрів вважають сенільну деменцію ендогенно-органічною психічною патологією і розглядають її як прояв патологічного загального старіння організму. Певну роль у її виникненні грають обтяжена спадковість, соматичні захворювання, аутоімунні розлади, що ведуть до деструктивних змін у центральній нервовій системі (дифузної атрофії та утворення сенільних бляшок кори головного мозку).

У розвитку хореї Гентінгтона беззаперечну роль грає спадковий фактор. Відомий випадок домінантної передачі спадкової хореї у одній родині в дванадцяти поколіннях.

Існування сімейних форм хвороби Піка не викликає сумнівів щодо ролі спадковості у її походженні. Припускається домінантний тип наслідування, як і для хвороби Альцгеймера. Однак переважаючими є ізольовані, спорадичні випадки захворювань.

КЛАСИФІКАЦІЯ.

У вітчизняній літературі психози пізнього віку традиційно класифікують наступним чином:

I. Пресенільні

Функціональні:

- клімактеричні неврозоподібні стани;
- інволюційна депресія (пресенільна меланхолія);
- інволюційні маячні психози (параноїдна, паранойяльна, галюцинаторна, галюцинаторно-параноїдна форми);
- пізня кататонія.

Атрофічні (деменції):

- хвороба Альцгеймера;
- хвороба Піка;
- хвороба Крейцфельдта-Якоба;
- хорея Гентінгтона;
- тремтячий параліч Паркінсона.

II. Сенільні.

Функціональні:

- сенільний делірій;
- пресбіофренія Верніке;
- галюцинози (оптичний, вербальний, тактильний, нюховий);
- гострий стан сплутаної свідомості.

Атрофічні (деменції):

- старече недоумство:
 - проста форма;
 - психотична форма.

КЛІНІЧНА КАРТИНА.

I. Пресенільні (передстаречі, або інволюційні) психічні розлади.

Функціональні пресенільні психічні розлади.

Пресенільні розлади психічної діяльності виникають у людей віком 45-60 років, дещо частіше у жінок.

Неврозоподібні стани переважно розвиваються у жінок (у двічі частіше ніж у чоловіків), як елемент клімактеричного синдрому. Основним елементом їх клінічної картини є астенія. Характерні скарги на втрату сил, працездатності, знервованість, неприємні відчуття у різних ділянках тіла. Афективні розлади проявляються тривогою, вразливістю, гнівливістю, іпохондричною налаштованістю, появою фобій. Ці явища можуть поєднуватись у чітко виражені симптомокомплекси: депресивний, іпохондричний, істерикоподібний.

Прогноз неврозоподібних розладів сприятливий, переважно вони тривають від кількох місяців, до декількох років і закінчуються одужанням. Але у тяжких випадках можливе виникнення патологічних змін особистості, або перехід у інволюційний психоз.

Інволюційна меланхолія зустрічається найчастіше, розвивається повільно і характеризується на початкових стадіях глибокою депресією з млявістю, дисфоричністю та іпохондричними розладами. Поступово починають формуватись маячні ідеї осуду, наростає безпредметна тривога, збудження, з'являються вербальні галюцинації. Всі ці симптоми особливо посилюються увечері та вночі. Усі думки і висловлювання хворих зосереджені на фантастичному маяченні провини і загибелі. Найменший проступок у минулому переростає у жахливу провину і хворий тремтить в очікуванні жорстокої розплати охоплений страхом та відчаєм. Маячні ідеї з приводу фізичної мінливості свого організму мають нігілістичний характер і свідчать про дуже тяжкий перебіг захворювання. Такі пацієнти скаржаться, що все тіло "переродилося", "закупорився стравохід і шлунок", "тіло гниє", "зникає мозок" і т.п. (синдром Котара). Для інволюційної меланхолії характерне маячення ревнощів.

Не дивлячись на пригнічений настрій, у таких хворих майже не спостерігається психомоторної загальмованості, вони метушливі та ажитовані. Поєднання депресії з тривогою і монофазний характер недуги є важливими диференційно-діагностичними ознаками інволюційної

меланхолії. Звертає на себе увагу соматичний стан таких хворих. Вони виглядають старше свого віку (сивина, зморшки). У них відмічається порушення харчування, схуднення відбувається навіть тоді, коли вони регулярно приймають їжу.

Пресенільна меланхолія триває декілька місяців, іноді декілька років, і у більшості випадків закінчується одужанням, залишаючи деякий дефект.

Інволюційний параноїд проявляється так званими маячними ідеями малого об'єму не супроводжуючись глибокими змінами особистості. В клінічній картині домінує маячня збитку: хвора, наприклад, вважає, що сусіди чи знайомі готують проти неї змову, яка спрямована на те, щоб вигнати її з квартири, розлучити з чоловіком; готують наклепи в міліцію, на роботу та в інші заклади, підсипають отруту в їжу; чоловік постійно обманює, зраджує з коханками. Часто хворі чують розмови своїх ворогів крізь стіни - відмічаються вербальні галюцинації. Вони активно борються зі своїми "ворогами", пишуть скарги у різні інстанції, ставлять додаткові секретні замки та інше.

При інволюційному параноїді нерідко відмічаються нюхові ("отруєння газом") чи смакові ("у їжу підкидають отруту") галюцинації, що значною мірою характерно саме для цього хворобливого стану. Хворі стають замкненими, відлюдкуватими, іноді з тенденцією до агресії.

Перебіг інволюційного параноїду зазвичай повільно прогресуючий.

Пізня кататонія виникає у віці 45-50 років, зустрічається рідко і характеризується тривалою руховою загальмованістю аж до ступору, відмовою від їжі та явищами мутизму. Провідними в клінічній картині хвороби являються негативізм, стереотипії, відмова від їжі, недосяжність для контакту, наявність афекту страху і маячення переслідування та стосунку.

Маячні ідеї частіше виникають у вигляді швидкоплинного епізоду на тлі виражених кататонічних проявів. Перебіг захворювання тривалий і призводить до недоумкуватості.

Пресенільні деменції.

До цієї групи відносять нозологічно неоднорідні хвороби, що починаються у віці 45-60 років і супроводжуються тотальною прогресуючою деменцією. В основі цих захворювань лежить повільно прогресуючий процес атрофії мозку, який має незворотний характер і зумовлює поганий прогноз з неминучістю летального результату.

Факт їх розвитку у пресенільному віці народив термін “пресенільна деменція”, що був введений у клінічну психіатрію Бінсвангером у 1898 р.

Хворобу Альцгеймера вперше описав німецький психіатр Альцгеймер у 1906 р. на підставі ретельного вивчення головного мозку хворих, які померли на тлі тотальної недоумкуватості. Автор помітив, що поряд із звичайними старечими бляшками при цьому захворюванні з’являються характерні зміни нейрофібрил. Як виявилось пізніше, патоморфологічна картина мозку при хворобі Альцгеймера дуже схожа на картину при звичайній старечій недоумкуватості (див. нижче). Однак, не дивлячись на морфологічну схожість, клініка хвороби Альцгеймера має ряд особливостей, що дозволило виділити її у окрему нозологічну одиницю.

Перші прояви хвороби – порушення пам’яті, цей період може тривати декілька місяців, але нерідко затягується на роки. Амнестичні розлади ведуть до ранньої прогресуючої втрати елементарних навичок, невміння виконувати звичні домашні справи. У подальшому це призводить до апраксії – відсутності можливості користуватися предметами згідно їх призначення. Не дивлячись на глибокий розпад психіки, хворі відносно довго зберігають відчуття зміненості і власної неповноцінності, що стає для них причиною тяжких душевних страждань.

Поступово виникає глибока деменція з повною інтелектуальною безпорадністю. Сам характер деменції при хворобі Альцгеймера має ряд відмінностей у порівнянні із сенільною деменцією. Явища “життя у минулому” бліді і фрагментарні, не спостерігається “псевдодіяльність”, яка пов’язана з переносом себе у минуле, конфабуляторне маячення бідне, одноманітне та рудиментарне.

Дуже характерним для цієї патології є прогресуючий розпад мови, яка стає нечіткою, складається з неправильної черги окремих складів. Особливо характерною є *складоклонія* – повторення одних і тих же складів, яка передую повній моторній афазії. Порухення мови поєднується з розладами письма, які випереджають порушення усної мови. Одночасно спостерігається втрата здатності до читання – *алексія* і порушення усного рахування – *акалькулія*.

Розлади зорового сприйняття виражаються в *оптичній агнозії*: втраті здатності впізнавати на відстані, відчувати перспективу, структуру приміщення в якому хворий знаходиться (хворі не знаходять двері, вікна, наштовхуються на предмети). Поява афато-агнозо-апраксихного синдрому (втрата здатності до мови, пізнання та їжі) служить чітким діагностичним критерієм хвороби Альцгеймера.

Особистісні зміни характеризуються похмурою відчуженістю, наростаючою недовірливістю, підозрілістю, скупістю. Переважають ідеї збитку, ревнощів, отруєння, переслідування, пограбування. Нерідко спостерігається наступна неврологічна симптоматика: епілептиформні напади, симптоми, що нагадують паркінсонічні, гіперкінези.

Наприкінці захворювання розвивається різко виражена кахексія, згинальні контрактури. Виснажений хворий знаходиться у ліжку у нерухомій ембріональній позі. Середня тривалість життя таких хворих – 8 років. Помирають вони переважно від інфекційних захворювань.

Хвороба Піка – своєрідна форма психозу у пресенільному віці, яка вперше була описана німецьким психіатром Піком у 1989 р. Нозологічна самостійність цього захворювання у наш час не викликає сумнівів. Патоморфологічні дослідження виявили характерний морфологічний субстрат хвороби, що заключається у переважній локалізації атрофічного процесу в окремих ділянках лобних і скроневих долей, більшим чином у верхніх шарах кори, при відсутності старечих бляшок і альцгеймеровських змін нейрофібрил, а також судинних змін.

Виникає хвороба Піка у віці 45-50 років. Її клінічною особливістю є порушення інтелекту, яке виражається у втраті здатності до судження, осмислення, критики. Примітивні психічні функції зберігаються відносно довго, що дозволяє хворим правильно орієнтуватися в оточуючій обстановці.

На початку захворювання, як правило, спостерігається зниження інтелекту і „дивні” вчинки з неадекватними афективними реакціями. Характер особистісних змін залежить від локалізації патологічного процесу. Атрофія конвексимальної поверхні лобних півкуль призводить до млявості, апатії і загального збіднення психічної діяльності. У разі атрофії в орбітальній корі лобних долей розвивається псевдопаралітичний синдром з пуерильною ейфорією, сексуальною розгальмованістю і некритичністю до своїх дій при збереженні пам'яті та орієнтації. Якщо ж атрофія відбувається у скроневих ділянках, то основними проявами будуть автоматизми, стереотипні дії і збіднення інтелектуальних процесів. Глибоке зниження інтелекту призводить до підвищеної навіюваності, стереотипії жестів та міміки.

Характерні мовні порушення у вигляді стереотипій і порушення імпресивної мови аж до повної втрати здатності до розуміння чужих слів. Із неврологічної симптоматики слід відмітити непритомні стани, напади без втрати свідомості, під час яких хворий зазвичай падає. Слід також вказати на можливі екстрапірамідні розлади (гіперкінези, паркінсонічні симптоми), а також спастичні пірамідні симптоми.

Кінцева стадія хвороби нагадує таку при хворобі Альцгеймера – прогресуюча недоумкуватість аж до повного розпаду психіки, прогресуюча кахексія, ембріональна поза хворого. Для неї характерні чотири основні симптоми: полілалія, ехомімія, мутизм та амімія. Загальна тривалість хвороби 5-10 років, смерть, як правило, настає від інфекції.

Хорея Гентінгтона починається у віці 30-45 років, може тривати 15-25 років і не завжди призводить до недоумкуватості, іноді маючи доброякісний

характер. Морфологічним субстратом при цьому захворюванні є атрофічні зміни нервових клітин і розростання глії у стріарній системі, хвостатому тілі, чечевцеподібному ядрі і у субталамічній ділянці.

Дебютує хвороба хорейчними гіперкінезами, з'являється дратівливість, афективна лабільність зі схильністю до депресії. Поступово наростають порушення інтелекту. Деменція при цьому не має тотального характеру і іноді виражається зниженням здатності до запам'ятовування, тугорухливістю мислення, крайньою неуважністю хворого, яка може симулювати більшу глибину зниження інтелекту, ніж це є насправді.

Із особистісних змін при цьому захворюванні слід звернути увагу на надмірну настирливість, відсутність витримки, байдужість і безтурботність. Цим хворим також властиві маячні ідеї, галюцинації. Маячні і галюцинаторно-параноїдний синдроми бувають виразними і мають деяку подібність до шизофренії. Особливо часто розвивається маячення ревнощів.

Тяжкі форми захворювання закінчуються глибокою недоумкуватістю і переходять у стадію маразму.

Тремтячий параліч Паркінсона – дегенеративно-атрофічна патологія, що передається за аутосомно-домінантним типом і розвивається у віці 45-70 років. Окрім властивих цьому захворюванню екстрапірамідних розладів, у 50% хворих спостерігаються психічні розлади. Ще до появи неврологічних симптомів (тремору, ригідності м'язів, гіпокінезії), виявляють характерологічні зміни: егоцентризм, підозрілість, дратівливість. Пізніше у 70% хворих виникають неглибокі психогено забарвлені депресивні прояви, а у 40-80% - на пізніх стадіях знижується пам'ять і виникає стійкий інтелектуально-мнестичний дефект на фоні ейфорії. У пізніх стадіях можливі психотичні розлади: деліріозні стани сплутаності зі збудженням, галюциноз із тактильним та вісцеральним гіперпатичним забарвленням.

II. Психічні розлади старечого (сенільного) віку.

Функціональні психози старечого віку.

Психози обумовлені біологічними та соціально-психологічними наслідками старіння, без органічного ураження психіки та недоумства можуть виникати після 60-65 років.

Сенільний делірій – розлад свідомості, який на відміну від класичного деліріозного синдрому бідний на ілюзії, галюцинації і фантастичні уявлення. Страху і рухового збудження зазвичай не спостерігається. Характерною для старечого делірію є нічна метушливість з дезорієнтацією і зсувом ситуації в минуле, збиранням у дорогу і відповідними формами активності. У разі тяжкого перебігу сенільний делірій може набувати характеру професійного, або навіть муситуючого.

Пресбіофренія Верніке – конфабуляторна форма сенільних психозів, супроводжується ейфорією, метушливістю і масивними конфабуляціями. Цей стан нагадує гіпоманію з елементами дезорієнтованості.

Галюцинози - їх діагностичними критеріями вважається первинне виникнення у пізньому віці і несхожість з ендogenous галюцинозами. Характерними ознаками є хронічне галюцинування на тлі ясної свідомості, зв'язок з маломасштабним маяченням переслідування і можливість трансформації однієї форми галюцинозу в іншу.

Гостра сплутаність свідомості - виникає переважно у хворих із соматичним радикалом (обтяженістю хворобами внутрішніх органів). Гострому початку передують епізоди нечіткої орієнтації, а згодом розвивається картина аменції з дезорієнтованістю та ажитацією. Часом орієнтація може носити подвійний характер - хворі впізнають родичів, але плутають теперішнє з минулим. Контакт проблематичний через незв'язність мислення та мови. Такий стан триває 15-20 діб, але у тяжких випадках може закінчуватись летально внаслідок ускладнень з боку соматичної сфери.

Сенільна деменція (стареча недоумкуватість).

Може розвиватись у віці 65-85 років і характеризується повільним, прогресуючим перебігом, в якому можна виділити декілька стадій: початкову, стадію вираженого наростання деменції і кінцеву (термінальну).

У початковій стадії повертає до себе увагу грубе загострення преморбідних рис особистості. Принциповість перетворюється на дріб'язкову впертість, товариськість - на надокучливість, бережливість - на скупість. Хворі стають нетерпимими, втрачають здатність володіти собою, критично ставитися до себе і оточуючих. З часом відбувається зворотній процес – індивідуальні риси особистості згладжуються.

Головним симптомом захворювання є прогресуючий розлад пам'яті. Хворі втрачають здатність запам'ятовувати поточні події (фіксаційна амнезія), імена, абстрактні поняття, назви предметів, порушується впізнавання знайомих речей, оточуючих людей.

Характерно, що при порушенні пам'яті на поточні події зберігається пам'ять на далеке минуле (закон Рібо). Віддалені спогади набувають "життєвості" у свідомості хворих, і вони переносяться у ту ситуацію, яка була багато років тому. Так, хворій здається, що їй 20 років, живе вона у місті, у якому жила в тому віці, що вона тільки-но вийшла заміж, оточуючих людей сприймає за родичів, що насправді давно померли. Це глибоке дезорієнтування, "життя у минулому", являє собою *амнестичний синдром*, який характерний для старечої недоумкуватості.

Особливим розладом при старечій деменції є конфабуляторне маячення. Воно характеризується простотою і обмеженістю за змістом, що характерно взагалі для органічних деструктивних процесів (старечої та атеросклеротичної недоумкуватості), а також не має тенденції до подальшого розвитку. Хворий, як правило, повторює одну й ту ж саму вигадку. На відміну від цього конфабуляторне маячення при парафренних психозах середнього віку характеризується більшою яскравістю, нестримною фантазією і постійними метаморфозами.

Розлади пам'яті і зниження інтелекту призводять до втрати критики щодо своїх вчинків, благодущності, ейфорії, зниження морально-етичних засад, статевої розпущеності. Поступово наростає черствість, егоїзм, загальне огрубіння психіки. Коло інтересів хворого звужується до суто фізіологічних

інтересів. В останньому періоді хвороби хворий майже постійно знаходиться у дрімотному стані. Звертає на себе увагу відносна соматична збереженість, що дисонує з глибоким розпад психіки.

У кінцевій стадії, що характеризується психічним і фізичним *маразмом*, хворі перестають розуміти навіть прості явища оточуючого і абсолютно не можуть себе обслуговувати. Вони втрачають здатність відрізнити їстівне від неїстівного, користуватися предметами побуту і туалету. Більшу частину часу вони проводять у ліжку, нічого не роблячи, справляючи фізіологічні відправлення під себе.

Такі хворі потребують постійного ретельного догляду. Хвороба перебігає повільно 5-10 років. Смерть настає, як правило, від супутніх соматичних хвороб: запалення легенів, інсульту, тромбозу мозкових судин.

ЛІКУВАННЯ.

Усі хворі з психічними розладами пізнього віку потребують насамперед загальнозміцнюючої терапії, тобто комплексу неспецифічних засобів, що тонізують організм, підвищують його реактивність та резистентність.

До них відносять так звані біостимулятори – ФІБС, скловидне тіло, алое. Більш м'якою стимулюючою дією володіють препарати ехінацеї, женьшеню, елеутерококу, китайського лимонника. Показана вітамінотерапія, переважно вітамінами групи В, нікотиновою кислотою.

У зв'язку з порушеннями мінерального обміну у старечому віці призначають солі калію, магнію, фосфору, зміст яких зменшується з віком, проте необхідні для нормальної діяльності клітин головного мозку і всього організму. Оскільки вміст натрію, хлору і кальцію у літніх людей наростає, необхідне обмеження вживання їжі, що їх містить. Показані всі види оксигенотерапії у зв'язку з гіпоксією тканин та органів.

Деякий терапевтичний ефект відмічається при курсовому лікуванні новокаїном і прокаїном, які являються неспецифічними активізуючими

засобами, механізм дії яких залишається не зовсім зрозумілим (розширення капілярів, пряма дія на діенцефальну ділянку і ретикулярну формацію та ін.).

У зв'язку із зниженням функціональної активності печінки для підвищення її дезінтоксикаційної здатності показані дезінтоксикаційні засоби, глютамінова кислота, унітіол. Глутамінову кислоту призначають перорально у порошок із розрахунку 0,1-0,2 г на 1 кг ваги тіла протягом декількох місяців. Унітіол вводять внутрішньом'язово щодня по 2,5 мл 5% розчину протягом 15-20 днів. Показане також призначення гепатопротекторів та седативних засобів.

Рекомендують зниження калорійності їжі до 1800-2500 ккал за добу (в залежності від енергетичних витрат організму).

Кількість білка припускається із розрахунку 1,5 г на 1 кг ваги хворого за добу, вуглеводи обмежуються. Жири показані у кількості 70-75 г/добу, причому 2/3 з них повинні бути рослинного походження. Доцільне чотириразове харчування дрібними порціями. Їжа повинна бути багатою на вітаміни і мінеральні речовини. Важливе значення у лікуванні мають фізичні вправи, масаж, гідропроцедури.

У терапії неврозоподібних клімактеричних станів певне значення, окрім застосування транквілізаторів та антидепресантів седативної дії, має використання гормональних препаратів (клімактерін, клімонорм).

Одним із важливих напрямків лікування є психотерапія: переконання хворих у тому, що вони не дарма прожили життя, що вони потрібні і корисні для суспільства. Використовується індивідуальна і групова психотерапія, трудотерапія.

При застосуванні психотропних засобів потрібно враховувати, що люди у цьому віці більш чутливі до ліків, ніж молоді, тому дози психотропних препаратів, які їм призначають, складають 1/2-2/3 від середніх загальнорекомендованих.

Використовують нейролептики (аміназін, трифтазін, тизерцин, галоперідол, рисполепт, зіпрекса та ін.) для зняття страху, тривоги,

психомоторного збудження, а також транквілізатори (андаксін, транксен, триоксазін, еленіум, седуксен та ін.), переважно для терапії неврозоподібних проявів. Широко застосовуються стимулятори і антидепресанти. Стимулятори підвищують тонус нервової системи, викликають бадьорість. До них відносять фенамін, риталін, пірідол та ін. Антидепресанти знімають тугу, покращують настрій, ліквідують депресію і моторну загальмованість. До них відносять іміпрамін, триптізол, інгібітори моноаміноксидази (піаламід, трансамін, коаксил, золофт, ципраміл та ін.).

Легкі порушення психічної діяльності, що не досягають ступеня психозу, лікують седативними препаратами рослинного походження (валеріана, пустирник тощо).

При в'ялості, зниженні настрою можна рекомендувати наступні психотонічні засоби: малі дози меріділу, холіну-хлорид. У випадку переважання роздратованості, неспокою рекомендують препарати валеріани, перцевої м'яти (новопасит, персен), малі дози транквілізаторів – мепротан, амізіл.

Іноді використовується електросудомна терапія (ЕСТ). Основні показання до її застосування – відсутність ефекту при лікуванні антидепресантами та протипоказання до їх застосування. Під впливом ЕСТ тамується страх, неспокій, тривожність, депресія, а також маячні та кататонічні стани.

На жаль, радикальні методи лікування сенільної деменції до цього часу не розроблені, тому такі хворі передовсім потребують ретельного спостереження, догляду і симптоматичного лікування.

ЕКСПЕРТИЗА.

Лікарсько-трудова. Хворі з депресивною та кататонічною формами інволюційного психозу визнаються інвалідами II і навіть I групи. У випадку глибоких та стійких ремісій можливе їх переведення на III групу інвалідності. Інволюційний маячливий психоз у переважній більшості

випадків не потребує призначення інвалідності, такі пацієнти можуть багато років продовжувати працю за своїм фахом без зниження кваліфікації, але якщо їх психічний стан все ж погіршується то питання лікарсько-трудової експертизи вирішуються суто індивідуально.

Військово-лікарська. Всі хворі на інволюційні психози визнаються непридатними до військової служби.

Судово-психіатрична. При скоєнні правопорушення хворі на інволюційні психози визнаються неосудними і направляються на примусове лікування.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

1. Визначення поняття психічних розладів сенільного та пресенільного віку.
2. Етіологічні фактори інволюційних психозів.
3. Патогенетичні механізми інволюційних психозів.
4. Класифікація психічних розладів пресенільного та сенільного віку.
5. Клінічні прояви пресенільної депресії.
6. Клімактеричні психічні розлади.
7. Клінічні прояви пресенільного параноїду.
8. Клінічні прояви хвороби Крепеліна.
9. Типові форми сенільних психозів.
10. Атипові форми сенільних психозів.
11. Лікування інволюційних психозів.
12. Питання експертизи інволюційних психозів.

Глава 11

ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Психічні розлади судинного генезу спостерігаються переважно у старечому віці і, як правило, є частиною комплексу проявів загальної судинної патології.

ІСТОРИЧНІ ДАНІ.

Стани, які нині кваліфікуються як атеросклеротичне недоумство, вперше були описані А. Voisin (1879), а потім і М. Klippel (1891), які відокремлювали їх від паралітичної деменції. Остаточо їх нозологічну самостійність обґрунтував у 1894 році О. Binswanger і вони були внесені у розроблену Е. Краерелін нову на той час класифікацію психічних хвороб. Важливим етапом вивчення психічних розладів при судинних захворюваннях стало відділення Н.К. Боголеповим та Е. Краф (1936) гіпертензивних психозів від атеросклеротичних.

Великий вклад у вивчення даної проблеми внесли І.Н. Веденський та С.А. Суханов (1904), Г.Ф. Ланг (1922), Н.І. Озерецький (1948), А.Л. Мясніков (1960).

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ.

У загальній масі психічних хвороб розлади при судинній патології головного мозку за розповсюдженістю посідають друге місце після шизофренії (В.В. Кірсанова, 1987), а після 60 років виходять на перше місце виявляючись у кожній п'ятій людині (Гаврилова С.І., 1977). Серед всієї групи психічних розладів судинного генезу приблизно у 80% випадків відмічаються психічні розлади непсихотичного характеру.

ЕТИОЛОГІЯ.

Судинні психічні розлади, переважно виникають як ускладнення церебрального атеросклерозу, гіпер- та гіпотонічної хвороби, облітеруючого тромбангіїту.

Причини розвитку атеросклеротичних і гіпертонічних психозів, як і інших психопатологічних порушень церебрально-судинного генезу, вивчені недостатньо. Досі невідомо, чому в одних випадках виникають психічні розлади, а в інших вони відсутні, адже при морфологічному та біохімічному дослідженнях і клінічному аналізі психічних розладів при схожих захворюваннях мозку не віднаходиться прямих кореляцій.

Помічена висока частота зовнішніх патогенних чинників (алкоголізації, соматичних захворювань, і особливо – психотравматизації), які передують психічним розладам або співпадають з їх початком. Характерною є надзвичайна чутливість хворих на гіпертонічну хворобу навіть до не патогенної для інших, „буденної” психотравматизації (зміна місця проживання, сімейні негаразди), яка знаходить своє відображення у їх психопатологічній продукції. Таким чином, зовнішні патогенні фактори, поряд з глибинним судинним процесом, відіграють певну роль у складному етіологічному комплексі.

ПАТОГЕНЕЗ.

Каузальні зв'язки при судинних психічних розладах складні та різноманітні. Провідна роль у їх виникненні належить дисциркуляторним

розладам (спазм дрібних артерій) і гіпоксії – постійним сателітам цереброваскулярного процесу. Крім того, у зв'язку з підвищеною проникністю судин і порушенням водного обміну набряк мозку є важливою умовою розвитку окремих психотичних розладів, наприклад порушень свідомості у різних його проявах.

Не менше значення у розвитку психотичних проявів судинного генезу належить і патологічним змінам фону у широкому розумінні, що включає у себе обтяжену спадковість, особливості преморбідного стану, зміни реактивності організму хворого у зв'язку з віком і різноманітні екзогенії та психогенії.

У виникненні недоумкуватості при судинних захворюваннях головного мозку більше значення, ніж при психозі, належить деструктивним процесам головного мозку. Не менше значення у розвитку недоумкуватості без продуктивних психічних розладів має повільний, поступовий темп розвитку судинного процесу.

Оцінюючи патоморфологічну картину при судинних захворюваннях головного мозку з психічними розладами, можна її кваліфікувати, як гіпоксичну енцефалопатію.

КЛАСИФІКАЦІЯ.

Виділяють три групи судинних психічних розладів:

- **Непсихотичні розлади** – дисфоричні та неврозоподібні (псевдоастенічні, неврастеноподібні, астеноіпохондричні, астенодепресивні, астенофобічні) стани, що виникають на початку хвороби.
- **Психотичні розлади** – гостро виникаючі варіанти потьмарення свідомості, після яких спостерігаються перехідні синдроми – астенічний (сприятливий) або псевдоорганічний (несприятливий). Серед ендормних психопатологічних синдромів органічного

походження спостерігаються галюцинаторний (зазвичай вербальний), параноїдний, галюцинаторно-параноїдний та депресивний синдроми.

- **Судинна деменція** – лакунарна на початку з можливим переходом у дифузну форму.

КЛІНІКА.

Психічні розлади при церебральному атеросклерозі.

Клінічний розвиток хворобливого процесу, обумовленого церебральним атеросклерозом, має 3 стадії:

I - початкову;

II - стадію виражених психічних розладів;

III - дементну.

I стадія. Найпоширенішим проявом церебрального атеросклерозу на цій стадії є *неврастеніоподібний синдром*. Основними ознаками цього стану являються швидка втомлюваність, слабкість, виснажливість психічних процесів, дратівливість, емоційна лабільність. Інколи буває неглибока депресія, яка поєднується з астенією. В інших випадках може виникати *психопатоподібний* (з дратівливістю, конфліктністю) або *іпохондричний* синдроми. У цей період усі хворі скаржаться на запаморчєння, шум у вухах, погіршення пам'яті.

У II стадії, як правило, наростають *мнестично-інтелектуальні розлади*: значно погіршується пам'ять, особливо фіксаційна, мислення стає інертним, тугорухливим, наростає емоційна лабільність, слабкодухість.

У цей час можуть дебютувати атеросклеротичні психози: депресивний, параноїдний, із затьмаренням свідомості, галюциноз. Крім того, у цьому періоді спостерігаються епілептиформні напади, які можуть бути провідним синдромом (*епілептиформний синдром*).

Найпоширенішим (приблизно у 1/3 хворих з психозами) проявом періоду виражених психічних розладів являється *параноїдний синдром*. Такі хворі преморбідно відрізняються замкненістю, підозрілістю або мають

тривожно-помисливий характер. Нерідко їх спадковість обтяжена психічними хворобами, алкоголізмом. Зміст маячення буває різноманітним: частіше висловлюються ідеї переслідування, ревнощів, отруєння, іноді іпохондричні, збитку. Маячня у таких хворих має тенденцію до хронізації.

Рідше від інших атеросклеротичних психозів спостерігаються *депресії*. На відміну від астенодепресивного синдрому початкового періоду посилюється туга, різко знижується настрій, спостерігається рухова і особливо інтелектуальна загальмованість, тривожність. Хворі висловлюють ідеї самозвинувачення, самоприниження. Ці розлади поєднуються зі скаргами на головний біль, запаморочення, дзвін та шум у вухах. Атеросклеротична депресія триває від декількох тижнів до декількох місяців, при цьому часто відмічаються іпохондричні скарги, астенія. Після виходу із депресивного стану у хворих не спостерігається вираженої деменції, але вони проявляють слабкодухість, їх настрій коливається. Атеросклеротичні інтелектуально-мнестичні розлади, що виникають після психозу, можуть компенсуватися. Через 1-3 роки депресія може повторитися. Більш прогресивний перебіг спостерігається, коли депресія виникає у пізньому віці при приєднанні інших несприятливих факторів.

Атеросклеротичні психози з *синдромами розладів свідомості* можуть спостерігатися у хворих з поєднанням декількох несприятливих факторів в анамнезі: черепно-мозкові травми із втратою свідомості, алкоголізм, важкі соматичні захворювання. Найбільш поширеною формою розладу свідомості є делірій, рідше – сутінковий стан свідомості. Тривалість цих розладів частіше обмежується декількома добами, однак можливі рецидиви. Випадки церебрального атеросклерозу із розладами свідомості прогностично несприятливі, після виходу з психозу може швидко наростати деменція.

Розвиток церебрального атеросклерозу не завжди відповідає наведеній схемі. Іноді клінічні прояви початкового періоду слабо виражені, а психотичні розлади з'являються одразу.

Проявом III стадії іноді є *епілептиформний розлад*. Такий синдром характеризується пароксизмальними зрушеннями: частіше атиповими великими судомними нападами із втратою свідомості, розладами свідомості близькими до амбулаторних автоматизмів, дисфоріями. Поряд з пароксизмами спостерігаються порушення, які характерні для церебрального атеросклерозу, а у ряді випадків – зміни особистості, близькі до епілептичних. Темп наростання деменції у цих випадках повільний, виражене слабоумство настає через 8-10 років після появи цього синдрому.

Відносно рідко розвивається *галюциноз*. Майже завжди цей стан виникає у пізньому віці. Хворі чують “збоку” голоси коментуючого змісту. Дуже рідко клінічна картина галюцинозу виражається зоровими галюцинаціями.

Психічні прояви у таких хворих поєднуються з соматичними розладами (атеросклерозом аорти, коронарних судин, кардіосклерозом) і неврологічними симптомами органічного характеру (в’яла реакція зіниць на світло, зглаженість носогубних складок, похитування у позі Ромберга, тремор рук, синдроми орального автоматизму. Спостерігається також і груба неврологічна симптоматика у вигляді амнестичної та моторно-сенсорної афазії, залишкових явищ геміпарезу. Паралелізму між розвитком неврологічної і психопатологічної симптоматики зазвичай не простежується.

Церебральний атеросклероз нерідко поєднується з гіпертонічною хворобою.

Психічні розлади при гіпертонічній хворобі.

Прояви атеросклерозу і гіпертонічної хвороби є різними формами однієї судинної патології. У хворих з гіпертонічними і атеросклеротичними психозами спостерігається багато спільного: віковий період, спадковість, преморбідні риси, різноманітні екзогенні фактори (алкоголізм, черепно-мозкові травми), психогенії. Все це пояснює спільність патогенезу, клінічної та патоморфологічної картин цих різновидів загального судинно-мозкового процесу, особливо на ранніх етапах його розвитку.

Початкові психопатологічні прояви при гіпертонічній хворобі позначені тими ж синдромами, що й при церебральному атеросклерозі. В структурі гіпертонічних психозів, які мають схожу з основними синдромами атеросклеротичних психозів клінічну картину, більш виражені афективні розлади: домінує тривога, яка поєднується з маячною, депресією, галюцинозом, тобто йдеться про тривожно-маячний та тривожно-депресивний синдроми. Перебіг гіпертонічних психозів більш динамічний, ніж при атеросклерозі, але менш тривалий.

Психічні розлади при церебральній судинній гіпотонії.

Ці стани за походженням близькі до аналогічних проявів при гіпертонічній хворобі і можуть супроводжуватись схожими психічними розладами. Найчастіше при гіпотонії спостерігається *астенічний синдром*. Психотичні розлади можуть виражатися афективними проявами (тривожною депресією) та короткочасними розладами свідомості (епізоди сутінок).

ЛІКУВАННЯ.

При лікуванні психічних розладів судинного генезу слід передусім впливати на основний судинний патологічний процес. Рекомендовано комплекс терапевтичних впливів, які спрямовані на покращення і нормалізацію кровопостачання головного мозку після зняття спазму судин і гіпоксії мозку.

Загальними умовами є тривалість лікування, відмова від алкоголю, паління, запобігання психічного перенапруження, комплекс лікувальної фізкультури та дотримання режиму праці і відпочинку.

При церебральному атеросклерозі важливе значення має дієтичне харчування з обмеженням вживання продуктів багатих на холестерин, прянощів, гострих страв, кави.

Нейротропний спазмолітичний вплив мають засоби, що впливають на різні ланки вегетативної регуляції. До цієї групи препаратів належать холінолітичні засоби (препарати атропіну, метамізіл), антиадреналітичні

препарати (піроксан, анаприлін), гангліоблокатори (пентамін, диколін, ізопрін). Спазмолітичну дію мають препарати з центральною заспокійливою дією – транквілізатори (седуксен, еленіум, грандаксин), снодійні (еуноктін), нейролептики (галоперідол, френолон).

Мозкове і коронарне кровопостачання поліпшують відомі спазмолітичні і коронаророзширюючі засоби – „но-шпа”, компламін, дібазол, курантіл, стугерон та ін. Доцільно призначення гіполіпемічних засобів – місклерон, нікотинова кислота та ін. Також широко застосовують комплекс вітамінів Е, РР, А, В₁, В₆, В₁₂, гормональні препарати і анаболічні стероїди (нерабол, ретаболіл). Серед засобів, дія яких спрямована на боротьбу з гіпоксією, застосовують реополіглюкін, кокарбоксілазу, АТФ, гіпербаричну оксигенацію.

У залежності від домінуючого психопатологічного синдрому при маячних станах застосовують нейролептики, при депресіях – антидепресанти у поєднанні з транквілізаторами.

Застосовуючи нейролептики необхідно враховувати стан судинної системи і всього організму пацієнта і пам'ятати, що дози вказаних груп препаратів потрібно підбирати обережно, починаючи з мінімальних доз і частіше всього не доводячи їх до середніх терапевтичних, які застосовуються при лікуванні інших психозів.

Важливу роль можуть відігравати психотерапевтичні методи лікування (особливо раціональна психотерапія), трудотерапія.

ЕКСПЕРТИЗА.

Лікарсько-трудова. Наявність психічних розладів початкової стадії судинного захворювання надає можливість хворим продовжувати працювати за спеціальністю у більш легких умовах, у таких випадках їм встановлюється ІІІ група інвалідності.

При наявності вираженої недоумкуватості і судинних психозів відмічається повна і стійка втрата працездатності з переведенням на II, а у деяких випадках – навіть I групу інвалідності.

Військово-лікарська. Хворі на атеросклеротичні психози та недоумство визнаються непридатними до військової служби і знімаються з обліку. При неврозоподібних станах питання про придатність офіцерів до військової служби вирішується індивідуально, а рядові та військовослужбовці сержантського складу визнаються непридатними до військової служби у мирний час і придатними до нестройової – у військовий час.

Судово-психіатрична. Сам факт наявності судинної патології не є підставою для висновку про неосудність при вчиненні делікту. Лише хворі у стані психозу чи при явищах різко вираженої деменції недієздатні і неосудні. У непсихотичному стані і при відсутності вираженої деменції питання про дієздатність і осудність вирішується індивідуально.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

1. Етіологічні фактори судинних психічних розладів.
2. Патогенез судинних психічних розладів.
3. Класифікація психічних розладів внаслідок судинної патології.
4. Психічні розлади при гіпертонічній хворобі.
5. Психічні розлади при гіпотонічній хворобі.
6. Психічні розлади на початковому етапі церебрального атеросклерозу.
7. Види атеросклеротичного недоумства.
8. Психічні розлади при гіпертонічних кризах.
9. Психічні розлади при нейроциркуляторній дистонії.
10. Лікування психічних розладів при судинних захворюваннях.
11. Експертиза хворих на психічні розлади судинного генезу.

Глава 12

ПСИХОСОМАТИЧНІ ТА СОМАТОПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Поділ хвороб на психосоматичні та соматопсихічні багато в чому умовний. Згадуючи психологічні чи фізіологічні процеси, мають на увазі різний підхід до одного і того ж явища. Саме ж явище неподільне. Отже, у цьому значенні немає ні соматогенної, ні психогенної хвороби, а є просто хвороба.

ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ.

Психосоматика - галузь психіатрії, що вивчає розлади внутрішніх органів та систем, які виникають під дією психотравмуючих факторів, а також зв'язки між характером психічного стресового чинника та ураженням певних органів і систем.

ІСТОРИЧНІ ДАНІ.

Спостереження щодо тісного зв'язку між емоційними реакціями та соматичними змінами в організмі з'явилися досить давно. Загальновідомими

є вислови про відчуття страху - "стиснулось серце"; образи - "підступила грудка до горла"; несподіванки - "перехопило подих" та ін. Знамениті лікарі та філософи Гіпократ, Кос, Платон, Спіноза, Декарт звертали увагу на взаємодію між тілом і психікою (душею). Сам же термін "психосоматика" був запропонований Heinrot у 1918.

Важливим етапом дослідження цієї патології стала створена на початку двадцятого сторіччя S.Freud теорія психоаналізу. Вона передбачала можливість перетворення нереалізованих в силу соціальних обмежень афектів, у симптоми різноманітних захворювань. Процес такого перетворення отримав назву "конверсія". Фрейдисти вважали психогенно обумовленими такі захворювання, як бронхіальна астма, виразка шлунку, жовчнокам'яна хвороба та ін. Подібні погляди з самого початку сприймалися у колі науковців досить неоднозначно. Зокрема, М.І. Аствацатуров (1935) зазначав, що "...психоаналіз своїми спробами пояснити все і в той же час залишатись непогрішимим на довгі роки дискредитував справедливі погляди на можливість виникнення соматичних симптомів, як безпосередніх проявів психічних (афективних) переживань. Але при цьому у багато психологічних та психіатричних шкіл під психосоматикою і досі розуміють метод діагностики та лікування соматичних захворювань передовсім з позицій психоаналізу.

Ідея цілісності організму, проблема зв'язку його із навколишнім середовищем давно вивчається вітчизняною медициною, яка збагатила світову науку роботами В.М. Бехтерева (1928), Е.К. Краснушкіна (1936), В.А. Гіляровського (1947), П.К. Анохіна (1970), А.Д. Зурабашвілі (1970), А.Г. Іванова-Смоленського (1974) та багатьох інших вчених.

І.М. Сеченов заклав основи рефлекторної теорії; І.П. Павлов (1936) розробив метод вивчення зв'язків організму із навколишнім середовищем, розвинув ідею нервізму, показавши, яким чином центральна нервова система та її найвищий відділ - кора головного мозку «тримає під своїм контролем усі явища, які відбуваються в організмі». Теорія нервізму створила підґрунтя для

вивчення ролі різноманітних умов життя у виникненні та розвитку неврогенних захворювань.

Засновники теорії сучасної психосоматики вважають її універсальним принципом медицини, ґрунтуючись на тезі про неподільність організму. «Під психосоматичною медициною розуміють лікування розладів, порушень адаптації і, відповідно, вивчення організму, навколишнього середовища та взаємодії між ними» (В. Francl, 1988).

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ.

Актуальність даної проблеми зростає. За даними експертів ВООЗ, майже 50% стаціонарних лікарняних ліжок у світі займають хворі на психосоматичну патологію. Підраховано, що 22% осіб зі скаргами психосоматичного характеру забирають до 50% робочого часу лікарів (Lunn, 1984).

Як свідчать результати дослідження проведеного О.К.Напресенком (1991), майже 70% соматично хворих виявляють ознаки психічних порушень різного регістру та ступеня тяжкості. Більше того, деякі психосоматичні розлади, наприклад серцево-судинні, набули характеру пандемії практично у всіх промислово розвинутих країнах.

Епідеміологічні дослідження показують, що до психосоматичної патології більш схильні люди похилого та середнього віку, а також особи з низьким матеріальним прожитковим рівнем. Жінки на психосоматичні розлади страждають частіше ніж чоловіки.

Варто зазначити, що ці показники досить неоднорідні через суттєві розходження у поглядах на нозологічні межі, відмінності епідемічної ситуації у різних регіонах та суб'єктивізм оцінки різних фахівців.

Етіопатогенез.

Питання про походження психогенно зумовлених соматичних захворювань тісно пов'язане із проблемою психічних конфліктів і неврозів. На думку В.М. Мясіщева, усім психогенним захворюванням властиві:

- 1) зв'язок з психотравмуючою ситуацією;
- 2) наявність мотиву захворювання (патогенетичного);
- 3) відображення у клінічних проявах захворювання преморбідних особливостей особистості;
- 4) залежність терапевтичного ефекту від розв'язання психотравмуючої ситуації.

В.Б. Захаржевський вказує, що незважаючи на присутність у клініці неврозів та психосоматичних захворювань однакових компонентів - психогенного і біологічного - їх співвідношення між собою відрізняються. При неврозах головна роль належить психогенному чиннику, а додаткова - факторам ризику, у той час, як при психосоматичних розладах специфіка хвороби визначається біологічними чинниками, а психогенні фактори відіграють вирішальну (ініціюючу) роль.

Посередником між ЦНС та внутрішніми органами, "провідником" емоційних станів виступає вегетативна нервова система, яку іноді справедливо називають «органом вираження афекту». Фізіологічні реакції на психічні (пізнавальні, емоційні, вольові) процеси відбуваються безперервно і у різних фізіологічних системах: серцево-судинній (зміни серцебиття і артеріального тиску, звуження і розширення судин); дихальній (прискорення чи уповільнення дихання); травній (посилення чи уповільнення моторики, нудота); м'язовій (тремтіння, збудження, ступор та ін.), статевій.

Але можливі психосоматичні зрушення і без емоційного компоненту. Згідно теорії І.П. Павлова, психосоматичні реакції можуть виникати за участю першої сигнальної системи, як у хрестоматійному прикладі із хлопчиками, що демонстративно прогулювались з лимонами перед духовим оркестром до тих пір, доки музиканти не припинили гру внаслідок надмірної саливації. Вихідний стимул може бути опосередкований і другою сигнальною

системою: наприклад, усний опис того ж лимона повторно викликає уявлення про нього, і відповідну соматичну відповідь.

Різноманітні шкідливі чинники, що є стресогенними для конкретного організму, викликають перенапруження адаптаційних процесів у корі мозку, де на тлі загальних динамічних зрушень виникають функціональні вогнища застійного збудження і гальмування, які пов'язані із патологічно фіксованими негативними емоціями у відповідь на стрес-фактор. Ці явища патологічного застою поширюються на вегетативну нервову систему і тривалий час створюють у ній певний функціональний стан, відповідний конкретній негативній емоції, який обмежує гнучкість її адаптації до зовнішніх та внутрішніх змін. Застій та інертність можуть тривалий час зберігатися і після усунення зовнішніх чинників, які їх спричинили. З'являється вегетативна та метаболічна недостатність, а разом з тим і порушення роботи внутрішніх органів. Спочатку зміни мають функціональний, зворотний характер, але при тривалому і частому повторенні вони можуть стати органічними, необоротними.

Дана теорія відстоює принцип *неспецифічності*, який полягає у тому, що будь-який тривалий стрес здатний викликати соматичні розлади. Але у залежності від онтогенезу хворого та перенесених ним захворювань, місця найбільшої патології і найураженішої фізіологічної функції у кожному окремому випадку інші. Причини цієї «вибірковості» у тому, що ушкоджений орган (чи система) вже перебував у передпатологічному стані. «Нервовий удар» тільки сприяє завершенню формування патології «*locus minoris resistentiae*» - «місця найменшого опору».

Іншу точку зору висловлюють прихильники теорії *специфічності*. Вони наводять систему доказів того, що «вибір органа» зумовлюється головним чином завдяки характеру психотравмуючого агента або реагуючої особистості. Зокрема, F. Dunbar описав риси особистості типу А, які є специфічними для виникнення коронарної патології.

Н. Selye дослідив загальний адаптаційний синдром, який є сумою неспецифічних реакцій організму на дію тривалого стресу. Центральною ланкою такої відповіді виступає система гіпоталамус-гіпофіз-наднирники, яка реагує на стрес надмірною секрецією кортизолу, що у підсумку призводить до структурних змін внутрішніх органів. Нейротрансмітерами стресових реакцій є такі гормони, як кортизол, тіроксин та адреналін.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ.

Деякі сучасні дослідники виділяють *психосоматичні реакції* та власне *психосоматичні захворювання*. Перші, за своєю суттю ще не є патологією і зустрічаються у здорових людей як поодинокі, ізольовані реакції організму на стресорні впливи. Як приклад таких реакцій можна навести випадки частого сечовипускання та діареї у студентів перед відповідальними екзаменами.

Термін «*психосоматика*» вживається в багатьох значеннях. За М. Блейлером (1970), психосоматичні розлади поділяють на три типи.

1. ***Психосоматози*** - класичні психосоматичні захворювання, які супроводжуються виникненням органічної патології під дією психологічних чинників. Лікування в такому випадку має бути спрямоване передовсім на психіку (психотерапія та психофармакотерапія). Переважно до цієї групи відносять гіпертонічну хворобу, пептичну виразку, бронхіальну астму, неспецифічний виразковий коліт, нейродерміт, інфаркт міокарду, мігрень. Психологічні та поведінкові чинники, змінюючи реактивність організму, відіграють важливу роль у виникненні та перебігу і інших захворювань (ендокринних, інфекційних, злоякісних), але при цьому не являються первинними етіологічними факторами.

2. ***Функціональні психосоматичні розлади***, які іноді ще називають системними неврозами - нестійкі порушення функцій органів та систем пов'язані з дією нервово-психічних факторів (особливостями емоційних

реакцій, переживанням психотравми). До них відносять затинання, енурез, невротичні тики, закрепи, психогенну імпотенцію та ін.

3. *Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування* (вживається у більш широкому, непрямому змісті). Порушення здоров'я у цих випадках зумовлюється відповідними особливостями поведінки людини, що витікають із певних рис особистості і її переживань. Сюди відносять схильність до травм, ожиріння, алкоголізму, токсикоманій та ін.

У МКХ-10 термін "психосоматика" не використовується, аби не створювати думку, що у виникненні хвороб не віднесених до даної рубрики психологічні чинники участі не беруть. По суті, психосоматичні розлади виявились розсіяними по різних рубриках:

F 45 - соматоформні розлади;

F 50 - розлади вживання їжі;

F 52 - сексуальна дисфункція;

F 54 - психологічні та поведінкові чинники, пов'язані з розладами (не психічними) класифікованими в інших розділах.

КЛІНІЧНА КАРТИНА.

Стоматологам часто доводиться мати справу з проявами так званої прихованої, або соматизованої депресії, коли власне депресивні явища (стійко пригнічений настрій) виявляються прихованими за "маскою" болів або вегетативних розладів. Найпоширеніші варіанти маскованої депресії:

а) алгічно-сенестопатична форма - на першому плані болі та неприємні відчуття у різних ділянках тіла. Можливий її цефалгічний, абдомінальний і кардіальний варіант. У жінок часто зустрічається глосалгічний варіант, що особливо важливо в практиці стоматолога.

б) агрипнічна форма - провідним є порушення сну.

в) діенцефалічна форма - у вигляді різноманітних вегетативних кризів.

г) обсессивно-фобічна - з нав'язливими думками та страхами.

Сенсорні порушення в ділянці м'яких тканин обличчя і слизової рота можна розділити на: парестезії - поколювання, печіння, зтягування; болі - розпирання, пульсація; смакові розлади - гіркота, сухість. При діагностиці соматизованої депресії враховують скарги хворого, особливості анамнезу та динаміки хвороби, а також ефект від проведеної стоматологічної терапії. Лікар повинен виходити з реальності існуючої соматичної патології і передовсім провести ретельне інструментальне обстеження, а при його негативних результатах та за наявності відповідних психіопатологічних ознак зупинитись на діагнозі депресії.

Серцево-судинна система. Ішемічна хвороба серця та інфаркт міокарду найчастіше трапляються у так званих "коронарних особистостей". Їх тип характеру отримав назву «стрескоронарний профіль», «тип А» або «сізіфовий тип», що відображає прагнення утримувати себе у стані безперервного емоційного напруження. Преморбідно таким людям притаманні виразний перфекціонізм - честолюбність, завищений рівень бажань із прагненням до досягнення високих стандартів суспільного життя, мотивація на досягнення високої соціальної мети. Вони відзначаються прагненням до конкуренції, квапливістю у веденні справ, нетерплячістю, почуттям високої відповідальності за доручену справу, азартністю, іноді ворожістю. Характерним є «занурення у роботу», адже на все інше просто не вистачає часу. До того ж це пояснюється тим, що такі люди краще справляються з ситуаціями, орієнтованими на досягнення високої соціально значущої мети, ніж проблемами сім'ї чи при спілкуванні з друзями.

Стенокардія, аритмія, коронарний спазм виникають у них на тлі тривалих переживань, тривоги, гніву, фрустрації. Біль при стенокардії часто носить атиповий характер і локалізацію. Панічні реакції можуть супроводжуватись вираженою аритмією, тахікардією, відчуттям нехватки повітря. Можлива смерть внаслідок шлуночкової екстрасистолії при переживанні важкого стресу.

Під час громадянської війни у США (1871) було описано *синдром да Кости* ("збуджене серце"). При цьому стані безпідставне переконання у тому, що розвинулась тяжка хвороба серця, супроводжується тахікардією, задишкою, стенокардією та надмірною стомлюваністю.

Виникнення внутрішньоособистісного конфлікту між агресивними імпульсами та потребою бути залежним від значущих осіб, може призводити до розвитку *гіпертонічної хвороби*. В її етіології значна роль належить конфліктній ситуації, оскільки люди схильні до гіпертонії, як правило, гірше адаптуються до стресогенних ситуацій, їх особистість характеризується інтравертованістю, емоційною лабільністю та істероїдністю. Такі риси сприяють психосоматичному реагуванню.

Спазми периферичних судин при *хворобі Рейно* можна вважати безпосередньо пов'язаними з тютюнопалінням, як видом токсикоманії (третій тип психосоматичних розладів за М. Блейхером).

Дихальна система. Серед особистісних рис, що формують схильність до *bronхіальної астми*, виокремлюють істеричність, іпохондричність, неусвідомлену тривожність. Психоаналітики вбачають у симптомі бронхоспазму символічне відбиття особистісного конфлікту між потребою у ніжності і страхом перед нею. Астматичне свистяче дихання є несвідомим проханням про любов і захист. Головне значення у розвитку бронхіальної астми має пригнічення матір'ю емоційних проявів дитини у ранньому дитинстві - крику, плачу та ін.

Сім'ї хворих на бронхіальну астму відзначаються стриманістю у проявах емоцій, батьки прагнуть контролювати ініціативу своїх дітей, блокувати несанкціоновані вчинки. Напади астми тим сильніші, чим більше хворий змушений боротися із почуттям гніву відносно до тих авторитетних осіб, які відмовляють йому у бажаній любові.

Шлунково-кишковий тракт. Іноді виникнення *виразкової хвороби шлунку та 12-палої кишки* буває не пов'язаним з інфекцією чи фізичним подразненням. У преморбіді таких пацієнтів характерним є прагнення до

пригнічення потреби у залежності з прагненням отримувати любов і турботу. На сьогодні виділено 7 профілів особистості, які зумовлюють не лише розвиток виразкової хвороби, але й клінічні особливості її перебігу. До їх складу входять найпоширеніші:

а) «тиранічний пацієнт» - відрізняється внутрішньою залежністю від оточення і одночасним страхом перед цією залежністю. Як реакція гіперкомпенсації в поведінці у нього виступає прагнення до тиранічного пригнічення оточуючих зі спалахами агресії у випадках невдач; деякі з цих пацієнтів мають схильність до алкоголізації;

б) хворі з психопатичними рисами характеру, компульсивно-депресивними рисами. Їм притаманна схильність «розсіювати» агресивне напруження на оточуючих, вони глузують з них, висловлюють постійне незадоволення. Це спричиняє негативне ставлення оточуючих і така негативна реакція ще більше спонукає пацієнта проявляти агресію, таким чином формується «хибне коло».

Хвороби ендокринної системи та порушення обміну. Виділяють 3 психологічні механізми, що сприяють захворюванню на цукровий діабет:

а) внутрішньоособистісні конфлікти та потреби компенсаторно задовольняються актом харчування (формула: їжа - любов). Інтенсивний апетит та схильність до ожиріння призводять до стабільної гіперглікемії, яка, в кінцевому результаті, функціонально ослаблює секреторну діяльність острівків Лангерганса підшлункової залози;

б) ідентифікація їжі з любов'ю. Блокування цієї емоції викликає стан голоду, що посилюється незалежно від вживання їжі. Формується «голодний» метаболізм, який відповідає метаболізму хворого на діабет;

в) неусвідомлені страхи, що виникають протягом всього життя, призводять до постійного реагування за типом «уникнення-боротьба», що супроводжується гіперглікемією. Оскільки психологічна напруга адекватно не реалізується, діабет може розвинути з початкової гіперглікемії.

Прагнення до надмірного споживання їжі, і, як наслідок, *ожиріння* може бути захистом від небажаного шлюбу, від невдач у соціальних стосунках, воно часто спостерігається у людей із незадоволеною потребою у самореалізації або як компенсація невдалого сімейного життя.

ЛІКУВАННЯ.

Комплекс лікувальних заходів включає в себе психотерапевтичну роботу з хворим; психологічну та психотерапевтичну допомогу членам його сім'ї та найближчому оточенню, застосування ефективних психотропних та інших біологічних психокоригуючих засобів. Ці методи лікування проводяться паралельно з суто терапевтичними впливами які реалізують спеціалісти відповідного профілю в умовах соматичних стаціонарів за участю психіатра, який не є лікуючим лікарем (взаємодіюча психіатрія) .

Хворих з тяжкими психічними розладами доцільно лікувати у психосоматичних відділеннях багатопрофільних лікарень, або у психіатричних стаціонарах (якщо дозволяє соматичний стан). Хворим, які не потребують стаціонарного лікування цей вид спеціалізованої медичної допомоги надається в амбулаторних умовах, теж на засадах взаємодіючої, а не заміщаючої моделі (психіатр підмінює лікаря іншого профілю) через організаційну та економічну нераціональність останньої.

З урахуванням структури психопатологічних синдромів переважно застосовують седативні засоби (броміди, валеріану, ново-пасит) та транквілізатори (сибазон, транксен, тазепам, медазепам). Цих груп препаратів достатньо при наявності незавершених (субсиндромальних) клінічних проявів. Можуть використовуватись вітаміни, препарати групи бета-блокаторів, які викликають анксиолітичний (протитривожний) ефект, а також ніфедіпін та верапаміл, що мають нормотимічні властивості, фізіотерапевтичні процедури (електросон, солярій), загальнозміцнююче лікування (полівітаміни, магне В6).

При психопатологічно завершених станах призначають антидепресанти (амітриптилін, меліпрамін, коаксил, золофт, ципраміл). Для корекції неадаптивної поведінки виправдане застосування в першу чергу таких нейролептиків, як неулептил, сонапакс.

При цьому варто пам'ятати про підвищену чутливість соматично хворих до психотропних медикаментів, а іноді - парадоксальну реакцію на них. Тому спочатку їх призначають у мінімальних дозах, а потім збільшують з урахуванням індивідуальної психічної реакції та соматичного стану.

СОМАТОПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ.

Соматопсихічні розлади – це психічні розлади, які виникають вторинно, як наслідок соматичних (неінфекційних) екстракраніальних недуг.

Вони включають в себе тісно пов'язані, але синдромологічно різні групи хворобливих проявів. З одного боку це екзогенно-органічні психічні розлади, обумовлені соматогенним впливом, а з іншого - психогенні порушення, наприклад, реакція на хворобу і її можливі наслідки. Особливої уваги заслуговує проблема внутрішньої картини хвороби і тісно пов'язані з нею питання деонтології в соматичній клініці.

ІСТОРИЧНІ ДАНІ.

Активне вивчення цієї проблеми відбувалось головним чином останні стоп'ятдесят років у рамках дослідження т.з. симптоматичних психозів (М. Baillarger, 1880). І до цього часу вчення про соматогенні психічні розлади не набуло завершеного вигляду. В процесі вивчення цієї проблеми Е. Краерлін вказував на специфічність психозів при кожному конкретному соматичному захворюванні. В той же час К. Vonhoefffer (1908), навпаки, підкреслював їх етіологічну неспецифічність у своїй теорії екзогенного типу реакцій. До важливих досягнень на шляху теоретичного обґрунтування вчення про соматопсихічні розлади можна віднести критерії діагностики, запропоновані К. Schneider (1936):

- 1) наявність чіткої соматичної симптоматики;
- 2) чіткий зв'язок у часі між соматичними та психічними розладами;
- 3) паралелізм їх перебігу;
- 4) наявність екзогенної психопатологічної симптоматики.

ЕТИОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ.

Наявність соматичного захворювання з його прямим токсичним, рефлекторно-інтероцептивним чи нейрогуморальним (інкреторним) впливом на ЦНС є основним фактором етіології соматогенних психозів. Поряд з цим, не варто також недооцінювати вплив психотравматизації в анамнезі (залишає в ЦНС зони найменшого спротиву), тривалих і тяжких перевантажень організму, інтоксикацій, наслідків ЧМТ, виразних інфантильних чи психопатичних преморбідних рис особистості та інших чинників здатних суттєво впливати на виникнення і перебіг нервово-психічних розладів.

Найважливіші ланки патогенезу соматопсихічних розладів:

- а) гіпоксія;
- б) патологічна інтероцепція з хворого органа у ЦНС;
- в) інтоксикація через патологію внутрішніх органів;
- г) розлади складних нейрогуморальних взаємовідносин внаслідок посилення, послаблення чи спотворення функції залоз внутрішньої секреції;
- д) розлади церебральної нейродинаміки, рефлекторної діяльності головного мозку.

Всі ці компоненти беруть участь в загальному механізмі захворювання, але їх значимість може бути різною. Наприклад, при кардіогенних психозах центральними є гіпоксичний, інтероцептивний та церебральний фактори, а при нефрогенних психозах, головну роль відіграють токсичний та гіпоксичний компоненти (уремічна кома).

КЛАСИФІКАЦІЯ СОМАТОПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ.

За етіопатогенетичними та клініко-динамічними ознаками соматопсихічні розлади класифікують (О.К. Напреєнко, 1995) як:

1. Непсихотичні – оглушення, сопор, кома, а також невротичні, психопатичні, неврозоподібні та психопатоподібні розлади (астенічний, астено-депресивний, астено-іпохондричний, астено-абулічний, астено-апатичний, тривожно-фобічний, obsесивно-фобічний, депресивний, депресивно-іпохондричний, істерико-іпохондричний синдроми, псевдодеменція), котрі перебігають за типом:

- а) реакції;
- б) стійкого стану;
- в) патологічного розвитку особистості.

2. Психотичні - делірій, онейроїд, аменція, сутінки, а також параноїдний, депресивно-, тривожно-, маніакально- і галюцинаторно-параноїдний, кататонічний та сенесто-іпохондричний синдроми. За перебігом:

- а) гострі симптоматичні;
- б) підгострі (протраговані, перехідні);
- в) хронічні (затяжні).

3. Енцефалопатичні (дефектноорганічні) - простий психоорганічний, епілептиформний, корсаковський, псевдопаралітичний синдроми, неспецифічна органічна деменція.

За провідним етіологічним фактором соматопсихічні розлади поділяють на такі, які виникають:

- 1) при захворюваннях внутрішніх органів та систем;
- 2) при тяжких порушеннях обміну речовин;
- 3) при розладах інкреторної функції залоз.

КЛІНІЧНА КАРТИНА.

1. Психічні розлади при захворюваннях систем внутрішніх органів.

Ішемічна хвороба серця. Інфаркт міокарду. При цьому захворюванні психічні розлади різної тяжкості зустрічаються в 55% випадків. Їх виникненню сприяє наявність в анамнезі у хворих стенокардії, церебрального атеросклерозу, повторність інфаркту.

Вже у *продромальному періоді* на фоні астенії та стенокардії (хоча іноді й без неї) спостерігається неусвідомлена тривога, зниження настрою з тужливим відтінком і почуття психічного дискомфорту.

У гострому, *больовому періоді* хворі зазвичай охоплені потужними вітальними афектами страху, туги, тривоги з руховим збудженням. Такі стани виникають гостро, раптово, тривають переважно декілька хвилин і виливаються у дуже небезпечні своїми суїцидальними тенденціями тривожні депресії. Можливий прогностично несприятливий перехід депресії у ейфорію, чи навпаки. Виникають також короткочасні, ніби "мерехтливі" стани сутінок, делірію чи аменції.

У періоді *лихоманки* (7-10 день) особливо частими є тужливо-депресивні стани, а також оглушеність, яка у важких випадках може переходити у сопор.

У *підгострому* періоді (до 1-1,5 місяців) на перший план виходять явища вираженої астенії з підвищеною стомлюваністю, емоційною лабільністю і надзвичайною гіперестезією (емоційно-гіперестетична слабкість).

Віддалений період характеризується приєднанням до астенії невротичних розладів з частим формуванням невротичного (переважно іпохондричного) розвитку особистості.

Захворювання печінки. Внаслідок хронічних прогресивних захворювань печінки (гострої жовтої атрофії печінки, гепато-лентикулярної дистрофії, біліарного цирозу) можуть виникати різноманітні психічні розлади.

При гострій жовтій атрофії печінки вони зазвичай дебютують різкою астенією з безсонням, на фоні якої в умовах наростаючої токсемії пізніше виникають важкі делірії, сутінки і судомні напади.

При гепато-церебральній дистрофії (хвороба Вільсона-Коновалова) спочатку на фоні емоційної лабільності виникають субдепресивні стани, які переростають в розгорнуті депресії, а іноді змінюються епізодами манії. Пізніше, на фоні прогресуючої тотальної деменції проявляються галюцинаторні, параноїдні та кататонічні синдроми, що при наростанні токсемії перекриваються деліріями та аменцією. Можливі також судомні напади і коматозні стани.

Біліарний цироз також дебютує важкою психофізичною астеною, яка переходить у афективні картини. Потім стає помітним і поступово наростає стійке зниження основних психічних функцій з психопатоподібними станами, які іноді перекриваються сутінками, або оглушеністю аж до коми. У таких хворих можуть формуватись маячні ідеї дисморфоманічного змісту, маячня впливу, стосунку, переслідування і особливі *функціональні галюцинації*, коли при одному вигляді комах, хворі починають відчувати присутність їх на власній шкірі, обтрушують їх.

Виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки. Психічні розлади дебютують переважно внаслідок загострення вже довготривалої виразкової хвороби. Проте наступні епізоди (аналогічні першим) можуть виникати і поза загостренням соматичної патології, у зв'язку з психотравмами, алкоголізацією чи інфекцією. Спочатку на астеничному фоні виникають астено-депресивні, тривожно-депресивні та іпохондричні стани, а потім виявляються вже розгорнуті депресивно-параноїдні синдроми з уривчастим чуттєвим маяченням отруєння, впливу, переслідування, і особливо - іпохондричного характеру. Виражені також слухові, нюхові та вісцеральні галюцинації, причому останні часто локалізуються в ділянці виразки. Психоз триває від декількох тижнів до 3-4 місяців і переважно закінчується одужанням.

Бронхіальна астма. Ще до появи психотичних явищ у таких хворих часто можна спостерігати психопатоподібні стани з рисами сенситивності, вразливості та замкнутості. Передумовою до виникнення психозів може бути

загострення астми або почастишання нападів. Описані три форми психозів при бронхіальній астмі.

Пароксизмальна форма проявляється короточасними (від декількох годин до декількох днів) епізодами розладу свідомості переважно у вигляді сутінок.

Галюцинаторно-параноїдна - різноманітними, але переважно слуховими галюцинаціями і уривчастими чуттєвими маячними ідеями переслідування та стосунку.

Тривожно-депресивна форма представлена вираженими афектами страху та тривоги, маячними ідеями самозвинувачення, переслідування та галюцинаторними включеннями. Дві останні форми схильні до хвилеподібного перебігу, тривають декілька тижнів, іноді затягуючись до 3-4 місяців, але у підсумку, як правило, закінчуються одужанням.

2. Психічні розлади при порушеннях обміну речовин.

Хвороби нирок. Гострі нефрогенні психози, що виникають внаслідок гострої ниркової недостатності, яка у свою чергу є наслідком порушень обміну, можуть проявлятися сутінками, делірієм, аменцією, а також станами оглушеності аж до уремичної коми. Іноді у таких хворих виникають судомні напади та дисфоричні стани. Захворювання триває від декількох днів до місяця і, як правило, закінчується одужанням.

При компенсованій хронічній нирковій недостатності на першому плані знаходиться виражена астенія з пасивністю та адинамією, на фоні якої при загостренні можуть виникати картини екзогенного типу реакцій (делірій, аменція, оглушення). При вираженій хронічній недостатності характерні тривалі ремітуючі параноїдні, тривожно-депресивні та кататонічні стани, нерідко з тенденцією повільно наростаючого органічного слабоумства.

Цукровий діабет. Ця недуга зазвичай супроводжується вираженою соматогенною астенією з псевдоневрастенічним або субдепресивним синдромом. По мірі наростання тяжкості власне діабетичного процесу спостерігається поступовий прогредієнтний перехід астенії в адинамію і

навіть апатію, за "фасадом" яких виявляється інтелектуально-мнестичне зниження. При тяжкому тривалому діабеті з повторними діабетичними та гіпоглікемічними комами можливі судомні та амнестичні синдроми, а також деліріозні та аментивні затьмарення свідомості.

3. Психічні розлади при захворюваннях ендокринної системи.

Підшлункова залоза (інсулома). Внаслідок гіперфункції острівців Лангенгарса гостро розвивається гіпоглікемічний стан, який може супроводжуватись сутінками, епілептиформними нападами, а також оглушеністю, сопором чи комою. Збудження з агресивністю імовірно переважно в сутінковому стані.

Хвороба Іценко-Кушинга - гіперфункція базофільної порції передньої долі гіпофіза призводить до порушення нормальної діяльності наднирників, підшлункової залози та статевих залоз. Це зумовлює широку розповсюдженість психічних розладів при цій патології (до 94% випадків).

Центральним симптомом є виразна психофізична астения з надмірною виснаженістю, безініціативністю та адинамією, яка може дебютувати ще до виявлення соматичної патології (ініціальна астения). Хоча такі хворі мають байдужий вираз обличчя, але вони переживають певні емоційні переживання. Іноді у них виникають імпульсивні гнівливо-дратівливі реакції. Безсоння чергується з періодами сомнолентності. На стадії розгорнутого процесу спостерігаються депресії з дисфоричними та параноїдними включеннями, але без ідей самозвинувачення і моторної загальмованості. Сенестопатично-іпохондричні мотиви надають загальній психопатологічній картині нігілістичного відтінку. Іноді депресії набувають значної глибини, з появою суїцидальних думок, що не реалізуються через адинамію. Можливе виникнення своєрідних маніакальних епізодів з гіпертимією на фоні адинамії, які можуть чергуватись з епізодами депресії.

Психози тривають від декількох тижнів до декількох місяців. Деменція може бути наслідком рано виникаючого атеросклерозу судин головного мозку.

ЛІКУВАННЯ.

Такі хворі зазвичай залишаються для лікування у відповідних соматичних стаціонарах, але при виникненні гострих психотичних розладів - бажане їх переведення до психіатричного відділення з такою умовою, щоб вони знаходились під постійним наглядом як психіатра, так і лікаря загального профілю.

Лікування основної соматичної патології у даному випадку є, по суті, етіологічною терапією. Воно повинне бути максимально повним і ефективним, але поряд із цим існує необхідність у широкому застосуванні психотропних засобів.

У випадку затьмарення свідомості, а також при станах гострого психомоторного збудження показані нейролептики з потужним антипсихотичним ефектом: аміназін, галоперидол, тізерцин. Застосовуючи такі препарати потрібно пам'ятати про високу чутливість до них хворих, а також їх гіпотензивну дію (небезпека колапсу). При необхідності показаний розчин седуксену 3-5 мл внутрішньовенно. Ці ж ліки ефективні для лікування маніакальних станів. При помірних депресіях показані коаксил, тізерцин, меллеріл, а при важких, з ажитацією – антидепресанти (піразидол, амітриптілін, ципраміл, золофт). Амітриптілін ефективний при соматогенних депресіях, у структурі яких спостерігається тривога, страх і немає загальмованості. Однак його не варто призначати у випадках глаукоми, атонії сечового міхура та гіпертрофії простати через небезпеку побічних ефектів.

При параноїдних та галюцінаторно-параноїдних станах показане застосування френолону, меллерилу, еглонілу, а при їх неефективності - призначення тізерцина, лепонекса, аміназіна, галоперідола з урахуванням протипоказань останніх нейролептиків при гострих захворюваннях нирок та печінки. Менше побічних ефектів спостерігається при використанні атипичних антипсихотиків – рисполепта, зіпрекса та ін.

При неврозо- та психопатоподібних станах гіперстенічного та експлозивного типів з психічною напруженістю і диссомніями показані транквілізатори (передовсім похідні бензодіазепіну) - феназепам, еленіум, седуксен. Неврозоподібні астено-депресивні стани піддаються корекції за допомогою малих доз антидепресантів, мебікара, мепробамата. За умови різко вираженої астенії, а особливо при апато-адинамічних та астено-апато-абুলічних станах, хороші результати дає застосування ноотропів: аміналону, пірацетаму, пірідітолу.

У лікуванні соматогенних психічних розладів невротичного регістру, велика роль належить раціональній психотерапії. Її застосування обгрунтоване як патогенетичний метод лікування, особливо з урахуванням великої розповсюдженості психогенних невротичних нашарувань на неврозо- та психопатоподібні стани при соматогенній (кардіогенній, ендокринній та ін.) патології, що створює складну полігенну картину хвороби.

ЕКСПЕРТИЗА.

Лікарсько-трудова. Хворі, які страждають на гострий соматогенний психоз знаходяться на лікарняному листку і призначення інвалідності не потребують. При затяжних психозах, призначена хворому I чи II група інвалідності після його одужання може бути знята у випадку редукції проявів астенії. Для хворих з нерізким (але стійким) психічним дефектом і помітним соматогенним слабоумством питання про призначення III, II чи навіть I групи інвалідності вирішується в індивідуальному порядку з урахуванням тяжкості психічного дефекта.

Військово-лікарська. Психоз стає об'єктом експертної оцінки придатності до військової служби лише за умови одужання від основної соматичної патології. Особи, що перенесли в минулому соматогенний психоз визнаються придатними до військової служби з наданням відстрочки, якщо одужання відбулось нещодавно. Затяжний соматогенний психоз із

формуванням психічного дефекту чи слабоумства є підставою для звільнення від призиву і несення військової служби.

Судово-психіатрична. Скоєння протиправних діянь у стані соматогенного психозу служить підставою для визнання таких осіб неосудними з призначенням їм курсу примусового лікування.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

1. Визначення понять "психосоматичні" та "соматопсихічні" розлади.
2. Етіологія та патогенез психосоматичних розладів.
3. Етіологія та патогенез соматопсихічних розладів.
4. Класифікація психосоматичних розладів.
5. Класифікація соматопсихічних розладів.
6. Клінічні прояви психосоматичних розладів серцево-судинної системи.
7. Клінічні прояви кардіогенних соматопсихічних розладів.
8. Клініка соматопсихічних розладів при хворобах травної системи.
9. Клініка соматопсихічних розладів при ендокринній патології.
10. Клінічні прояви дисметаболических соматопсихічних розладів.
11. Сучасне лікування психосоматичних та соматопсихічних розладів.
12. Основні принципи експертизи при соматопсихічних розладах.

Глава 13

ПСИХОГЕННІ РОЗЛАДИ (ПСИХОГЕНІЇ)

НЕВРОЗИ

Неврози - група функціональних психогенно обумовлених психічних захворювань з тенденцією до транзиторного затяжного перебігу, клініка яких характеризується астеничними, нав'язливими та істеричними розладами при відсутності порушень відображення реальності і усвідомлення свого стану.

До неврозів не належать психічні розлади невротичного регістру, що часто супроводжують соматичні та нервові хвороби і мають самостійну назву

- невротичні реакції. Невротичні реакції, неврози і психопатії - є предметом вивчення так званої межової, або малої психіатрії. Від неврозів потрібно також відрізнити неврозоподібні розлади, які зазвичай клінічно представлені у вигляді астеничних, obsesивно-фобічних чи істеричних розладів, що не мають психогенного походження і складають клінічну картину інших затяжних психічних (наприклад, шизофренії) або соматичних (гіпертонічна хвороба, пептична виразка) захворювань.

ІСТОРИЧНІ ДАНІ.

Поняття «неврози» вперше ввів у літературу шотландський лікар W.Cullen у 1776 році розуміючи під цим терміном нервовий розлад, що не супроводжується лихоманкою, не пов'язаний з місцевим ураженням одного з органів, а зумовлений “загальним недугом, від якого залежать рухи та думки”. Основу регуляції життєвих процесів він вбачав у напруженні та розслабленні нервової системи, і з його порушенням пов'язував виникнення відхилень психічної діяльності, які назвав неврозами.

На початок XIX ст. до неврозів відносили найрізноманітніші захворювання, стани і симптоми. Але в середині XIX ст. у зв'язку з великими успіхами патологічної анатомії, зміст поняття зазнав суттєвих змін та уточнень.

З удосконаленням патологоанатомічних досліджень і встановленням морфологічних порушень органів багато станів і захворювань з групи неврозів почали відносити до інших нозологій. У другій половині XIX ст. визначення невроз передбачало обов'язкову відсутність при цьому захворюванні органічних змін. Проте і тоді таку думку поділяли не всі, F. Raymond у 1907 році висловив припущення, що при неврозах відсутні лише ті анатомічні зміни, які б могли бути виявлені сучасними на той момент методами дослідження.

Паралельно продовжувалось уточнення етіології неврозів, виникло уявлення про них, як психогенні розлади. Великий внесок у вивчення даної

проблеми внесли G. Beard (1868), L. Strumpel (1878), J. Charcot (1888), P. Janet (1903).

Вирішальними у цьому напрямку були дослідження P. Dubois, 1912, який вважав головною ознакою неврозів втручання психіки, «розумового уявлення» у всі їх симптоми. Грунтуючись на цьому він запропонував замість терміну «невроз» використовувати назву «психоневроз».

Складного розвитку зазнало вивчення клініки неврозів і диференціація їх форм. Зокрема істерія, як хвороба була відома ще до нашої ери, у єгипетському папірусі Кахун її згадують як хворобливий стан, в основі якого лежить переміщення матки по тілу.

Майже через 100 років після введення поняття «невроз», американський лікар G. Beard, 1869 детально описав стан дратівливої слабкості у промислових робітників Америки. Спочатку він назвав це явище «американським неврозом», а пізніше неврастенією. У 1880 році С. Westphal сформулював визначення нав'язливих (обсесивних) станів, що дозволило диференціювати їх від неврастенії.

Таким чином, до початку ХХ ст. були описані основні форми неврозів, але їх диференціація продовжувалась. На цей процес вплинули такі наукові напрямки, як психоаналіз З.Фрейда, біхевіоризм, екзистенціалізм та ін. Велике значення мало також вчення І.П. Павлова про вищу нервову діяльність.

Крупні дослідження цієї проблеми проводили С.Н. Давиденков (1963), О.В.Кербіков (1962), А.М.Свядош (1974), Б.Д.Карвасарський (1980) та ін.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ.

Неврози завжди були поширеною патологією, але останнім часом кількість таких хворих стала стрімко зростати. Цей факт пов'язують із соціальними метаморфозами обумовленими тотальним наступом науково-технічного прогресу. Поряд з очевидними перевагами він несе необхідність мобілізації адаптивних ресурсів особистості, до чого не всі виявляються

готовими. Про широку розповсюдженість неврозів серед населення свідчить їх значна питома вага в структурі інших психічних хвороб, яка за даними різних авторів складає 15-30%. В СРСР розповсюдженість неврозів складала 21,1-21,8 на 1000 населення (Чітава О.Р., 1981) і мала стійку тенденцію до зростання.

ЕТИОЛОГІЯ.

На сьогоднішній день не підлягає сумніву, що виникнення неврозів обумовлюється дією інформаційних чинників (психічних травм). Вперше це довів І.П. Павлов в експериментах над тваринами.

Психогенними факторами можуть бути:

- зовнішні конфлікти;
- інтрапсихічні конфлікти;
- довготривале (психотравмуюча ситуація) або надто сильне емоційне чи інтелектуальне психічне перенапруження.

Сила психотравмуючої дії переважно визначається не фізичною інтенсивністю сигналу, не об'ємом інформації, яку він несе, а його значимістю для даного індивідуума. Тому невроз не може розглядатись через призму простого співвідношення "стимул-реакція". Виховання людини, її життєвий досвід, установки, ідеологія та інше формують значимість, а звідси і патогенність для неї тої чи іншої інформації.

Велику роль у виникненні хвороби можуть зіграти вроджені типологічні особливості нервової системи, а також її стан на даний момент. Найбільш вразливими у цьому відношенні виявляються особи з астенічними, істеричними та психастенічними рисами характеру, тим більше якщо вони досягають психопатичного рівня. Так, П.Б. Ганнушкін підкреслював, що між фазою, як формою динаміки психопатій, і неврозом принципової різниці не існує. Загальновизнаним є уявлення, що ймовірність виникнення тієї чи іншої форми неврозу, визначається особливостями акцентуації характеру у преморбіді. Зокрема:

- особистості акцентуйовані по астеничному типу, мають схильність до розвитку неврастенії;
- акцентуйовані за тривожним типом - до неврозу нав'язливих станів;
- акцентуйовані за істероїдним типом - до істеричного неврозу.

Сприятливі виникненню неврозів можуть також тривало існуючі афективно забарвлені групи уявлень, що відображають глибоке психотравмуюче переживання. Е. Bleuler пропонував називати їх *комплексами*.

ПАТОГЕНЕЗ.

По І.П. Павлову, патогенетичною основою неврозів є зрив вищої нервової діяльності з перенапруженням нервових процесів або їх надмірною рухливістю під впливом надсильних подразників.

Зокрема, для неврастенії характерне патологічне переважання процесу збудження над внутрішнім умовним гальмуванням в силу зриву останнього під впливом патогенних чинників. Відбувається воно в осіб, які у преморбіді відрізнялись холеричним, або у важких випадках, і сангвіністичним темпераментом. При подальшій дії психотравмуючих обставин процес розвивається у напрямку розвитку стійкого домінування замежно-охоронного гальмування і капітуляції збудження. У осіб зі слабким типом ВНД гальмування починає домінувати над збудженням одразу, в силу початкової слабкості кіркових клітин.

Істеричний невроз, по І.П.Павлову виникає у хворих зі слабким художнім типом ВНД. Головними факторами є переважання підкірки над корою через функціональну слабкість останньої, домінування у корі головного мозку першої сигнальної системи над другою і патологічна вираженість негативної індукції. Під впливом потужних афективних імпульсів з підкіркових ("інстинктивних") структур, а також під дією словесних, зовнішніх або власних, стимулів у корі спалахує вогнище

сильного збудження. Його одразу охоплює зона потужної негативної індукції ізолюючи від інших зон кори. Це пояснює походження надзвичайної істеричної навіюваності, адже патологічний процес ізолюється від минулого життєвого досвіду. При локалізації в моторних зонах кори процесів збудження виникають різноманітні тіки та гіперкінези, а у протилежному випадку - парези, паралічі, астазія-абазія.

Основні патофізіологічні механізми нав'язливих станів були встановлені І.П. Павловим у 1933 році. Згідно створеного ним вчення в їх основі лежить зрив ВНД з утворенням стійких (на відміну від істерії) патологічних пунктів кори у осіб зі слабким аналітичним типом ВНД. Поряд з безумовним визнанням заслуг павловської школи у вивченні цієї проблеми варто зауважити, що ще у 1913 році видатний вітчизняний психіатр М.М. Асатіані опублікував дослідження про фобії, як умовні рефлекси. Він розглядав їх як «патологічне інертне застійне збудження у хворих пунктах».

Узагальнюючи раніше отримані дані та результати власних досліджень О.Г. Іванов-Смоленський (1952, 1974) дійшов висновку, що безсумнівна роль у механізмі виникнення нав'язливих станів належить явищам патологічно позитивної і патологічно негативної індукції, з порушенням гальмівних процесів, які утворюються в онтогенезі.

Іноді доводиться враховувати значення фазових станів. Так, механізм ультрапарадоксальної фази обумовлює виникнення контрастних думок і потягів. Значна частина нав'язливих станів пов'язана з другою сигнальною системою. Тимчасове заспокоєння, яке відчуває хворий після виконання нав'язливих ритуальних дій, швидше за все можна пояснити виникненням нового вогнища збудження у руховому аналізаторі з розвитком негативної індукції і пригніченням основного вогнища інертного збудження.

Згідно інших поглядів на патогенез неврозів, центральним моментом є збій церебральних систем, що керують процесами адаптації. Чим більшою є невідповідність між наявним становищем і тим, яке прогнозувалось, тим імовірнішими є патологічні наслідки для організму. Виникає нервово

напруження з відчуттям незадоволеності - фрустрація, і стрес з відповідними ендокринними та вегетативними проявами.

Процеси прогнозування впливають на виникнення емоцій у відповідь на дію інформації. Згідно даних електроенцефалографічних досліджень прогнозування здійснюється в результаті взаємодії ретикулярної формації, лімбічної системи і поясної звивини. Особливо велика роль належить лімбічній системі ("вісцеральному мозку"), яка регулює виникнення емоцій.

Відхилення перебігу подій від прогнозованого ініціює мобілізацію організму для дій з великими енергетичними затратами передовсім на ендокринному рівні (підвищення секреції адреналіну та ін.). Емоційне напруження, а разом з ним і можливість психотравмуючої дії конфліктної ситуації може бути нівельоване лише у випадку вироблення чіткої стратегії поведінки, яка б сприяла емоційній розрядці.

КЛАСИФІКАЦІЯ.

У вітчизняній літературі традиційно прийнято виділяти три класичні форми неврозів:

- істеричний невроз,
- неврастенію,
- невроз нав'язливих станів.

Свого часу термінами: «неврози органів» - серця, легень, шлунку і «системні неврози» - серцево-судинної, дихальної, сечостатевої системи позначали одну з форм неврозу з переважною фіксацією пацієнта на функціональних порушеннях відповідного органу чи системи, тобто клінічний різновид загального неврозу. Такі вегетативні розлади, які не мають органічної основи, раніше називали вегетативними неврозами. Але правильніше говорити про вегетативний (початковий) етап розвитку неврозу.

Згідно МКХ-10, у якості синоніму терміна "невроз" прийнятий термін "невротичні розлади"; замість "неврозу нав'язливих станів" - "обсесивно-

компульсивний розлад"; "істерія" - "дисоціативні (конверсійні) розлади", термін "неврастенія" збережено.

Окремо у новій класифікації виділені *невроз страху*, а також *іпохондричний* та *депресивний неврози*.

Ця класифікація покликана сприяти більшому взаєморозумінню між лікарями різних країн, але потрібно зауважити її певну непослідовність, адже поряд з окремими клінічними формами неврозів у ній фігурують деякі синдроми і навіть симптоми.

Неврози з плином часу, при психотравмуючій ситуації, що триває, можуть хронізуватися, тобто розвивається хронічний невроз, а це призводить до патологічної трансформації характеру хворого. У цих випадках ми говоримо про *невротичний розвиток особистості* з переважанням у клінічній картині астеничних, obsesивно-фобічних, та істеричних розладів, що зумовлюють соціальну дезадаптацію пацієнта.

НЕВРАСТЕНІЯ.

Неврастенія (*neurasthenia* - від гр. *neuron* - нерв + *asthenia* - безсилля, слабкість) - психогенне захворювання з групи неврозів, основним проявом якого є стан дратівливої слабкості, тобто підвищена виснажуваність і сповільнене відновлення психічних процесів. Синоніми: нервове виснаження, нервова перевтома, неврастенічний синдром. Виникає переважно у віці 20-40 років, дещо частіше у чоловіків, ніж у жінок. Неврастенію вперше описав у 1869 році американець G. Beard. Він пов'язував її виникнення з тривалим емоційним та фізичним перенапруженням нервової системи, що призводить до її виснаження.

Клініка.

Хвороба розвивається підгостро, поступово. На перших етапах при фізичному чи емоційному напруженні виникають *вегетативні розлади* (тахікардія, пітливість, похолодіння кінцівок, диссомнія), що неадекватні подразнику за силою і швидко минають. На наступному етапі з'являються

сенсомоторні розлади (гіперчутливість, метеопатія), які викликають іпохондричну налаштованість і різко знижують працездатність. У подальшому приєднуються *афективні розлади* (надмірна емоційна лабільність, нетримання афекту, неадекватні реакції образи, роздратування з незначного приводу). Якщо хворий при цьому продовжує спроби виконувати свої звичні обов'язки, то на перший план починають виходити *ідеаторні розлади* з важкістю зосередження уваги, зниженням пам'яті та схильністю до безперервного самоаналізу.

У вітчизняній психіатрії прийнято виокремлювати ряд послідовних фаз розвитку неврастенії, у відповідності з якими говорять про її клінічні форми.

1. Гіперстенічна форма, з якої дебютує хвороба, головним чином проявляється дратівливістю та схильністю до швидкого знесилення. Малозначимі або індиферентні для здорової людини подразники починають викликати посилену реакцію (гіперестезія). Хворі стають запальними, дратуються навіть з незначного приводу, не переносять сильного шуму та яскравого світла, велелюдних народних зібрань. Виникненням гіперчутливості щодо інтеро- та пропріорецепторів пояснюється також поява чисельних скарг на неприємні відчуття у різних ділянках тіла (головний і зубний біль, шум у вухах, парестезії та ін.).

Зниження працездатності на цьому етапі виникає не стільки через перевтому, а, головним чином, внаслідок психічної незібраності і розгубленості таких хворих, що обумовлюються первинною слабкістю активної уваги. Взятись за роботу, вони довго не витримують необхідного для цього психічного напруження і відволікаючись на сторонні подразники припиняють її. Спроби подолати "важкий початок" і відновити роботу можуть бути численими, але внаслідок великих втрат часу ефективність такої праці дуже низька.

Згадані розлади нестійкі, швидко зникають при лікуванні і відпочинку.

2. Друга форма (або ж стадія хвороби) - дратівливої слабкості, є по суті проміжною і відрізняється розгорнутістю проявів та більшою стійкістю

стану дратівливої слабкості. Поряд з підвищеною емоційною збудливістю, гіперестезією, нестриманістю, низькою толерантністю до фрустрації, різко посилюється відчуття психічної виснаженості, ще більш послаблюється активна увага. Дратівливість залишається яскраво вираженою, але афективні реакції зі збудженням та криком швидко гаснуть змінюючись психічним безсиллям з почуттям образи, повною емоційною капітуляцією і сльозами. Характерно, що такі полярні прояви виникають з незначних приводів демонструючи властиву таким хворим слабкодухість.

Взявшись за роботу хворий швидко стомлюється, починає відчувати головний біль, втрачає здатність до зосередження і у повному виснаженні припиняє роботу. Постійне збільшення інтервалів між робочими "пароксизмами" не допомагає, адже відновлення сил не відбувається.

Часто спостерігається зниження м'язового тону, тремор пальців рук, язика, який підсилюється при хвилюванні. Важливе місце у цій стадії неврастенії займають порушення сну у вигляді важкості засинання, тривожного очікування безсоння, іноді можуть виникати гіпнагогічні галюцинації. Сон неглибокий, з тривожними сновидіннями, після якого хворі відчувають себе невиспавшимися, розбитими. Безсоння може поєднуватися з підвищеною сонливістю у денний час.

Обов'язковий компонентом неврастенії є поліморфні соматовегетативні розлади, пов'язані з діенцефально-вегетативною дисфункцією. Найбільш характерні функціональні серцево-судинні порушення (транзиторна артеріальна гіпо- і гіпертонія, відчуття пульсації судин), головні болі, нерідко з відчуттям стягування голови, так звана «каска неврастеніка», загальний або локальний гіпергідроз та функціональні розлади системи травлення (анорексія, гіпосалівація з відчуттям сухості в ротовій порожнині, нудота, метеоризм, закрепи, які іноді чергуються з проносами). Іноді відмічаються сексуальні розлади: зниження статевого потягу, послаблення ерекції, передчасна еякуляція. Перераховані розлади зазвичай відмічаються на фоні нестійкого, переважно субдепресивного настрою.

Третя (гіпостенічна) форма неврастенії виникає або первинно у астенічних та тривожно-помисливих особистостей, або як етап (третя стадія) розвитку хвороби у осіб із сильним типом ВНД.

На перший план при цій формі виступає постійна астенія на фоні зниженого настрою. Емоційний фон дещо тривожний, з відтінком суму і апатією. Спостерігається плаксивість та надмірна емоційна лабільність. Частими є іпохондричні скарги, фіксація на внутрішніх відчуттях.

ІСТЕРИЧНИЙ НЕВРОЗ.

Істерія (*hysteria*, гр. - *hystera* - матка) - різновид психогеній, що виникає у зв'язку з психотравмуючою обстановкою в осіб з особливим складом характеру (істеричний характер).

У патогенезі цього захворювання важливу роль відіграє механізм "втечі у хворобу", "умовної приємності, бажаності" хворобливого симптому. І.П. Павлов довів, що тимчасові порушення функцій організму, даючи людині той чи інший життєвий зиск, наприклад, вихід із загрозливої ситуації або втечу від похмурої реальності, можуть завдяки своїй "умовній приємності" закріпитись за механізмом умовного рефлексу. Це і лежить в основі істеричної фіксації хворобливого симптому.

Переважно істерія виникає у молодих жінок, хоча хворіють і чоловіки. Зовнішньо нагадує найрізноманітніші хвороби, за що отримала назву «хамелеон, який безперечно змінює своє забарвлення», «велика симулянтка, актриса» і т.п. Особливостями хворих на істерію є демонстративність, прагнення будь-яким шляхом привернути до себе увагу, велика навіюваність, самонавіюваність та інфантильні (дитячі) механізми психологічного захисту в конфліктних ситуаціях.

Клініка.

Враховуючи дуже різноманітну симптоматику істерії її розлади умовно поділяють на *моторні, сенсорні, вегетативно-вісцеральні та психічні.*

1. Моторні розлади можуть проявлятися: істеричними пароксизмами, функціональними паралічами, парезами, афонією, м'язовими контрактурами, гіперкінезами, явищами астазії-абазії, різноманітними порушеннями ходи, затиранням та ін.

Істеричний пароксизм виникає, зазвичай, у присутності глядачів, проявляється падінням, як правило, безпечним, у вигляді повільного опускання, після якого, за висловом Е. Кречмера, «розгорається пожежа усіляких виразних рефлекторних рухів, одне за одним». Хворі при цьому тремтять, качаються по підлозі, вигинаються дугою, опираючись у підлогу потилицею і п'ятками («істерична дуга»), кричать, стогнуть, викрикують якісь фрази, цитати, співають або щось шепочуть, кусають собі руки, дряпають обличчя і тіло, рвуть одяг, виривають волосся, заламують руки, приймають так звані «пристрастні пози» з відповідною характерною мімікою і гіперемією обличчя (дуже рідко з ціанозом чи зблідненням).

Істеричний напад триває від декількох хвилин до декількох годин. Може бути перерваний зовнішніми впливами, наприклад, голосним звуком, різкою командою, обливанням холодною водою та ін.

Нерідко напад переходить у плач, стан розбитості, втоми, безсилля, рідше у сон. Про період істеричного нападу зберігаються часткові спогади.

Істеричні паралічі (як і парези) виникають у вигляді моноплегій (монопарезів), параплегій (парапарезів), тетраплегій (тетрапарезів) і т.ін. При цьому зона параліча (пареза) може обмежуватися розмірами пальця, кисті, стопи, руки чи ноги і т.д. («пташина лапа»). Як правило, вони, на відміну від органічних, не супроводжуються патологічними рефlekсами, пірамідними знаками і топографічно не відповідають ходу нервових стовбурів.

У основі *істеричної афонії* лежить параліч глосових зв'язок.

Істеричні контрактури охоплюють як окремі групи м'язів - істеричний блефароспазм, істерична кривошия, так і цілий комплекс, через що хворий, який страждає на істерію, може на тривалий час застигнути у "манірній позі".

Істеричні гіперкінези переважно проявляються у вигляді тікоподібних і тремтячих рухів як окремих частин тіла (підборіддя, вік, рук, ніг, голови) так і усього тіла. Їх виникнення залежить від афективного стану хворих і несе в собі багато елементів імітації, що відрізняє їх від органічних гіперкінезів.

Астазія-абазія - істеричний розлад, при якому виникає нездатність до самостійного стояння та ходіння за відсутності ознак органічного ураження опорно-рухового апарату. Хворі, знаходячись у ліжку, самостійно рухають ногами, але падають на підлогу при спробі ходити.

2. Сенсорні розлади можуть проявлятися: зниженням чутливості, чи повною анестезією на тактильні, температурні чи больові подразники, або ж гіперестезіями на ті ж впливи.

Ділянки анестезії або гіперестезії при цьому також можуть зовсім не відповідати певним зонам інервації: бути у вигляді так званих курток, напівкурток, трусів, напівтрусів, панчох, шкарпеток, рукавичок і т.ін. Нерідко виникають явища істеричної сліпоти, глухоти та німоти (сурдомутизм), втрати нюху, смаку, відсутності глоточного рефлексу. Істеричні болі, різні за тривалістю та інтенсивністю можуть спостерігатись у будь-якій частині тіла (голова, спина, суглоби, живіт). Описані випадки, коли у хворих на істерію живіт приймає вигляд "шахматної дошки" через деформованість рубцями після чисельних лапаротомій. Такі хворі мігрують з однієї клініки до іншої з єдиною метою отримати консервативне і, навіть, хірургічне лікування. Іноді больові відчуття в області серця симулюють стенокардію або інфаркт міокарду.

3. Вегетативно-вісцеральні розлади при істерії найбільш частими і різноманітними. У зв'язку зі спазмом гладкої мускулатури може виникати почуття стискання гортані (*globus hystericus*), враження нехватки повітря, що нагадує бронхіальну астму, відчуття непрохідності стравоходу (дисфагія), затримка сечовипускання, закрепи. Можлива істерична анорексія (іноді з відразою до певного виду їжі), ікота, зригування, порушення салівації, проноси, нудота. Блювота може бути як спорадичною так і дуже частою,

майже постійною, схожою на невпинну блювоту вагітних. Вона не пов'язана з патологією шлунково-кишкового тракту і обумовлена психогенними спазмами воротаря. Можливі розлади, що нагадують кишкову непрохідність, клініку хронічного апендициту. Нерідко виникають різноманітні порушення з боку серцево-судинної системи (лабільність пульсу, дистонія). Можливі порушення терморегуляції у вигляді невисоких, нерегулярних підйомів температури.

Із *сексуальних розладів* найбільш характерні розлади менструального циклу: аменорея, дисменорея, меноррагії, вагінізм.

Іноді у жінок виникає *істерична псевдовагітність*, яка імітується комплексом симптомів (аменорея, збільшення розмірів живота за рахунок метеоризму, збільшення молочних залоз, нудота, блювота і т.д.).

Іноді бувають так звані *вікарні кровотечі*, коли внаслідок місцевих змін проникності судин відбувається кровотеча з непошкоджених ділянок шкіри.

В деяких випадках подібні зміни проникності судин зумовлюють і так звані *істеричні дерматози*, коли шляхом самонавіювання хворі можуть викликати місцеві розлади у вигляді ділянок почервоніння шкіри, геморагічних висипань, пухирів і т.ін. До істеричних дерматозів відносять і різноманітні ураження шкіри, які хворі штучно викликають з метою привернути до себе увагу. У подальшому в таких випадках нерідко можлива амнезія власних дій.

4. Психічні розлади проявляються передовсім підвищеною афективністю, хворі з найменшого приводу зриваються на крик, тупають ногами, б'ють посуд, вередують як діти. Настрій лабільний, з частими різкими перепадами від награно-захопленого до незадоволено-буркотливого. Істерія може імітувати окремі симптоми будь-яких психічних захворювань, про які хворі мають хоча б якесь уявлення.

Часто виникають *психогенні амнезії* (тотальні або часткові).

Фіксовані страхи і істеричні депресії, як правило, неглибокі і супроводяться яскравим зовнішнім оформленням у вигляді театральних поз, стогону, патетичних заяв і т.п.

Істеричні галюцинації образні, яскраво забарвлені, зазвичай відображають психогенну ситуацію у бажаному для хворих вигляді, мають короткотривалий епізодичний характер, можуть бути сценоподібними. Можливі *маячні фантазії*.

Істеричні втрати свідомості (обмороки) відрізняються від справжніх обмороків меншою глибиною затьмарення свідомості, меншим послабленням дихання і кровообігу, відсутністю, як правило, різкого збліднення обличчя.

Істеричні сутінки тривають від декількох хвилин, до декількох днів. Свідомість при цьому звужена, оточуюча реальність у повному обсязі не сприймається, хворі цілком поглинуті своїми хворобливими переживаннями. У свідомості домінують в цей час яскраво забарвлені галюцинації і маячноподібні фантазії, що відображають у дійсному або (частіше) більш благоприємному для хворого світлі пережиту психотравмуючу ситуацію.

Істеричні сутінкові стани свідомості можуть проявлятися у вигляді *сомнабулізму, істеричних фуг, трансів, дромоманій*.

У період, зазвичай, нерозв'язаної психогенної ситуації у хворих можна виявити *синдром пуерилізму, псевдодеменції, синдром Ганзера*.

Можливе виникнення *психогенного (істеричного) ступору* (як правило, з виразною позою), який поєднується з явищами мутизму (відмови від спілкування з оточуючими). *Істеричний мутизм* може виникати і ізольовано, у вигляді самостійного розладу.

НЕВРОЗ НАВ'ЯЗЛИВИХ СТАНІВ.

Це форма неврозу, основними проявами якої є психогенно зумовлені нав'язливі стани - образи, думки, почуття чи дії, які мимовільно виникають у свідомості, необгрунтованість яких хворі розуміють, борються з ними, але здолати їх не можуть.

Основу клінічного змісту цього неврозу складають:

1. *Фобії* - нав'язливі страхи.
2. *Обсесії* - різноманітні нав'язливі думки, ідеї та уявлення.
3. *Компульсії* - нав'язливі прагнення та дії.

Раніше ця форма хвороби поглиналась широким поняттям психастенії, але вже у двадцяті роки нашого сторіччя Е. Краепелін запропонував розцінювати її як самостійну нозологію - "нав'язливий невроз". На сьогоднішній день під психастенією розуміють форму психопатії, а неврозом нав'язливих станів називають форму неврозів, яка може виникати як на базі психастенічної конституції, так і у здорових суб'єктів.

Іноді до виникнення неврозу нав'язливих станів призводять психотравмуючі ситуації, які породжують співіснування конфліктних інтраособистісних тенденцій. Наприклад, жити разом з матір'ю чи окремо; статевий потяг і уявлення про неприпустимість його задоволення; почуття ненависті до близької людини, бажання їй смерті і розуміння неприпустимості цих бажань.

Невроз нав'язливих станів може виникати в осіб, з різноманітними типологічними особливостями характеру. Особливо легко нав'язливі стани виникають у людей тривожних, боязливих, занадто совістливих.

На першому етапі, як правило, після формування невротичного фону (дратівливості, емоційної лабільності, диссомній) виникають фобії, потім нав'язливі компульсивні розлади (типу контрастних потягів) і пізніше, обсесивні явища.

Клініка.

Нав'язливі страхи, або фобії, зустрічаються дуже часто і у найрізноманітніших формах. Найрозповсюдженіші з них: агорафобія - страх відкритого простору; клаустрофобія - страх замкнених, закритих приміщень; акрофобія (гіпсофобія) - страх висоти; пантофобія - загальний страх; еритрофобія - страх почервоніти на людях; дисморфофобія - страх фізичної вади; мізофобія - страх забруднення; танатофобія - страх смерті; тафефобія -

страх бути заживо похованим.. Часто зустрічаються різноманітні варіанти нозофобії - страху захворіти на тяжку хворобу: акарофобія - страх чесотки; бактеріофобія; гельмінтофобія; канцерофобія; лиссофобія - страх сказу; сифілофобія; СНІДофобія та ін.

Особливі випадки - нав'язливе занепокоєння неможливістю виконання будь-якого звичайного життєвого чи професійного акта: у педагога – лекція, у співачки - виступ і т.п.

Всі ці форми схильні до "обростання" вегетативно-іпохондричними нашаруваннями, які суттєво ускладнюють лікування.

Зазвичай до нав'язливих страхів приєднуються різноманітні захисні дії - *ритуали*. Як правило, вони носять характер прямого захисту, конкретні і не мають символічного характеру, але з часом можуть розширяться та ускладнюватись.

Нав'язливі думки - непотрібне і хворобливе мудрування, яке Грізенгер називав «душевною, або розумовою жуйкою». Наприклад: чому стіл стоїть на 4-х ніжках? Чому крейда біла?

Нав'язливі спогади - образні спогади про якусь неприємну подію. Контрастні уявлення та думки з лайливими словами - за своїм змістом протилежні світосприйняттю хворого, його етичним установкам.

Нав'язливі сумніви - сумніви у правильності і завершеності своїх вчинків, наприклад: замкнув чи не замкнув двері, вимкнув чи не вимкнув праску і т.п.

Нав'язливі потяги - виразне прагнення скоїти якийсь непотрібний, небезпечний або непристойний вчинок, наприклад: гідроманія - кинутися у воду; гоміцидоманія - вбити когось; піроманія – підпалити щось.

Потрібно підкреслити, що на відміну від насильницьких та імпульсивних дій, нав'язливі потяги не реалізуються.

Примітивні нав'язливі дії представлені *тіками* - своєрідними стереотипними рухами, коли хворий без потреби проводить рукою по волоссю (поправляючи зачіску), відкидає голову назад, блимає очима та ін. Зустрічаються вони переважно у дитячому та підлітковому віці і мають

сприятливий прогноз. На відміну від них, складні нав'язливі дії (*ритуали*) пов'язані з нав'язливими сумнівами та фобіями.

При невроті нав'язливих станів можливі різного роду розлади, властиві неврозам взагалі (дратівливість, гіперестезія, розлади сну, вегетативні дисфункції).

Перебіг нав'язливих станів характеризується коливаннями від майже повного зникнення до значного посилення, навіть, через значні проміжки часу.

Невротичні розлади у практиці лікаря-стоматолога.

Серед осіб з уродженими та набутими дефектами обличчя спостерігається дуже високий процент різноманітних невротичних реакцій. У зв'язку з тим, що пацієнти з такими вадами часто звертаються до лікарів-стоматологів для виконання коригуючих операцій, обізнаність щодо клінічних особливостей їх хвороби беззаперечно необхідна для проведення успішного лікування. Слід відзначити, що для осіб з уродженими вадами невротичні реакції мають особливості у порівнянні з особами, що отримали косметичний дефект у дорослому віці. Це зумовлено тим, що у перших психогенія існує з дитинства і у залежності від тривалості і частоти психогенних декомпенсацій змінюється патопластика психічних реакцій. У других спотворююча травма обличчя являється несподіваною трагедією, яка викликає виразну невротичну реакцію своєрідного характеру. Такі реакції слід розглядати як первинно психогенні. При тривало існуючих дефектах, які не піддаються коригуючим косметичним операціям, можливі глибокі якісні зміни психіки.

При вроджених дефектах невротичні реакції з'являються, як правило, у ранньому шкільному (7-11 років) або пубертатному (12-14 років) віці. Провокують ці реакції насмішки, зауваження та образливі репліки з приводу зовнішнього дефекту. Вони, як правило, нестійкі і з'являються безпосередньо на травмуючу ситуацію.

У клініці неврозу, пов'язаного як з уродженими, так і з набутими дефектами обличчя, центральне місце займає синдром дисморфофобії. На відміну від шизофренії у таких випадках він має об'єктивну основу і психогенний механізм виникнення.

Клінічні прояви синдрому дисморфофобії залежать від тривалості та тяжкості дефекту а також мікросоціальних умов. Виділяють три варіанти невротичних синдромів: астенічний, астено-депресивний та астено-фобічний.

У ранньому шкільному віці астенічна та афективна реакції нерідко поєднуються з пасивно-оборонними або агресивними формами поведінки. Для більш старшого та зрілого віку характерні астено-депресивна та сензитивно-фобічна реакції.

При набутих косметичних дефектах, що змінюють зовнішній вигляд обличчя, невротичні реакції виникають після гострого періоду травми. Важливо відмітити, що невротичні реакції у цих випадках виникають після того, як хворі вперше приходять до висновку, що зовнішній вигляд їх обличчя безповоротно змінився. Цю реакцію слід розглядати як дистрес, що виникає в результаті соціально-особистісної декомпенсації.

Клінічно це проявляється депресивною або астено-депресивною симптоматикою. У хворих виникає підвищена емоційна вразливість, страх спілкування з людьми. При цьому нерідко розвивається вегетативна реакція у вигляді серцебиття, коливань АТ, гіпергідрозу. Хворі стають плаксивими, часто порушується сон. У виникненні цих реакцій велику роль відіграє характер і розмір попередньої травми, стан психічного здоров'я та преморбідні особливості особистості.

Невротичні реакції мають нестійкий характер, їх виникнення пов'язане з додатковими психогенними факторами (нагадування про потворність, зустріч з родичами та близькими).

У багатьох випадках хворобливі явища зникають через 1,5-2 місяці після комплексного лікування або вдалих коригуючих пластичних операцій. При виникненні додаткових психотравмуючих факторів, гострі невротичні реакції

можуть переходити у стійкий невротичний стан з частими декомпенсаціями, ускладненням емоційних розладів. Хворі більшість часу знаходяться у пригніченому настрої, відчувають безвихідну тугу, виникають нав'язливі думки про втрату “свого обличчя”. Такий стан може супроводжуватись суїцидальними тенденціями. З’являється “симптом дзеркала” – постійне розглядання свого обличчя у дзеркалі. Хворі прагнуть самотності, втрачають соціальні контакти, друзів. На цьому етапі хвороби виявляються наступні провідні синдроми: депресивний, астено-депресивний та депресивно-фобічний. На тлі депресії з’являються ідеї самозвинувачення або стосунку (оточуючі навмисно розглядають їх обличчя, натякають на потворність). Наростають явища астенізації (підвищена втомлюваність, низька продуктивність праці), виникають страхи: власної потворності – дисморфофобія; страх мовлення – лалофобія; страх знущань – скоптофобія; страх людей – антропофобія та ін.

ЛІКУВАННЯ.

Лікування повинне поряд з фармакотерапією обов’язково включати психотерапевтичний вплив, зокрема у дітей ефективною є сімейна психотерапія. Доцільне також використання фізіотерапії та лікувальної фізкультури. При тяжких неврозах хворого потрібно ізолювати від психотравмуючого середовища, бажано шляхом госпіталізації, відволікти його увагу від конфліктної ситуації.

При неврастенії хворий потребує повноцінного відпочинку і призначення загальнозміцнюючої терапії (полівітаміни, адаптогени, глюкоза, малі дози інсуліну), ефективне лікування пролонгованим сном. При різкому психічному збудженні, нестриманості, поряд з транквілізаторами (феназепам 1-2 мг тричі на день, мепробамат 0,2 - 0,4 на добу) доцільне призначення невеликих доз нейролептиків-фенотіазинів (аміназин, тізерцин). Для боротьби з безсонням (гіперстенічна неврастенія) застосовують радедорм по 5-20 мг на

прийом, меллеріл 10-75 мг на прийом, феназепам по 2-3мг на добу з основною дозою на ніч.

При істеричному неврозі ефективні такі нейролептики як соннапакс, меллеріл у дозах 40-60 мг на добу.

У випадку астенічних станів з сонливістю та в'ялістю починати терапію треба з седативних засобів, препаратів броміду, 2% розчин по столовій ложці 3- 4 рази на день, невеликих доз снотворних засобів протягом місяця. Лише після цього можна призначати тонізуючі засоби і стимулятори. Перевагу віддають біологічним - настоянка жень-шеню, китайського лимонника, але у подальшому можливий перехід на синтетичні стимулятори - центедрін, сиднокарб та ін., а також ноотропи (пірацетам, аміналон).

Для неврозу нав'язливих станів з вираженими фобіями та тривожністю найефективнішим є застосування транквілізаторів феназепаму, лоразепаму, еленіума (лібріума), а також внутрішньовенно-крапельне введення нейролептиків - трифтазіна, азалептіну у помірних дозах.

При неврозах використовують всі види психотерапії, але обов'язковим є застосування раціональної психотерапії. На початковому етапі вона повинна бути переважно седативною, спрямованою на зняття внутрішньої напруги у пацієнта. Коли ця мета досягнута, можна перейти до спроб переглянути і відкоригувати систему особистісно-соціальних стосунків хворого, а потім настає етап особистісно-спрямованої реконструктивної терапії. Завершують цей процес, як правило, так званою активуючою терапією, яка готує хворого до відновлення праці і повноцінного повернення в суспільство.

ЕКСПЕРТИЗА.

Лікарсько-трудова. Переважна більшість хворих на неврози одужує і повертається до повноцінної праці. Показанням до призначення інвалідності можуть бути випадки тривалого і несприятливого перебігу неврозу нав'язливих станів з кардіофобією, фотофобією, нав'язливим страхом

психічного захворювання, а також при грубо виражених істеричних парезах, паралічах, випадках астазії-абазії.

Військово-лікарська. Хворі на неврози залишаються на військовій службі отримуючи лікування в загальному порядку.

Судово-психіатрична. Здійснення правопорушення у невротичному стані не є приводом для звільнення від кримінальної відповідальності оскільки хворі усвідомлюють свої дії і в змозі керувати ними.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

1. Дайте визначення поняттю "неврози".
2. Історичні етапи вивчення неврозів.
3. Які фактори розвитку неврозів ви знаєте?
4. Які патогенетичні механізми лежать в основі неврозів?
5. Що таке короткочасні невротичні реакції?
6. Класифікація неврозів, особливості МКХ-10.
7. Клінічна картина неврастенії.
8. Клінічна картина істерії.
9. Клінічна картина неврозу нав'язливих станів.
10. Диференційна діагностика істеричного та епілептичного нападів.
11. Принципи лікування неврозів.
12. Трудова, військова та судово-психіатрична експертиза неврозів.

РЕАКТИВНІ ПСИХОЗИ

Реактивні психози (реактивні стани) – тимчасові розлади психічної діяльності, що виникають в результаті психічних травм. Латинський префікс “re” означає повторення, відновлення, а “activus” – діючий, діяльний.

Від неврозів вони відрізняються гостротою і тяжкістю психічних травм, і в результаті, виникненням глибоких психічних розладів психотичного рівня. Крім того, у хворих з реактивними психозами відсутнє критичне ставлення до наявності продуктивних симптомів. Термін “реактивні психози”

застосовується переважно у вітчизняній психіатричній літературі. У закордонній – зустрічаються назви “аномальні реакції”, “психогенні реакції” та інше.

ІСТОРИЧНІ ДАНІ.

Вперше у 1897 році випадок психогенно виникаючого потьмарення свідомості з істеричними порушеннями чутливості описав S. Ganser. Потім воновійшло у психіатричні класифікації як ганзерівські сутінки. Він визначив його як істеричний сутінковий розлад свідомості. До цього, у 1888 році явище “мимомовлення” у в’язнів спотерігав С. Moeli, але він розцінив його як симуляцію. Висловлювалась думка (Nissl, 1902), що ганзерівський синдром “мимомовлення” може трактуватися як істеричний тільки тоді, коли він виникає на підставі вродженої істерії. В усіх інших випадках він є проявом кататонічного негативізму, що виникає під впливом психічної травми, як правило, в ув’язнених. Остаточну ясність у це питання вніс І.Н. Введенський (1905) вказавши, що “мимомовлення” психогенного генезу не виходить за межі поставленого питання, у той час як при кататонічному синдромі відповіді не мають навіть приблизного відношення до змісту заданого питання.

У 1898 році Н.М. Попов описав як реактивний стан пуерілізм, а в подальшому це питання доопрацьовували К. Raescke (1901) та E. Dupre (1903). У працях К. Birnbaum (1908) уже містились дані про відображення психічної травми у симптомах хвороби.

Складної еволюції зазнало клінічне розуміння психогенних маячних утворень. На випадки гострої параної реактивного характеру вперше звернув увагу П.Б. Ганнушкін (1904), а у 1910 році E. Kretschmer та R. Gaupp більш детально описали реактивно виникаючі маячливі стани. Визначення діагностичних рамок реактивних депресій і відокремлення їх від ендогенних є головним чином заслугою E. Reiss (1911), M. Reichard (1922), J. Lange (1925).

Важливим етапом вивчення реактивних психозів, який був результатом узагальнення попередніх досліджень, стали сформульовані К. Jaspers (1923) основні принципи їх діагностики (тріада Ясперса):

- 1) реактивні стани виникають під дією психічних травм,
- 2) зміст психотравми знаходить відображення у симптоматиці хвороби,
- 3) після дезактуалізації психотравми реактивні стани редукуються.

Наступні дослідження показали відносність другого принципу і явну умовність третього. Очевидно, це обумовлено особливостями екзистенціального підходу К. Jaspers, що не враховує церебрально-патогенетичні механізми.

Великий вклад у вивчення реактивних станів внесли А.Н. Бунеев, Н.І. Фелінська, Ф.І. Іванов.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ.

Точних даних щодо поширеності реактивних психозів у популяції немає. Певні статистичні проблеми пов'язані з тим, що деякі автори використовують поняття істеричних психозів як синонім реактивних, хоча вони мають свою нозологічну самостійність. Є інформація лише щодо реактивної депресії. Вона складає 59% всіх реактивних психозів.

Вважається, що у жінок реактивні стани виникають у два рази частіше, ніж у чоловіків.

ЕТІОПАТОГЕНЕЗ.

У виникненні реактивних психозів вирішальне значення мають поєднання характеру психічної травми (сила, темп та характер дії), конституційних особливостей особистості (особливо за наявності сенситивного або істероїдного радикалу) та функціонального стану ЦНС на даний момент.

До факторів, що визначають схильність до даної патології відносять зміни викликані: перенесеними черепно-мозковими травмами, хронічними інфекціями, інтоксикаціями, атеросклерозом, віковими кризами.

Вплив психотравмуючих факторів може бути гострим і протрагованим. Не дивлячись на їх різноманітність, викликані ними психогенні розлади великою мірою визначаються системою цінностей даної особистості.

Тривалість психотравмуючої ситуації має значення, але більш значущими є особливості ставлення особистості до цієї ситуації, тобто адаптація чи сенсифікація. Не менш важливим є місце спрямованості змісту психотравмуючих обставин у ієрархії особистісних цінностей людини.

Для афективно-шочових реакцій премообідні якості особистості не є визначальними, головне значення мають сила і значимість психічної травми. При істеричних психозах хвороба виникає за механізмом навіювання та самонавіювання з метою захисту особистості від нестерпної для неї ситуації. А ось у ситуаціях суб'єктивно значимих значна роль належить премообідним якостям особистості, рівню її психічної зрілості.

КЛАСИФІКАЦІЯ.

За особливостями виникнення і перебігу реактивні стани поділяють на:

I. Гострі (афективно-шочові).

- гіпокінетичний варіант (гострий реактивний ступор);
- гіперкінетичний варіант:
 - гострий сутінковий стан;
 - гостра реактивна сплутаність;
 - гострий реактивний параноїд.

II. Підгострі (істеричні).

- істеричний сутінковий стан;
- псевдодеменція:
 - ажитований варіант;
 - депресивний варіант;
- регресія (синдром „зничавіння”);
- пуерилізм;

- ганзерівський синдром;
- маячноподібні стани;
- істеричний ступор.

III. Затяжні (суб'єктивно значимі).

- реактивна депресія:
 - параноїдна;
 - астенична;
 - істероїдна.
- реактивний параноїд:
 - паранояльний;
 - іпохондричний;
 - зовнішніх обставин (воєнного часу, „залізничний”, тюремний).

КЛІНІКА.

I. Гострі реактивні психози.

Афективно-шокові реакції – короткочасні психотичні стани, що виникають переважно у ситуації раптової глобальної загрози самому існуванню індивіда: землетрус, пожежа, повінь та інше. Вони завжди супроводжуються сутінковим потьмаренням свідомості, переживанням відчаю, руховими та вегетативними розладами (тахікардією, різким зблідненням чи гіперемією шкіри, профузним потом).

Виділяють гіпо- та гіперкінетичний варіанти афективно-шокових реакцій.

Гострий реактивний ступор відповідає гіпокінетичному варіанту гострих реактивних психозів. Цей стан Е. Кречмер (1924) описав як реакцію „уявної смерті”. Характеризується вона раптовим виникненням у травмуючій ситуації повної нерухомості з мутизмом. У такому стані хворі не сприймають оточуючого, на обличчі у них застигає вираз жаху, очі широко розплющені, з'являється холодний піт, часто спостерігається мимовільне сечовипускання і дефекація.

Гострий сутінковий стан починається дуже гостро, характеризується дезорієнтованістю, неможливістю вербального контакту з хворим, психомоторним збудженням і хаотичними спробами втечі (іноді назустріч небезпеці).

Зникнення хворобливих розладів нерідко відбувається раптово, хворий ніби прокидається після кошмарного сну. Але при цьому повне відновлення ясності свідомості відбувається зазвичай поступово і може проходити через період *стupidності*, тобто минаючого різкого збіднення інтелектуальної діяльності, в зв'язку з чим хворі нагадують недоумкуватих.

Проста форма сутінкового затьмарення свідомості зазвичай триває декілька хвилин чи годин і супроводжується настанням амнезії, іноді через сон.

Для хворих із сутінковим затьмаренням свідомості навіть при неповній амнезії характерне ставлення до того, що вони скоїли (наприклад убивства), як до чужого, скоєного кимось іншим.

Гостра реактивна сплутаність розвивається гостро у вигляді сутінкового потьмарення свідомості з афектом страху і психомоторним збудженням на фоні якого спостерігається безперервна мовна „продукція” за типом „мовного вінегрету”.

Гострий реактивний параноїд часто зустрічається у судовій практиці, він визначається поєднанням маячення переслідування та стосунку з вербальними галюцинаціями і окремими явищами психічного автоматизму. Зміст реактивного галюцинаторно-параноїдного психозу тісно пов'язаний з психотравмуючою ситуацією.

Характерним є стан розгубленості з афектом страху, тривоги. Маячня афективно насичена, її фабула відображає психотравмуючу ситуацію. На висоті параноїду може порушуватись свідомість – від афективного звуження до сутінок. Можливе виникнення галюцинацій (істинних та псевдо) і інших елементів синдрому Кандинського-Клерамбо.

У початковому періоді виникає ментизм. Впливають спогади про давно забуті епізоди. Поряд з цим виникає відчуття “витягування”, “читання думок”, почуття “внутрішньої відкритості”, що поєднується із слуховими псевдогалюцинаціями ситуаційного змісту (частіше ситуація слідства). Хворі повідомляють про внутрішні голоси, що втручаються у плин їхніх думок, відтворюють процес слідства, лунають в їхній голові. З’являються окремі компоненти сенестопатичного автоматизму, такі, як неприємні відчуття у тілі – почуття холоду, печіння.

На висоті психозу, на фоні інтенсивного афекту страху виникають істинні вербальні галюцинації пов’язані змістом із травмуючою ситуацією. Голоси мають множинний характер (полівокальний галюциноз), або приймають форму діалогу (обговорюють поведінку хворого, погрожують, передвіщають смерть). Іноді з’являються окремі зорові галюцинації, що також відображають ситуацію.

В клінічній картині велику роль грає маячня стосунку, значення, переслідування, а також ідеї зовнішнього впливу, постійного контролю, що проводиться за допомогою гіпнозу, спеціальних пристроїв тощо.

Зміна картини хвороби відбувається одразу після надходження до стаціонару. Першими зникають галюцинації, напружений афект страху змінюється на депресію, маячня набуває резидуального характеру. Поступово формується критика до перенесених хворобливих розладів. Протягом місяця і більше після виходу з психозу спостерігається астения, дратівлива слабкість, які посилюються у другій половині дня та увечері, афективна лабільність з переважанням зниженого настрою, рисами вередливості, невдоволення і слізливості.

II. Підгострі реактивні психози.

Істеричні реактивні психози мають полімофну клінічну картину за рахунок поєднання та трансформації різноманітних істеричних розладів.

Істеричні сутінкові стани на відміну від гострих характеризуються афективним звуженням свідомості, що обумовлює своєрідне фрагментарне

сприйняття оточуючого. Клінічна картина відрізняється динамічністю і поліморфністю. Поведінка хворого демонстративна, короткочасне забарвлене тривогою і афектом страху збудження змінюється субступором. Можливе виникнення маніакальноподібних станів, істеричних судомних пароксизмів, ілюзорно-ейдетичних зорових феноменів.

Образне маячення може супроводжуватися хибними впізнаваннями (*симптом Кангра, Фреголі*). Афективні розлади при сутінковому затьмаренні свідомості дуже інтенсивні і відзначаються своєю напруженістю. Частіше це страх, жах, тупа озлобленість, гнів, екстаз тощо. Рухові розлади проявляються збудженням, часто у формі безглузких руйнівних дій, які спрямовані на оточуючі предмети та людей.

Перебіг сутінкового затьмарення свідомості з продуктивними розладами може бути *безперервним* та *альтернуючим*, тобто із спонтанним зникненням на короткий час багатьох і навіть всіх симптомів, з подальшою їх повторною появою.

Тривалість цієї форми сутінкового затьмарення свідомості коливається від декількох годин до 1-2 тижнів. Амнезія після перенесеного може бути: часткова (коли у свідомості на різні строки залишається зміст переважно зорових галюцинацій і супроводжуючого їх афекту), ретардована (відставлена) і повна.

Псевдодеменція (від гр. *pseudos* – хибний та лат. *dementia* – божевілля) - психопатологічний стан минучого регресу психічної діяльності, що імітує недоумкуватість. Частіше спостерігається у чоловіків. Вперше її описав С. Wernicke (1906).

Для клінічної картини характерний зненацька виникаючий занепад психічної діяльності, що проявляється хибними відповідями (мимомовленням) та діями (мимодіями). Хворі не орієнтуються у оточуючому: не знають де знаходяться, не можуть правильно назвати поточний місяць, рік. Вони невірно відповідають на елементарні запитання, виконують прості завдання з грубими помилками: на прохання показати очі

показують ніс, замість руки – ногу, черевики надівають на руки, просувають ноги у рукава халату, намагаються запалити сірник іншим кінцем і т. ін. При цьому відповіді завжди даються у площині заданого питання. Наприклад: білий колір називають чорним, літо – зимою, вікно – дверями. На запитання, скільки у нього пальців на руках або очей, хворий може відповісти, що в нього 4 пальця і 5 очей.

Спостерігається порушення читання і письма (аграматизми, пропуски літер, нерівність почерку). Характерний зовнішній вигляд хворих – вони розгублені, витріщають очі, безглуздо посміхаються.

Виділяють ажитований і депресивний варіанти псевдодементного синдрому.

Ажитований псевдодементний синдром розвивається гостро, на фоні істеричного звуження свідомості виникає психомоторне збудження. Хворі метушливі, не всидять на одному місці, привернути їх увагу досить важко. Вони виконують багато непотрібних рухів, без потреби доторкаються до оточуючих предметів, ворують одяг, кривляються. Переважає ейфорія, що легко змінюється напруженістю з тривогою і страхом. Мова прискорена, на запитання хворі відповідають без затримки.

Депресивний псевдодементний синдром розвивається на фоні психомоторної загальмованості. Настрій хворих тривожно-пригнічений, вони сидять із сумним виглядом, широко розплющивши очі, беззвучно плачуть, розгублені, боязко оглядаються. Мислення уповільнене за темпом, на питання відповідають після неодноразового повторення, відповіді носять характер заперечення (не знаю, не пам'ятаю, забув), або персеверацій. Симптом неправильних дій має стертий, рудиментарний характер. Так, на прохання протягнути ліву руку хворий довго роздивляється обидві руки, потім піднімає то одну, то іншу, а потім, нарешті, протягує одну з рук. Псевдодементний синдром може повністю визначати клінічну картину реактивного психозу. При поглибленні захворювання ажитований варіант

псевдодементного синдрому часто змінюється пуерилізмом, депресивний – психогенним ступором.

Тривалість псевдодемонції зазвичай від 2 тижнів до 3 місяців, інколи можливий затяжний перебіг. При цьому клінічна картина монотонна та одноманітна, на фоні субступору. Спогади про хворобливий стан або повністю відсутні (особливо при ажитованому варіанті), або ж уривчасті.

Синдром “здичавіння” зустрічається досить рідко і проявляється істеричним затмаренням свідомості з особливим психомоторним збудженням, при якому регрес психічної діяльності досягає крайнього ступеню: хворі повзають навколішках, їдять ротом із тарілки, гарчать, гавкають, кусаються і т.д. Іноді така поведінка супроводжується маячною перевтілення (спробами рухатись і поводити себе як тварини).

Пуерилізм (від лат. puer – хлопчик) – стан регресу психічної діяльності, при якому відмічається поява у мові та поведінці дорослої людини дитячих рис. Сам термін “пуерилізм” запропонував Дюпре у 1903 р.

При пуерилізмі хворі розмовляють з дитячими інтонаціями, шепелявлять, сюсюкають, до всіх звертаються на “ти”, називають “дядями” і “тьотями”. Вони виказують радість, коли бачать блискучі яскраві предмети, тягнуться до них руками, із задоволенням грають у дитячі ігри (будують хатки, збирають картинки, грають у ляльки), вередують, невдоволено надувають губи, ображено плачуть, але у цілому їх поведінка не є тотожною до звичайної дитячої поведінки. Вона відрізняється дисоційованістю – поряд з дитячими рисами у поведінці хворого зберігаються окремі звички та навички дорослої людини. Наприклад, правильна манера запалювати сірники, підкурювати.

Іноді реактивний стан протягом усього захворювання зберігає цілісну однотипну форму пуерилізму, але частіше пуерилізм є однією з форм чи етапів розвитку істеричного реактивного психозу. При цьому пуерилізм виникає після психогенної депресії або псевдодемонції і може по мірі подальшого поглиблення реактивного стану змінюватись синдромом

“здичавіння”. В окремих випадках пуерилізм змінюється психогенним ступором.

Синдром Ганзера – симптомокомплекс глибокого істеричного сутінкового розладу свідомості з переважанням у клінічній картині явищ “мимомовлення”.

Поліморфна клінічна картина ганзерівського синдрому визначається нечітким орієнтуванням в оточуючому, ускладненим сприйманням дійсності, порушенням зв'язку із зовнішнім світом, явищами пуерилізму. Хворий зосереджений на вузькому ізольованому колі уявлень, всередині якого знаходиться деяка зв'язність і послідовність. Його настрої то піднесені, то тривожно-боязкий. Іноді виникають галюцинації, переважно зорові, сценopodobні, погрожуючі за змістом (ситуаційно-обумовлені сцени суду з показаннями свідків, з винесенням вироку і т.п.). Явища “мимомови” проявляються гіперболізовано безглуздими відповідями на повсякденні запитання. Іноді до них приєднуються і явища “мимодії” – хворий невірно виконує запропоновані йому дії. Іноді спостерігається відсутність реакції на поколювання голкою, нечутливість до холоду та жару.

Ганзерівський синдром триває від декількох днів до тижня. Все, що відбувається з хворим в період сутінкового стану, амнезується.

Синдром маячноподібних фантазій, вперше описаний К. Birnbaum (1918) проявляється мінливими фантастичними ідеями, які не вкладаються у чітку систему.

В одних випадках маячноподібні фантазії розвиваються гостро, на фоні істерично-звуженої свідомості. Тоді переважають нестійкі ідеї величі, багатства, які у гіперболізованій формі відображують прагнення до втечі від непосильної ситуації. Так, хворі розповідають про свої подорожі на Марс, про незліченні багатства, які вони мають, великі відкриття, що мають державне значення. Зміст цих висловлень суперечить загальному тривожному фону настрою, який змінюється у залежності від зовнішніх обставин, запитань лікаря. Фабула думок зазвичай має зворотний зв'язок з

психотравмуючою ситуацією, тобто власні негарні вчинки видаються за подвиги. доброчинність.

В інших випадках маячноподібні фантазії мають більш складний та стійкий характер, виявляється тенденція до систематизації.

В період редукції реактивної симптоматики на перший план виступає ситуаційно-обумовлена депресія, фантастичні висловлення бліднуть, оживляючись лише на короткий час при стурбованості хворих, що пов'язана з впливом додаткових психотравмуючих переживань.

Істеричний ступор іноді виникає гостро, одразу після психічної травми як самостійна форма реактивного психозу. У більшості ж випадків він розвивається поступово, як останній етап динаміки істеричних синдромів: істеричної депресії, псевдодеменції і пуерилізму.

Не дивлячись на нерухомість і мутизм, міміка таких хворих відображає домінуючий афект. Вираз обличчя може бути похмурим, злобним, іноді він відображає страждання та відчай. На фоні психомоторної загальмованості виявляється ряд симптомів, що властиві для псевдодеменції та пуерилізму.

Свідомість у таких хворих змінена і наближається до афективно-звуженої. Їх фізичний стан не дивлячись на тривалу відмову від їжі, зазвичай задовільний. Зникнення ступорозних розладів може настати раптово або поступово.

III. Затяжні реактивні психози.

Затяжні реактивні психози тривають 6 і більше місяців.

Реактивна депресія характеризується поступовістю розвитку і тривалістю перебігу. Фабула депресивних переживань відображає зміст психотравмуючих обставин, а вітальні прояви виражені меншою мірою, ніж при ендогенній депресії. При цьому зберігається, хоч і дещо знижена, критичність до свого стану, а основна провина покладається, як правило, на оточуючих, а не на себе. Найбільш часто зустрічається у вигляді наступних клінічних варіантів:

- *астено-депресивний синдром* проявляється тужливим настроєм, психомоторною загальмованістю, кволістю, швидкою виснажуваністю і важкістю зосередження. Характерна гіперестезія (непереносимість яскравого світла, гучних звуків та різких запахів). При цьому синдромі спостерігаються головний біль, розлади сну у вигляді підвищеної сонливості або безсоння, вегетативні порушення. В залежності від зміни барометричного тиску, у хворих з астенічним синдромом може підвищуватись рівень втомлюваності, підсилюватись дратівлива слабкість, гіперестезія (симптом Н.І. Пірогова);

- *істерико-депресивний синдром* характеризується крайньою виразністю зовнішніх проявів. Афективні розлади проявляються поєднанням пригніченості, тривоги, злості, сльозливості, мають мінливий характер і залежать від ситуації. Ідеї самозвинувачення відсутні – хворі звинувачують в усьому оточуючих. Поряд з цим висловлюються перебільшені побоювання щодо власного здоров'я, існує переконаність, що їхній стан дуже тяжкий, і це виключає усі можливості щодо висування до них будь-яких вимог. Міміка, моторика і вислови відзначаються театральністю, прагненням привернути до себе увагу і викликати співчуття, психомоторна загальмованість відсутня. Іноді туга поєднується із гнівливістю, депресія набуває ажитованого характеру. Часто такі хворі наносять собі пошкодження, чинять демонстративні суїцидальні спроби. Ця форма часто поєднується з такими істеричними проявами, як псевдодеменція, пуерилізм, маячноподібні фантазії. Перебіг істеричної депресії сприятливий. Редукція хворобливих розладів може відбутися одразу після позитивної зміни ситуації чи проведеного лікування. При одужанні відмічається часткова амнезія внаслідок істеричного звуження свідомості під час психозу;

- *параноїдно-депресивний синдром* розвивається поступово. Спочатку з'являється туга і рухова загальмованість, при відсутності ідеаторної загальмованості. У хворих спостерігається наплив думок, зміст яких пов'язаний із психотравмуючою ситуацією. Свідомість концентрується на домінуючих переживаннях, що дозволяє визначити його як афективно-

звужене. Оточуюча обстановка сприймається як нереальна, у „сірих тонах”, як „крізь туман” або „товщу води”. При поглибленні депресії відмічається маячна інтерпретація оточуючого (у словах та жестах оточуючих хворі бачать натяки на майбутнє покарання та ін.), елементи синдрому Кандинського-Клерамбо і з’являється брадіпсихія. У подальшому може розвинутих депресивний ступор.

Депресивний ступор розвивається поступово, являючись кінцевим етапом психогенної депресії, що супроводжується психомоторною загальмованістю. В його клінічній картині зберігається афект туги, що проявляється мімікою і моторикою хворих. Вони майже не підіймаються з ліжка, а якщо це відбувається, то сидять в одноманітній скорботній позі, зігнувшись, низько нахиливши голову. Хворі не слідкують за своєю зовнішністю, нерідко відмовляються від їжі, в результаті чого різко втрачають вагу, перестають підтримувати контакт з оточуючими. Вираз обличчя у них пригнічено-страждальницький, погляд нерухомий, кутики рота опущені, губи тримтять.

Психомоторна загальмованість, як правило, досягає рівня субступору. Хворим важко усвідомлювати зміст заданих питань. Вони або зовсім не відповідають, або дають односкладові відповіді після багатократного повторення питань. Мова їх повільна, з довгими паузами, голос тихий, маломодульований, висловлювання свідчать про наявність ідей самозвинувачення і суїцидальні тенденції.

Вихід із ступорозного стану відбувається через період депресії, з наступною частковою амнезією. Депресивний ступор зазвичай триває 2-3 місяці, за цей час хворі втрачають вагу, у них спостерігаються виражені вегетативні порушення (тахікардія, колювання АТ, відчуття стиснення, біль і важкість у ділянці серця).

При зміні ситуації або лікуванні першим зникає депресивний ступор, потім маячна інтерпретація оточуючого і в останню чергу нормалізується афект. Одночасно з покращенням настрою з’являється критика до

перенесеного хворобливого стану. Близько місяця після цього спостерігається астенія.

Реактивний параноїд – реактивний психоз, що характеризується образним маяченням переслідування, що супроводжується страхом і тривогою. Виникає в осіб, що знаходяться у незвичній ситуації (відносна ізолюваність). Велике значення при цьому має безсоння.

У початковій фазі у хворих з'являється незрозуміла болісна тривога. Потім приєднується маячення, яке відображає конкретну психотравмуючу ситуацію. Хворі захищаються від вигаданих переслідувачів, інколи це виливається у випадки гетеро- та аутоагресії. Такий стан триває від 2 тижнів до 2 місяців. Поступово, проходячи стадію сумнівів, відновлюється критика до хворобливого стану, маячення зникає.

Вирізняють такі форми реактивного параноїду:

Паранояльний – маячня нестійка, без галюцинацій, відображає психотравмуючу ситуацію.

Іпохондричний – розвивається у зв'язку з певною соматичною патологією. Характеризується впевненістю пацієнтів у власній невиліковності, ідеями впливу, особливого ставлення, дисморфофобіями.

Реактивний параноїд зовнішніх обставин має кілька різновидів:

а) *параноїд воєнного часу* - фабула маячні корелює із ситуацією. Хворі перелякані, бачать в оточуючих ворогів, роблять імпульсивні спроби втечі.

б) *"залізничний" параноїд* - розвивається під час тривалих складних подорожей, у незвичному оточенні на фоні виснаження. Маячна фабула - ідеї переслідування та стосунку.

в) *тюремний параноїд* - у хворого виникають переважно вербального характеру галюцинації звинувачувального, погрожуючого чи коментуючого характеру. Основною їх темою є ситуація пов'язана з арештом і ув'язненням.

ЛІКУВАННЯ.

При реактивних психозах застосовують антидепресанти у поєднанні з нейролептиками та транквілізаторами у залежності від особливостей клінічних проявів і етапу перебігу реактивного психозу.

Для тамування гострого психогенного рухового збудження, психогенних сутінкових станів та ажитованої форми псевдодеменції застосовують в/м ін'єкції нейролептиків: аміназін (по 150 мг), тріфтазін (по 10 мг), галоперідол (по 5-10 мг) тричі на день. З транквілізаторів у таких випадках ефективний седуксен 15-45 мг/добу внутрішньом'язово. Ці препарати показані також для перорального прийому пацієнтам з гострим та підгострим маяченням.

При психогенних ступорах показані разові амітал-кофеїнові розгальмовування, або навіть ефірний рауш-наркоз, що іноді є досить ефективним. Затяжні апатичні стани, мляві ступори і астения є показанням до призначення ноотропів і загальнозміцнюючої терапії (особливо при реактивному психозі з картиною в'ялого ступору). В період виходу хворих із патологічного стану призначення психофармакологічних засобів треба поєднувати з добре продуманою поетапною раціональною психотерапією.

ЕКСПЕРТИЗА.

Трудова. Хворі на реактивні психози отримують стаціонарне лікування знаходячись на лікарняному листку і переважно не потребують призначення їм інвалідності. У випадку затяжних психозів МСЕК, як правило, обмежується продовженням бюлетня не більше ніж на чотири місяці. Виключення складають хворі з прогредієнтними затяжними реактивними психозами, яким призначають III, а іноді навіть II групу інвалідності. При психогенному паранояльному маяченні, у зв'язку із збереженістю інтелекту та трудових навичок у хворих, призначення групи інвалідності у більшості випадків недоцільне, але в цілому, при даному захворюванні питання медико-соціальної експертизи повинні вирішуватись суто індивідуально.

Військово-лікарська. При підгострих і більшості випадків затяжних реактивних психозів хворі від військової служби не звільняються.

Виключення з цього принципу складають хворі на прогресивні затяжні реактивні психози та з психогенним паранойяльним маяченням, які не придатні до військової служби із зняттям з військового обліку.

Судово-психіатрична. Особи, які здійснили правопорушення у стані реактивного психозу, що буває досить рідко, визнаються неосудними і підлягають примусовому лікуванню. У випадку, якщо підсудний захворів на реактивний психоз після здійснення злочину, але до винесення вироку (під час слідства) суд лише призупиняє на час хвороби карну справу, а підекспертний після одужання постає перед судом. І лише у випадку розвитку затяжного прогресивного психозу, справа остаточно припиняється, а хворий направляється на примусове лікування.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

1. Визначення психогеній, реактивних психозів.
2. Основні історичні напрямки вивчення реактивних психозів.
3. Етіопатогенез реактивних психозів.
4. Класифікація реактивних психозів.
5. Клінічні прояви гострих реактивних психозів.
6. Характеристика реактивного присмеркового стану свідомості.
7. Клінічні прояви підгострих реактивних психозів.
8. Характеристика реактивного ступору та реактивної депресії.
9. Характеристика реактивного параноїду.
10. Характеристика псевдодеменції та ганзерівського синдрому.
11. Клінічні прояви затяжних реактивних психозів.
12. Лікування та експертиза реактивних психозів.

Глава 14

ПСИХОПАТІЇ

(РОЗЛАДИ ОСОБИСТОСТІ)

Психопатії (або „розлади особистості” згідно МКХ-10) – стійкі виразні аномалії особистості (переважно емоційної та вольової сфери при збереженні

інтелекту), що проявляються дисгармонійністю характеру створюючи проблеми для соціальної адаптації індивіда.

Психопатії відносяться до непрогресивних захворювань, але протягом життя їм властива деяка динаміка. Потрібно проводити межу головним чином між психопатіями та акцентуаціями особистості.

Акцентуації особистості – крайній варіант норми, надмірна вираженість окремих рис характеру, що обумовлює вибіркиму уразливість індивіда лише до певних психогенних впливів.

П.Б.Ганнушкін виділив чіткі критерії діагностики психопатій (*тріада Ганнушкіна*), які не втратили своєї актуальності і зараз: *стійкість психопатичних проявів* - сталість ознак розладу особистості, неможливість їх “зникнення” з плином часу; *їх тотальність* - охоплення патологічними проявами характеру всієї структури особистості; *соціальна дезадаптація особистості* - складність, а часом і повна неможливість існування такої особи у даному середовищі.

ІСТОРИЧНІ ДАНІ.

Ще у першій половині XIX сторіччя характерологічні аномалії описувались у працях J. Prichard (1853) як „моральне божевілля”, E. Esquirol (1838) як „інстинктивна монomanія” та U. Trelat (1846) як люцидне божевілля. Особливий напрямок вивчення цієї патології визначився після трактату В. Morel (1857) про „фізичне, психічне та моральне виродження”, який оцінював будь-який психічний розлад як прояв спадкового виродження. Остаточне виділення даної патології з аморфного поняття дегенеративних психозів відбулось завдяки працям W. Griesinger (1866), та H. Maudsley (1868).

Великий вклад у клінічне вивчення психопатій внесли С.С. Корсаков (1880), В.Х. Кандинський (1883), І.М. Балинський (1884) та В.М. Бехтерев. У 1933 році П.Б. Ганнушкін дав класичне визначення психопатій, яке

дозволило чітко відокремити їх як від неврозів, так і від крайніх варіантів норми. У подальшому для удосконалення учення про психопатії мали велике значення праці В.П. Осіпова (1931), Е.К. Краснушкіна (1940), Е.А. Попова (1949), В.А. Гіляровського (1954) і особливо – О.В. Кербікова (1962), який створив нову у світовій психіатрії – динамічну концепцію психопатій.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ.

Є дані (Vaillant G., Perry J., 1980) про дуже високу розповсюдженість психопатій – від 5 до 15% всього дорослого населення. Але вони потребують більш ретельної епідеміологічної перевірки. Серед інших психічних хвороб „питома вага” зазначеної патології теж доволі висока – близько 5%. Чоловіки приблизно у два рази частіше страждають на психопатії, ніж жінки, а у підлітковому віці – у три рази.

ЕТІОПАТОГЕНЕЗ.

Причини виникнення психопатій різні: спадкові фактори, внутрішньоутробні впливи, пологові травми, патологія раннього постнатального періоду і т.ін.

Велике значення у формуванні психопатій має *вплив несприятливих умов середовища* (невірне виховання, психотравми та інше). Неправильне виховання часто має дві основні причини: розлуку з батьками і ненормальну поведінку батьків. Ризик формування психопатій особливо великий у неповних сім'ях, в умовах нездорових взаємовідносин між батьками, при алкоголізмі батька або матері, низькому рівні етико-моральних сімейних норм. Асоціальний тип сім'ї сприяє відсутності належного соціального навчання, дитина переймає неадекватну модель поведінки. Такою моделлю може служити як поведінка батьків, так і сурогатні норми, прийняті у середовищі, що заміщає сімейне.

Роль генетичної детермінованості аномалій особистості до кінця не

доведена, але за результатами вивчення монозиготних близнюків (деякі з них були розлучені від народження) виявилось, що дані тестування близнюків, які виховувалися окремо, співпали з тими, які вирости разом. Це підтверджує роль генетичного впливу. Існує думка, що розлади особистості являють собою надзвичайні ступені генетично обумовлених варіантів норми. Однак прямих фактів для її перевірки поки немає.

Багато вітчизняних і зарубіжних вчених вказують на роль *церебральної патології і порушення розвитку центральної нервової системи* у формуванні психопатій. Згідно цієї концепції, від нормального характеру, на який наклало відбиток неправильне виховання або педагогічна занедбаність, психопатія відрізняється притаманною їй морфо-функціональною неповноцінністю нервової системи, яка заважає адаптації до зовнішнього середовища.

Існує гіпотеза про те, що незначні ушкодження головного мозку в дитячому віці ("*мінімальна мозкова дисфункція*") можуть призводити до розвитку епілептоїдних рис характеру і формування асоціальних форм поведінки. Іншою причиною подібних порушень називають затримку розвитку головного мозку.

Розроблено цілий ряд психоаналітичних *теорій психологічного розвитку* для пояснення виникнення патології особистості. Теорія Зігмунда Фрейда надає особливого значення подіям перших п'яти років життя. Автор припускав, що критичні етапи формування *лібідо* дитини (одна з аксіом фрейдівського психоаналізу полягає у первісно притаманній дитині сексуальності) - *оральна, анальна і генітальна*, мають бути успішно пройденими при нормальному розвитку особистості. При фіксації на одній з них виникають розлади особистості (аж до психічного захворювання). Наприклад, затримкою на анальній фазі розвитку (фіксація лібідо на зоні ануса і задоволеннях, пов'язаних з актом дефекації) Фрейд пояснював формування ананкастної психопатії. Він припускав можливість деякої зміни

особистості в більш пізньому віці за рахунок того, що людина ідентифікує себе з іншими людьми, але це вважається менш важливим, ніж негативні впливи у ранньому дитинстві.

К.Г. Юнг розглядав розвиток особистості як процес, що триває все життя. Головна роль при цьому належить внутрішнім психічним процесам, а не на соціальним впливам. Він розробив вчення про *архетипи*, згідно якого індивід спадкує особливості не лише своїх найближчих родичів, але взагалі усіх предків, тобто несе у собі певний архетип, який визначає його теперішні риси особистості. Юнга більше цікавили зміни, які відбуваються з особистістю у пізньому віці і досягають завершення на порозі смерті.

А. Адлер відхиляв фрейдистську теорію розвитку лібідо і припускав, що особистість розвивається внаслідок зусиль, що спрямовані на компенсацію почуття неповноцінності.

Представники *неофрейдизму* (Е. Фромм, К. Хорні, Д. Саллівен) підкреслювали роль соціальних факторів, надаючи менше значення біологічно детермінованим стадіям по схемі Фрейда. Е. Еріксон найбільше значення в розвитку особистості і формуванні патології характеру надавав подіям підліткового періоду.

Існування людини постійно супроводжується впливом стресогенних ситуацій. Внаслідок певних рис особистості деякі люди стають більш вразливими до розвитку у них емоційних розладів. Зіткнувшись з труднощами, людина, яка завжди турбувалася за незначними приводами, скоріше захворіє тривожним розладом, ніж та, яка менш була схильна хвилюватися. При такому рівні вразливості особистості патологічна поведінка виникає лише як відповідь на виразні ситуації-стресори.

У людей з більш явними відхиленнями особистості аномальна поведінка виявляється навіть за відсутності явних психотравмуючих подій. Часом аномалії поведінки можуть бути настільки значними, що важко вирішити,

беручи за основу лише стан хворого в даний час, чи є вони наслідками рис особистості, чи психічного розладу.

Незрілість психіки проявляється в підвищеній схильності до стороннього впливу, перебільшень, фантазій - у істеричних суб'єктів, в емоційній лабільності - у емоційно-нестійких, в слабкості волі - у залежних осіб з психопатією, в незрілому мисленні - при параноїдній психопатії.

КЛАСИФІКАЦІЯ.

Існує два основних підходи до класифікації психопатій. Перший – описовий, що застосовує такі терміни як “слабовольний” або “агресивний”. Другий – описово-етіологічний, тому що він відзначає різні типи психопатії у відповідності з синдромами психічних захворювань, які вони нагадують. Наприклад, тип особистості, що характеризується ексцентричністю і емоційальною холодністю, називають *шизоїдним*, тому що ці риси схожі з деякими ознаками, які виявляються у хворих на шизофренію; до того ж припускається, що вказані риси особистості і це психічне захворювання мають спільну причину. Обидва підходи об'єднані у міжнародній класифікації хвороб.

За О.В. Кербіковим, в одних випадках провідним фактором в розвитку психопатій є конституціональний ("*ядерні психопатії*"), у інших - фактор психогенного впливу оточуючого середовища ("*патохарактерологічний розвиток*"). Питання про те, чи варто класифікувати як психопатію ті набуті форми патології характеру, які виникають під впливом психогенних факторів, залишається суперечним.

З січня 1999 року психіатри України користуються класифікацією розладів особистості за МКХ-10:

- параноїдний;
- шизоїдний;
- диссоціальний;

- емоційно нестійкий (імпульсивного і суміжного типів);
- істеричний (демонстративний);
- ананкастний (обсесивно-компульсивний);
- тривожний;
- залежний.

КЛІНІЧНА КАРТИНА.

Параноїдний розлад особистості.

Найбільш характерними особливостями характеру для таких пацієнтів є інертність, косність, негнучкість емоційного реагування, вузькість інтересів, знижена здатність до переключення асоціацій, егоїзм, надмірна самовпевненість, схильність до утворення надцінних ідей, які “заповнюють психіку і впливають на всю поведінку” (П.Б. Ганнушкін, 1933), гіперстенічність і гіперактивність, схильність до неадекватного правдодомагання, прямолінійність, недовірливість і підозрілість, похмурість і злопам’ятність, нетерпимість до будь-яких зазіхань на їх особисті інтереси, акуратність, скупість. Їх в’язке і малорухливе мислення різко афективно забарвлене - “*крива логіка афективного мислення*”.

Параноїдні психопатії формуються пізніше, ніж інші форми, і дуже часто при них спостерігається тенденція до патологічного (паранойального) розвитку особистості. В “чистому” вигляді (без ознак патологічного розвитку) вони зустрічаються не так часто.

Шизоїдний розлад особистості.

У шизоїдності (патологічній замкненості) Кречмер, помилково бачив перехідну (без чітких меж) сходинку між нормою і шизофренією. Однак, преморбід при шизофренії далеко незавжди виявляється у формі шизоїдних властивостей особистості. Шизоїди нерідко виходять із родин з необтяженою шизофренією спадковістю, і в значній частині випадків “шизоїдність”

створюється несприятливими умовами середовища.

Найбільш характерними особливостями цього типу психопатії слід вважати патологічну замкненість, відлюдькуватість, інтравертированість, патологічну афективність (можуть співіснувати різні, іноді протилежні прагнення, зовнішня холодність поєднується з мімозоподібною надчутливістю, а інколи з афективною вибуховістю). Не відчуваючи потреби спілкування з людьми, не вміючи налагодити міцні емоційні контакти, шизоїди, як правило, залишаються поза колективом.

Вони схильні до мрійливості, фантазування, занять абстрактними проблемами, чудернацького колекціонування, створенню 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. У шизоїдів легко виникають сензитивні ідеї відношення, паранойяльні і параноїдні реакції і розвиток.

Дисоціальний розлад особистості.

Цей розлад є новою для вітчизняної психіатрії класифікаційною рубрикою. Найбільш суттєвими є чотири наступних ознаки дисоціальної психопатії: нездатність встановлювати відношення любові і відданості, схильність до імпульсивних дій, відсутність почуття провини і нездатність робити висновки з негативного досвіду. В цілому це можна позначити як дефіцит вищих, моральних емоцій, коли домінуючим виявляється прагнення до отримання задоволення.

Нездатність до теплої емоційної прихильності і кохання супроводжується егоцентризмом і черствістю. При цьому індивід може бути до такої міри безсердечним, що це дозволяє йому скоювати жорстокі або принижуючі дії по відношенню до інших людей, завдавати болю, мук. Така бездушність часто складає контраст із зовнішньою привабливістю, яка дає змогу цій людині зав'язувати поверховні та короткочасті відносини.

Сексуальна діяльність проходить без висловлювання ніжних почуттів. Шлюб часто характеризується відсутністю співчуття до партнера, а інколи застосуванням фізичного насильства. Очевидно, багато випадків фізичного і морального садизму, в тому числі у сексуальних відносинах, пов'язані з проявами цього розладу особистості.

Характерна імпульсивна поведінка нерідко виявляється у вигляді частих змін місця роботи, звільнень, а в більш глобальному життєвому аспекті – нездатністю до планування життєвого шляху, виконання цього плану, наполегливого прагнення до досягнення певної мети. В поєднанні з відсутністю почуття провини або каяття, імпульсивність часто призводить до повторних правопорушень. Починається це у підлітковому віці з дрібних провин, брехні і безглузлого хуліганства, супроводжуючись байдужістю до почуттів інших людей, насильством, бездушним зневаженням.

Прагнення до пошуків насолоди приводить подібних осіб до наркоманій, алкоголізації, бродяжництва, сексуальної злочинності, крадіжок і т. ін.

Емоційно-нестійкий розлад особистості.

За клінічними проявами обидва типи цього розладу особистості (*імпульсивний і суміжний*) багато в чому відповідають групі збудливих психопатів за класифікацією Кербікова.

Люди з даним типом розладу особистості не здатні в достатній мірі контролювати свої емоції і схильні до раптових спалахів невгамовного гніву. Такі спалахи не завжди обмежуються словами, часто супроводжуючись фізичним насильством, що призводить інколи до тяжких травм.

Головною ознакою імпульсивного типу емоційно-нестійкої психопатії є неможливість афективного контролю. При суміжному типі перевага належить таким проявам, як гарячість, надзвичайна дратливість, що досягає нестримної люті, владність, егоїстичність, злопам'ятність, мстивість та схильність до дисфорій.

Істеричний (демонстративний) розлад особистості.

Головними ознаками цього розладу особистості вважаються: схильність до драматизації, жага нового, прагнення переживати сильні емоції, а також егоцентричний підхід до міжособистих взаємин.

Такі особистості подають себе як більш значну, важливу персону, ніж вони є у дійсності, ніби постійно розігруючи якусь роль, не будучи в змозі залишатися самими собою. Це поєднується зі скороминучим ентузіазмом, частим нудьгуванням, негамовною жагою нового. Їх відрізняє надзвичайний егоцентризм, ексцентричність, надмірна вразливість, підвищена, але поверховна емотивність (“*солом'яний вогонь почуттів*”).

Егоцентричні прояви у такої особистості можуть бути сильно перебільшеними. З метою домогтися від оточуючих бажаного такі особи здатні на емоційний “шантаж”, гнівні сцени і демонстративні спроби самогубства. Насичені, драматизовані емоції, насправді, не настільки інтенсивні, тому що демонстративні психопати легко і швидко приходять у себе після “бурхливих сцен”.

Більш ніж у інших формах психопатій, тут виявлений дисгармонійний інфантилізм, з боку мислення – так звана афективна логіка. Ці психопати не здатні до одноманітної і систематичної праці. У важкій для них ситуації легко виникають істероневротичні картини (частіше у формі істеричних фізичних моносимптомів - “комок в горлі”, істеричний мутизм, сурдомутизм, астазія-абазія, істеричні паралічі по типу “панчох”, “рукавичок” і т. д.), бурхливі афективні реакції (демонстративні голосіння, “закатування” з нанесенням собі тілесних ушкоджень, істеричні припадки, тощо) або реакції з відходом у світ мрій і фантазій. Психогенне фантазування у істеричних може інколи набирати патологічного характеру, супроводжуючись візуалізацією зорових уявлень, перевтіленням у фантастичні образи, значним звуженням свідомості, частковою амнезією реальних обставин.

Вартою уваги рисою таких осіб є розвинута здатність до самообману,

коли людина продовжує вважати себе правою, навіть коли усі факти доводять протилежне. Такі індивіди здатні відстоювати витончену, заплутану брехню ще довго після того, як інші люди її розпізнали. Така модель поведінки в її крайній формі дозволила Крепеліну виділити серед психопатів групу патологічних брехунів і шахраїв.

Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості.

Одна з найбільш помітних ознак ананкастної психопатії – це недостатнє пристосування до нових життєвих умов і ситуацій. Поруч з такими рисами як пунктуальність, точність у виконанні будь-чого, виявляється відсталість поглядів, відсутність гнучкості у вирішенні проблем, страх нового.

Зміни виводять ананкастних психопатів зі стану душевної рівноваги, тому вони віддають перевагу раз і назавжди заведеному порядку. Подібним суб'єктам бракує творчої фантазії, вони не вміють використовувати сприятливі можливості. Точність у роботі для них, як правило, виявляється у своєму перебільшеному варіанті: заклопотаністю дрібницями, впертим і нерідко недоречним прагненням до досконалості, що перетворює будь-яку працю у тяжкий тягар.

Характерною рисою ананкастів є схильність до гіперсоціальних установок, але, на відміну від епілептоїдів, по відношенню не до інших, а до себе. Це призводить до майже постійного відчуття провини, пов'язаного з якимось проступком, що заглушує будь-які прояви радості і насолоди. Інколи схильність до моралізації призводить і до зовнішньо спрямованої позиції осудження.

Типовою рисою також є нерішучість, неможливість оцінити привілеї і недоліки нових ситуацій, прийти до якихось певних висновків. Ананкасти бояться зробити помилку і після прийняття рішення продовжують турбуватися, щоб вибір не виявився помилковим. Ця розумова рефлексія буквально виснажує людину, позбавляє її можливості радіти життю, перетворюючи його на постійні вагання і страждання.

Варто відмітити ще дві характерні для ананкастного розладу риси: висока чутливість до критики і думки оточуючих і схильність до акумуляції негативних емоцій (образи, гніву), які викликані чийось втручанням у їх звичний спосіб життя.

Тривожний розлад особистості.

Головною рисою при цьому розладі особистості є постійна тривога. Такі суб'єкти незручно почуваються у компанії, побоюючись можливого несхвалення і критичного ставлення, а також турбуючись про те, щоб не зникнути. Вони насторожено сприймають нове, дуже обачливі у контактах з людьми, яких не знають, ніяковіють у очікуванні будь-яких несподіванок.

В результаті цього подібні особи уникають соціальних вимог, максимально обмежують коло спілкування. При цьому, на відміну від шизоїдних психопатів, представники цієї групи не є емоційно холодними. Вони прагнуть соціальних контактів, але не в стані їх підтримувати.

Залежний розлад особистості.

Найбільше значення у цій групі має виявлена слабкість вищих вольових функцій, а відповідно – підвищена податливість до зовнішнього впливу, мінливість інтересів, нездатність до тривалого зусилля, напруження (ці люди – “як очерет під вітром”, Langeluddere, 1959). Емоції їх відрізняються рухливістю, нестійкістю і поверхневістю, а мислення визначається домінуючим афектом. Відзначається схильність до коливань настрою з будь-якого незначного приводу.

Безладність, схильність до раптових маломотивованих рішень, легкість виникнення патологічних потягів, складність вироблення механізмів адаптації, тенденція до пошуків шляхів найменшого опору, нестійкість цільових установок нерідко обумовлює асоціальні форми поведінки (бродяжництво, пияцтво, азартні ігри, сексуальна розбещеність і збочення). На складну ситуацію хворі реагують по-різному: реакції протесту, імітації, відмови, істеричні і експлозивні спалахи і т. ін.

Люди з розладом особистості залежного типу здаються слабкодушкими і занадто піддатливими, пасивно поступаючись бажанням інших. Їм бракує енергійності, вони мало здатні до насолоди. Такі особи уникають відповідальності, їм бракує впевненості у собі. Деякі з них досягають своїх цілей, переконуючи інших допомагати їм, але не визнаючи власної безпорадності.

Мозаїчні психопатії.

Серед психопатичних особистостей зустрічаються і такі, у яких неможливо виділити переважаючий синдром, оскільки психопатична структура ніби складена з різнорідних психопатичних проявів. Про такі мозаїчні психопатії говорили П.Б. Ганнушкін, Є.К. Краснушкін, О.В. Кербіков та інші. Зокрема, П.Б. Ганнушкін вказував, що характерною рисою цієї групи є відсутність “основної тенденції” того чи іншого типу психопатії. Для мозаїчних психопатій найбільш характерні поєднання психопатичних особливостей з кола дисоціальних, істеричних і емоційно-нестійких; рідше трапляються сполучення сензитивних та ананкастних властивостей патологічного характеру. Мозаїчність обумовлює більшу ускладненість адаптації. Складніше у цих випадках виробляються компенсаторні механізми, які бувають ускладненими, комплексними.

ЛІКУВАННЯ.

Загальна схема лікування психопатій, особливо в період їх декомпенсації і загострень будується таким чином:

1. Намагаються відповідним чином змінити середовище.
2. Підбирають індивідуальний режим праці з метою тренування і зміцнення нервових процесів.
3. Застосовують різні види психотерапії.
4. Застосовують фізіотерапію (іоногальванізація з бромом, кальцієм та ін., гальванічний комір за Щербаком, водолікування).

5. Призначають медокаментозну (переважно психофармакологічну) терапію з врахуванням типу психопатії, форми погіршення стану, а також індивідуальної переносимості.

Цілі планового лікування повинні бути помірними, при цьому варто передбачати значні витрати часу для їх досягнення. У лікуванні психопатій медикаменти відіграють незначну роль. При виникненні надмірної тривоги пацієнт може одержувати короткі курси анксиолітиків або нейролептиків, але не слід призначати ці препарати для тривалого прийому, тому що їх корисна дія буде знижуватися, а анксиолітики до того ж здатні викликати залежність.

Психотерапія допомагає частіше всього молодим людям, які недостатньо впевнені у собі, відчувають труднощі при встановленні відносин і вагаються у виборі напрямку, в якому далі повинно йти їх життя. У таких людей треба формувати сильну мотивацію до роботи над вирішенням їх проблем, для чого необхідно досліджувати їх погляди і афективну сферу. Найменш ефективна психотерапія при лікуванні пацієнтів з диссоціальним розладом особистості, хоча на деяких з них справляють позитивний вплив спеціальні форми групової психотерапії.

У більшості випадків психопатій психотерапія (окрім раціональної) не показана, але приносять користь керівництво і підтримка. Ці функції часто беруть на себе лікар, психолог, хоча з багатьма хворими з таким же успіхом може працювати досвідчений соціальний працівник.

Яким би не був характер розладу, в плані лікування передбачається внести такі зміни, які допомогли б людині рідше потрапляти у ситуації, що викликають труднощі, і надати більше можливостей для розвитку позитивних якостей його особистості. Дуже важливо створити стосунки побудовані на довірі, щоб пацієнт міг говорити про свої помилки і вчитися на них.

Безумовно, у психопатичних осіб можливі і декомпенсації, але навіть у такі моменти спеціаліст, що надає допомогу, не повинен припускатися

думки, що лікування потерпіло невдачу. Часто до успіху веде ряд невеликих поступальних кроків, за допомогою яких пацієнт поступово просувається все ближче до бажаних змін. Нерідко ці кроки робляться більш активно в період декомпенсації, тому що саме тоді у людини скоріше з'являється бажання глянути в обличчя своїх реальних проблем.

Лікар повинен також допомагати пацієнту розвивати більш задовільні зв'язки з людьми, наприклад, спонукаючи його до участі у сумісному з іншими проведенні дозвілля, отримання подальшої освіти і т. ін.

Методика застосування динамічної психотерапії при розладах особистості мало чим відрізняється від тієї, яка застосовується при неврозах. Таке лікування може проводитись індивідуально або у групі.

При індивідуальному лікуванні психопатій менше уваги надається відновленню минулих подій (як при психотерапії неврозів) і більше – аналізу поведінки у теперішній час. Спеціаліст детально вивчає, як пацієнт ставиться до інших людей, як він дає раду зовнішнім труднощам і як контролює свої власні почуття. Це має назву “аналіза характеру”. В процесі індивідуальної психотерапії (переважно раціональної), часто використовується психоаналітичний прийом переносу актуальних проблем на терапевта. Для того, щоб підкреслити невідповідність між звичним ставленням хворого до інших людей і реальною життєвою ситуацією, терапевт повинен у значній мірі розкрити самого себе. В той же час аналіз емоційного ставлення лікаря до пацієнта може послужити важливим показником вірогідної реакції інших людей на пацієнта.

Медикаментозне лікування психопатій.

Для ліквідації психопатичного збудження застосовують: тізерцин, седуксен, неуптил, соннапакс, інколи – сірчанокислу магнезію або аміназин.

При дисфоріях і дистиміях показані неуптил 200-400 мг, початкова доза 20-50 мг; тізерцин 150-300 мг; аміназин 300-500 мг; триптізол 100-200 мг, початкова доза – 10-25 мг; мепротан 800-1400 мг; седуксен 20-60 мг;

еленіум 30-80 мг, початкова доза – 10 мг.

При астеничних станах ефективні вливання глюкози 40% - 20,0 з аскорбіною кислотою 5% - 1,0; малі дози інсуліна – 6-8-12 ОД; сіднокарб 10-25 мг, початкова доза – 5 мг; амізил по 1-2 мг 3-5 разів на день; сіднофен та ін.

У випадках, що супроводжуються безсонням, застосовують тізерцин до 150-300 мг на добу; хлорпротиксен 20-400 мг; сонапакс 10-50-75 мг; піпольфен по 25 мг/ 2-3 р; еуноктін 5-30 мг; івадол.

При нав'язливостях ефективні етаперазін 60-120 мг на добу; триптізол 100-200 мг, початкова доза – 10-25 мг; седуксен 20-60 мг; еленіум 30-80 мг, початкова доза – 10 мг; мепробамат 800-1400 мг.

При істеро-невротичних станах показані триптізол 100-200 мг, початкова доза 10-25 мг; седуксен 20-60 мг; препарати валеріани.

При погіршеннях стану у емоційно-нестійких і параноїдних психопатичних особистостей застосовують тізерцин 150-300 мг; неупептил 200-400 мг, початкова доза 20-50 мг; седуксен 20-60 мг та ін.

При ананкастних і тривожних психопатіях, в залежності від стану пацієнта призначають меліпрамін 150-250 мг, початкова доза 25 мг; амітріптілін 100-200 мг, початкова доза 10-25 мг; сіднокарб 10-25 мг, початкова доза – 5 мг; центедрін 10-30 мг, початкова доза – 10 мг.

При істеричній психопатії частіше призначають транквілізатори бензодіазепінового ряду - еленіум 30-80 мг; седуксен 20-60 мг, початкова доза – 5-10 мг; еуноктін 5-30 мг та ін.

При шизоїдній психопатії інколи призначають нейролептики зі стимулюючою дією: терален 150-250 мг; меллеріл 200-400 мг; етаперазін 60-120 мг.

ЕКСПЕРТИЗА.

Медико-соціальна. Психопатичні стани, не залежно від їх форми, лише у

виключних випадках є підставою направлення на МСЕК для встановлення групи інвалідності. При декомпенсації психопатії, як правило, відмічається тимчасова втрата працездатності, що потребує оформлення лікарняного листка. Тільки при зтяжній і виразній декомпенсації у рідкісних випадках хворі переводяться на інвалідність III групи з визначеними у кожному конкретному випадку трудовими рекомендаціями.

Військово-лікарська. Згідно зі статтею 7-ою наказу Міністра Оборони України хворі на декомпенсовані форми психопатії нездатні до строкової служби у лавах Збройних Сил зі зняттям їх з військового обліку. У стані нестійкої компенсації – нездатні у мирний час, але здатні до нестройової служби у воєнний час.

Судово-психіатрична експертиза. Психопатичні особи в основній своїй масі осудні, тому що у більшості випадків вони розуміють значення своїх дій і керують ними. При судово-психіатричній експертизі, як правило, основним є питання про глибину психопатичних змін особистості і ступінь їх виявлення. При цьому мають значення такі ознаки, як дисгармонійність психіки, наявність психічного інфантилізму, здатність до адаптації, можливість коригувати свою поведінку, частота і глибина динамічних зрушень на протязі життя, а також вікова динаміка (тенденція до наростання тяжкості чи компенсації).

При наявності глибокої патології особистості психопатичні особи визнаються неосудними, і до них застосовують заходи медичного характеру, тобто психопатія прирівнюється до хвороби.

По-іншому оцінюють тимчасові динамічні зрушення при психопатіях. Якщо правопорушення скоєне в період тяжкої декомпенсації або гострої патологічної психопатичної реакції, стан хворого у момент правопорушення може бути розцінений як тимчасовий розлад психічної діяльності, що зробив піддослідного неосудним.

Якщо стан декомпенсації або психопатичної реакції розвився після

скоєння правопорушення, то судовий розгляд припиняється і підсудного направляють на примусове лікування до зникнення хворобливих розладів. Після цього він може постати перед судом і нести відповідальність за правопорушення, яке було скоєне в осудному стані. Особи, що страждають на психопатію з психотичними проявами (патологічні надцінні або маячні ідеї) як психічно хворі, неосудні.

Всі неосудні психопатичні особи потребують допомоги медичного характеру і направляються на примусове або загальне лікування до психіатричних лікарень чи під нагляд районного психіатра. Терміни лікування визначаються не "кримінальністю" хворого, а особливостями його психічного стану.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

1. Визначення понять акцентуованої особистості та психопатії.
2. Історія вивчення розладів особистості.
3. Етіологічні фактори розвитку розладів особистості.
4. Класифікація розладів особистості за МКХ-10.
5. Ознаки шизоїдного розладу особистості.
6. Ознаки паранояльного розладу особистості.
7. Ознаки ананкастного розладу особистості.
8. Ознаки істеричного (демонстративного) розладу особистості.
9. Ознаки емоційно-нестійкого розладу особистості.
10. Психотерапевтичне та медикаментозне лікування психопатій.
11. Експертиза психопатій.

Глава 15

ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Протягом останніх десятиріч фармакотерапія стала одним з провідних методів лікування психічно хворих, що пов'язано з прогресом хімії

лікарських засобів і впровадженням у практику великої кількості психофармакологічних засобів. Однак фармакотерапевтичні методи є лише складовою часткою клінічно обґрунтованого комплексу сучасного терапевтичного впливу поряд з психотерапією, інсуліно-коматозною, електросудомною, пірогенною та загальнозміцнюючою терапією.

Під час лікування психічно хворого треба враховувати особливості психопатології та перебігу хвороби. Преморбідну конституційно-особистісну типологію та фізіологічні особливості організму хворого, а також фармакокінетичні та фармакодинамічні властивості препаратів. Особливістю активної терапії душевнохворих є тривале курсове комплексне лікування, яке складається з низки етапів з відповідними способами і методами.

Психофармакотерапія

НЕЙРОЛЕПТИЧНІ ЗАСОБИ.

Нейролептики (великі транквілізатори) мають значну питому вагу у терапії психічних захворювань. З препаратів цієї групи у 1952 р. почалася епоха психофармакотерапії - тоді вперше було описано терапевтичну дію хлорпромазину (аміназину). До нейролептиків належать препарати, які по структурі відносяться до різних груп хімічних сполук, що покладено в основу їх класифікації. Нейролептичні засоби поділяють на препарати переважно седативної дії та засоби з переважно антипсихотичною дією.

Похідні фенотіазину.

- 1) *Аліфатичні* - хлорпромазин (аміназин), левомепромазин (тізерцин), пропазин, алімемазин.

Володіють седативною дією, викликають моторну загальмованість, бродіпсихізм. Призначають при різних видах психомоторного збудження, які супроводжуються тривогою, страхом, розгубленістю, безсонням. Препарати типу алімемазину і пропазину використовуються як м'яко діючі нейролептики при неврозах, неврозоподібних станах, у педіатрії, геронтології, соматичній медицині.

Аміназин випускають у драже (25, 50, 100 мг) і у вигляді 2,5% розчину в ампулах по 2 мл. Середньодобова доза становить 300-500 мг. Може викликати алергічні реакції, депресію, колаптоїдний стан.

Тізертин призначають у середньодобовій дозі 100-300 мг в таблетках, вводять внутрішньом'язово 1-6 мл 2,5% розчину, внутрішньовенно - 1-3 мл 2,5% розчину, розведеного у 10-20 мл 40% глюкози. Може викликати гіпотонічні кризи.

- 2) *Піперазини* - ацетофеназин, бутаперазин, іміклопазин, метофеназат, перазин, трифлуперазин (трифтазин), тіопроперазин (мажептил), флуфеназин (модитен).

Застосовують при галюцинаторно-маячній симптоматиці, депресіях у складі великого синдрому. У малих дозах мають стимулюючий ефект і застосовуються при апатоабулічних і кататонічних синдромах.

Середньодобова доза трифтазину 40-60 мг. Має виразну антипсихотичну дію. Часто викликає екстрапірамідні розлади - скутість, м'язовий тремор, внаслідок чого при лікуванні трифтазином проводять фармакокорекцію із застосуванням циклодолу, паркопану та ін.

Мажептил застосовують для купірування кататоно-гебефренічної симптоматики та терапії резистентних до інших препаратів психотичних розладів. Випускається у драже по 10 мг та в ампулах. Середньодобова терапевтична доза 30-50 мг. Нераціональне застосування мажептилу може призвести до появи тяжкого нейролептичного синдрому (напади судом м'язів язика, шиї, обличчя та ін.).

Модитен крім антипсихотичної дії має властивість нормалізувати поведінку. Середньодобова терапевтична доза становить 15-20 мг, але частіше використовуються форми пролонгованої дії - модитен-депо, ліоген-ретард. При тривалому використанні може викликати екстрапірамідні розлади, гіпотонію.

- 3) *Піперидинови* - мезоридазин, пеказин, периметазин, пипамперон, піперацетазин, тіоридазин (сонопакс).

Мають м'який седативний вплив, регулюють розлади настрою і поведінки, застосовуються у межах неврозоподібних і психопатоподібних синдромів.

Сонопакс призначають при тривозі, нав'язливих станах, фобіях, іпохондричних розладах. Навіть при тривалому використанні не спричиняє звикання та залежності. Середньодобова доза становить 100-300 мг per os.

Похідні бутирофенону.

До них відносять бенперидол, галоперидол, дроперидол, моперон, флуанізон, трифлуоперадол (триседил).

Мають виражену антипсихотичну дію. Тамують психомоторне збудження, синдром вербального галюцинозу і всі види маячних синдромів.

Галоперидол застосовують у середньодобовій терапевтичній дозі 15-30 мг. Випускається в ампулах по 1 мл 0,5% розчину, в таблетках по 0,5, 1,5, 3 і 5 мг і у вигляді крапель по 10 мл 0,2% розчину. Використовують також депо-форму - галоперидол-деканоат по 1 мл (50 мл діючої речовини). Може викликати нейролептичний синдром. Протипоказаний при органічних ураженнях головного мозку.

Триседил показаний при стійких вербальних галюцинозах. Середньодобова терапевтична доза становить 5-15 мг. Випускають у формі таблеток по 0,5 мг, ампулах по 1 мл 0,25% розчину та флаконах по 10 мл 0,1% розчину.

Похідні тіоксантену.

До них належать клопентиксол, тіотиксен, хлорпротиксен (труксал).

За дією вони подібні до аліфатичних похідних фенотіазину - мають седативну і загальну антипсихотичну дію.

Труксал використовують у середньодобовій дозі 90-300 мг. Має також антидепресивний вплив. Не викликає сонливості, тому може призначатися удень при позастаціонарному лікуванні. Може спричиняти гіпотонію.

Похідні бензодіазепіну.

Азалептин (клозапін) використовується як сильний нейролептик при

галюцинаторно-маячних і афективно-маячних розладах, різних варіантах психомоторного збудження. Майже не впливає на екстрапірамідну систему і не викликає загального пригнічення, але потребує моніторингу щодо небезпеки агранулоцитозу. Середньодобова доза - 300-600 мг. Форми випуску - таблетки по 25 і 100 мг, ампули по 2 мл 2,5% розчину.

Оланзапін (зіпрекса) – атиповий антипсихотик, ефективно впливає як на позитивні (збудження, галюцинації, маячення), так і на негативні (притуплений афект, збіднення мови, емоційне відмежування) психопатологічні симптоми. Рідко призводить до фармакотерапевтичних ускладнень. Оптимальна добова доза 10 мг за один прийом. Випускається у таблетках по 5 та 10 мг.

Похідні фенотіазину і бензодіазепіну - дикарбін, сульпірид (еглоніл), клотепін, момендон, - використовується у психіатричній практиці при галюцинаторно-маячних розладах і депресивних станах у складі великого синдрому.

Еглоніл призначають при невротичних розладах по 100-200 мг, при психотичних - у дозі 200-1600 мг на добу. Випускається у вигляді таблеток по 200 мг, капсул по 50 мг, ампул по 2 мл 0,5% розчину та флаконів по 200 мл 0,5% розчину.

Враховуючи різноманітність та велику кількість нейролептичних препаратів, а також відмінності у спектрі їх психотропної активності, загальні їх психотропні властивості можна навести у вигляді наступних рядів, які полегшують орієнтування при первинному виборі препаратів для фармакотерапії.

За наростанням сили загального антипсихотичного впливу:

неулептил - тіорідазин - пропазин - левомепромазин - хлорпротиксен - хлорпромазин - френолон - етаперазин - метеразин - трифтазин - галоперидол - флуфеназин - трифлуперазин - тіопроперазин.

За наростанням вираженості заспокійливого і седативного ефекту:

тіоридазин - неупелтил - пропазин - хлорпротиксен - хлорпромазин - левомепромазин.

За наростанням активуючого і стимулюючого компоненту при загальмованості:

тіоридазин - карбідин - френолон - етаперазин - трифтазин - галоперидол - флуфеназин - метаразин - трифлуоперидол -тіопроперазин.

За наростанням сили вибіркової антипсихотичної дії по відношенню до галюцинаторно-маячних розладів:

пропазин - хлорпромазин - етаперазин - трифтазин - галоперидол - трифлуоперидол.

Нейролептичні засоби пролонгованої дії.

Нейролептики пролонгованої дії (дюрантні, ретардовані або депо-препарати) мають виражену антипсихотичну активність і значно полегшують організацію стаціонарного і амбулаторного лікування хворих.

Терапію препаратами пролонгованої дії можна проводити тривалий час, звільняючи при цьому пацієнтів від щоденного прийому лікарських засобів. Важливою перевагою цих препаратів являється можливість досягнення відносно постійної концентрації нейролептика у крові, що створює рівномірність фармакологічного впливу на психопатологічний синдром.

Найбільш розповсюджені нейролептики, пролонгована дія яких зумовлюється сповільненим гідролізом в організмі на карбонову кислоту (енантанову, деканову, пальмітинову й ундециленову) і діючу речовину. До них відносять фторфеназин-деканоат, піпотіазин та трилафон-депо.

Крім того, застосовуються нейролептики, пролонгована дія яких зумовлена сповільненим обміном в організмі - пенфлюридол, пімозид, а також сповільненим всмоктуванням у зв'язку із створенням мікрокристалічного депо (флушпірилен), або у зв'язку з особливим приготуванням таблеток чи капсул (меллерил-ретард).

У залежності від способу виготовлення лікарських форм, методу введення і дозування тривалість дії препаратів складає від 24 годин до 4 тижнів.

Ці препарати використовуються при варіантах шизофренії з безперервним та приступоподібно-прогресивним перебігом захворювання. Також нейролептики пролонгованої дії з успіхом використовуються для підтримуючої терапії в амбулаторних умовах, що має додаткове психотерапевтичне значення, оскільки при цьому у хворих не виникає відчуття прив'язаності до лікарських засобів.

ТРАНКВІЛІЗАТОРИ.

Транквілізатори (анксіолітики) на відміну від нейролептиків не володіють антипсихотичними властивостями і групуються на підставі їх властивості ліквідувати чи послабляти страх, нав'язливість, напруженість, афективну нестійкість, тривогу та іншу невротичну симптоматику, регулювати вегетативні та вісцеральні функціональні порушення і викликати у хворих адекватне реагування на звичні подразники, які раніше здавалися надмірними. Вони не володіють безпосереднім снодійним ефектом, чим і відрізняються від звичайних снодійних і седативних засобів. У терапевтичних дозах зазвичай не викликають характерних для більшості нейролептиків екстрапірамідних та інших неврологічних побічних ефектів. Більш того, комбіноване застосування транквілізаторів і нейролептиків знімає небажані побічні нейро-вегетативні розлади, що викликані останніми, і підвищує їх терапевтичну ефективність.

Транквілізуючий вплив цих препаратів проявляється не тільки при наявності психопатологічних розладів у хворих, але й щодо практично здорових людей. Тому застосування транквілізаторів набуло широкого розповсюдження і у загальномедичній практиці.

Транквілізатори використовують при невротичних, неврозоподібних і психопатоподібних розладах, непсихотичних психопатологічних станах з

переважанням у клінічній картині астенічних, астено-депресивних, астено-іпохондричних явищ невротично-соматичного генезу. Також їх застосовують при психічних захворюваннях, що супроводжуються нав'язливістю, фобіями, тривогою, страхом, які характерні для межових станів, алкоголізму, при лікуванні неврозоподібних станів у хворих органічним ураженням ЦНС та діенцефальною патологією, у хворих на епілепсію у комплексі з протисудомними препаратами.

У одних препаратів переважає заспокійливий ефект з гальмуванням, а в інших він поєднується із стимулюючим ефектом.

Транквілізатори з переважно заспокійливим ефектом.

Феназепам - найсильніший із транквілізаторів за силою транквілізуючої дії. Зменшує хвилювання і відчуття страху навіть за реально існуючої небезпеки, але зумовлює млявість, сонливість, сповільнення реакцій. Застосовують при психотичній тривозі, обсесіях, іпохондричному синдромі. При неврозоподібних і невротичних розладах призначають у середньодобовій дозі 3-5 мг. Для зняття збудження, тривоги, нормалізації вегетатики при алкогольній і токсикоманічній абстиненції використовують у дозах до 10 мг на добу. Форма випуску - таблетки по 0,5 і 1 мг.

Еленіум (лібриум, хлосепід) володіє широким спектром активності. Застосовують при всіх варіантах психічних розладів, які супроводжуються підвищеною збудливістю і вегетативними порушеннями. Призначають по 20-80 мг на добу. Випускається у таблетках, драже та капсулах по 5, 10 і 25 мг.

Оксазепам (нозепам, тазепам, пракситен) завдяки мінімуму побічних ефектів широко використовують у педіатрії та геронтології. Форма випуску - таблетки по 10, 15, 25, 30 та 50 мг. Середньодобова доза - 40-80 мг.

Нітразепам (радедорм) має виражений снодійний та протисудомний ефект. Призначають як снодійний засіб по 5-10 мг за 25-40 хвилин до сну, а також у дитячій практиці по 2,5-5 мг для комплексного лікування епілепсії.

Мепробамат (мепротан, рестеніл) випускають у вигляді таблеток по 200 мг, середньодобова доза - 600-1200 мг.

Транквілізатори з переважно стимулюючим ефектом.

Діазепам (сибазон, седуксен, реланіум, валіум) використовують внутрішньовенно для купірування гострої тривоги, дисфорій та судомних нападів, для зняття наркоманічної абстиненції. Перорально застосовується при нав'язливих станах, неспсихотичній депресії та невротичній тривозі. Призначають у дозах від 15 до 60 мг на добу. Випускається у формі таблеток, капсул та драже по 2, 5 і 10 мг і ампул по 2 мл 0,5% розчину. При тривалому використанні викликає звикання і залежність.

Медазепам (рудотел, мезапам) має м'який стимулюючий ефект і не викликає сонливості, тому його широко використовують для денного прийому. Середньодобова доза - 15-40 мг. Випускається у таблетках, капсулах та драже по 5 і 10 мг.

Триметозин (триоксазин) ефективно знімає страх, тривогу, афективну нестійкість при невротичних та неврозоподібних станах, одночасно підвищуючи активність і поліпшуючи настрій. Призначають по 1200-1800 мг на добу. Форма випуску - таблетки та капсули по 300 мг.

Тофізопам (грандаксин) призначають від 50 до 300 мг на добу. Випускають у таблетках по 50 мг.

АНТИДЕПРЕСАНТИ.

Це група препаратів, що характеризуються властивістю оказувати тимоаналептичний ефект, тобто підвищувати патологічно знижений настрій, та оказувати додатковий стимулюючий або седативний вплив.

За хімічною структурою та механізмом дії антидепресанти поділяють на декілька груп:

- 1) *Трициклічні та тетрациклічні антидепресанти* - амітриптилін, бутриптилін, дезипрамін, іміпрамін, протриптилін, мапротилін та ін. Механізм їх дії полягає у блокуванні зворотного

захоплення вільних моноамінів у пресинаптичну структуру, блокування пресинаптичних рецепторів серотоніну, що сприяє збільшенню синтезу й кількості нейромедіаторів з активацією дофамінергічних, серотонінергічних та норадренергічних структур головного мозку. Мають виразний холінолітичний ефект.

- 2) *Інгібітори моноамінооксидази (МАО)* - ніаламід, бенмоксин, ізокарбоксамід, траніципромін, індопан та ін. Механізм дії полягає у пригніченні діяльності ферментів групи моноамінооксидази, завдяки чому підвищується вміст і активність нейромонамінів, що регулюють різноманітні процеси у центральній нервовій системі.
- 3) *Селективні інгібітори захвату серотоніну* - флуоксетин, флувоксамін, ципраміл, коаксил, золофт, пароксетин та ін. Стимулюють серотонінергічну передачу у ЦНС, дефіциту якої приділяється значна увага в нейрохімічних механізмах патогенезу депресій. Рекомендується застосовувати препарати цієї групи після курсу терапії гетероциклічними антидепресантами або інгібіторами МАО.

Здатність впливати на різну глибину депресивних станів лежить в основі умовного розділення антидепресантів на "великі" й "малі". До "великих" антидепресантів, які здатні впливати на виражені депресивні стани, частіше у складі ендогенної психопатології, відносять амітриптилін, іміпрамін, бутприлін, ципраміл, золофт та ін. "Малі" антидепресанти типу азафену, бенмоксину, траніципроміну, коаксилу та ін. більш ефективні при невротичних депресіях, депресивних станах при ураженнях головного мозку судинного генезу, соматогенних депресіях.

За додатковим впливом, який вони справляють, антидепресанти поділяють на 3 групи.

1. Антидепресанти з додатковою стимулюючою дією.

Іміпрамін (меліпрамін, імізін, тофраніл) належить до трициклічних "великих" антидепресантів. Має виразну антидепресивну дію, впливаючи, здебільшого, на ендogenous (вітальну) депресію. Також має чітко виражений стимулюючий ефект. Призначається при тяжких депресіях з відчуттям безмежної туги та пригнічення. Середньодобова терапевтична доза становить 15-250 мг. Форма випуску - у таблетках та драже по 10, 25 та 50 мг і ампулах по 2 мл 1,25% розчину. Із побічних ефектів відмічають минаючі при продовженні лікування вегетативні розлади (сухість слизових, тремор кінцівок, гіпергідроз), головний біль, затримку сечовипускання. Можливе посилення тривоги та продуктивної симптоматики (галюцинації, маячні ідеї). Не призначають на ніч для запобігання розвитку безсоння. Протипоказаний при гострій патології нирок та печінки, декомпенсованих вадах серця, захворюваннях крові, гіпертонічній хворобі III стадії, глаукомі, вагітності, лактації.

Мапротилін (лудіоміл), тетрациклічний "великий" антидепресант, використовують переважно при депресіях середньої тяжкості з адинамією, нав'язливими іпохондричними розладами. Призначається у середньодобовій дозі 100-200 мг. Випускається у таблетках і драже по 10, 25, 50 та 75 мг і в ампулах по 2 мл 1,25% розчину.

Флуоксетин (адофен, флюодак, прозак, фонтекс) - селективний інгібітор зворотного захвату серотоніну. Сприяє підвищенню настрою, усуває дисфоричні прояви та відчуття страху. Показаний при ендogenous та невротичних депресіях, нервовій булімії, obsesивно-компульсивних розладах. Середньодобова доза становить 40-60 мг. Випускається у формі капсул по 10 і 20 мг.

Ніаламід (есприл, ніамід, нуредаль) відноситься до інгібіторів MAO та до "великих" антидепресантів. Діє переважно на неглибокі ендogenous депресії із загальмованістю та млявістю. Призначають по 200-350 мг на добу. Приймають у першій половині дня запобігання безсоння. Випускається у таблетках по 25 і 100 мг. Може спричинити гепатотоксичний вплив при

прийомі з одночасним вживанням продуктів, які містять тірамін (боби, сир, пиво та ін.).

Траніципромін (трансамін, парнат), інгібітор MAO, відноситься до "малих" антидепресантів. Має слабку антидепресивну і чітко виражену стимулюючу дію. Використовується для лікування неглибоких неспихотичних депресій із психомоторною загальмованістю. Середньодобова терапевтична доза - 30-40 мг. Випускається у вигляді таблеток по 5 і 10 мг.

Бенмоксин (неуралекс), інгібітор MAO, "малий" антидепресант, призначають при депресіях невротичного генезу та депресивних станах при судинних ураженнях головного мозку. Середня терапевтична доза становить 50-75 мг. Форма випуску - таблетки по 25 мг.

Індопан відноситься до інгібіторів MAO та "малих" антидепресантів. Найбільш ефективний при астенодепресивних та астеноіпохондричних станах. У комбінації з малими дозами нейролептиків застосовується для лікування шизофренії з апатикоабулічними та депресивними розладами. Призначають по 20-40 мг на добу. Доступний у формі таблеток по 5 та 10 мг.

2. Антидепресанти з додатковою седативною дією.

Амітриптилін (саротен, триптизол) належить до групи "великих" антидепресантів, має трициклічну структуру. Одночасно з усуненням депресивних проявів зменшує відчуття тривоги, ажитацію. Призначається при тривожних психотичних депресіях різного генезу. Оптимальна терапевтична доза становить 150-200 мг на добу, при тяжких депресіях - 300 мг на добу і більше. Випускається у таблетках і драже по 10, 25 і 50 мг, капсулах по 25, 50 та 75 мг та ампулах по 2 мл 1% та 2,5% розчину. Застосування препарату не веде до загострення психотичної симптоматики. Завдяки наявності седативного впливу можливе призначення препарату на ніч. Побічні ефекти та протипоказання східні з тими, що властиві для іміпраміну.

Триміпрамін (сапілент, сюрмонтил, стангіл, герфонал) - трициклічний антидепресант, тимолептичний засіб широкого спектру дії. Найбільш

ефективний при тривожних депресіях середньої тяжкості, невротичних, іпохондричних та реактивних депресіях. Середньодобова доза становить 150-300 мг на добу. Форма випуску - таблетки і драже по 25 і 100 мг, ампули по 2 мл 1,25% розчину.

Опіпрамол (депреніл, енсідон, опрімол) має трициклічну структуру, справляє помірно виражений антидепресивний та седативний ефект. Знімає відчуття страху та напруження, оказує регулюючий вплив при вегетативних дисфункціях та протиблювотну дію. Призначають при депресивному синдромі різного походження з тривожним компонентом, при психосоматичних та функціональних синдромах. Середньодобова терапевтична доза становить 100-150 мг, випускається у драже по 50 мг.

Азафен (дізафен), "малий" антидепресант трициклічної структури, призначають при депресіях без глибоких психотичних розладів, з астеничною неврозоподібною симптоматикою. Середня добова доза - 150-200 мг, форма випуску – таблетки по 25 мг та ампули по 2 мл 1,25% розчину. Не володіє холінолітичною активністю, має слабо виражені побічні ефекти, тому може бути застосованим у загальносоматичній та геронтологічній практиці.

Ципраміл (циталопрам), селективний інгібітор зворотного захвату серотоніну, володіє вираженим антидепресивним та седативним ефектом, які настають досить швидко. Має мінімальні антихолінергічні та інші побічні ефекти, не посилює дію алкоголю, нетоксичний. Може застосовуватись тривалий час для профілактики рецидивів депресій. Призначають по 20-60 мг на добу. Випускається у таблетках по 20 і 40 мг.

3. Антидепресанти без одностороннього додаткового ефекту.

Піразидол (пірліндол) відноситься до "великих" тетрациклічних антидепресантів. Оказує "балансуючий" вплив на різні види депресій: на фоні тривожних депресій проявляє седативні властивості, а при психічній загальмованості оказує стимулюючий вплив. Призначається при різноманітних депресивних станах, для послаблення депресивних станів при абстинентному синдромі, у складі комплексної терапії когнітивних порушень

при сенільних психозах. Середньодобова доза становить 150-200 мг. Випускається у формі таблеток по 25 і 50 мг.

Золофт, селективний інгібітор зворотного захвату серотоніну, призначається для лікування та профілактики депресій, при обсесивно-компульсивних, панічних та посттравматичних стресорних розладах. Середня терапевтична доза становить 50-150 мг. Форма випуску – таблетки по 50 та 100 мг.

Флувоксамін (авоксин, флокситрал, думірокс) відноситься до групи інгібіторів зворотного захвату серотоніну. Застосовується при афективних розладах, що супроводжуються стійким зниженням настрою, психомоторними порушеннями та психосоматичними симптомами. Середньодобова доза – 100-200 мг. Випускається у таблетках по 50 і 100 мг.

Трициклічні антидепресанти та деякі селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну **несумісні** з інгібіторами MAO. У випадку заміни інгібіторів MAO на антидепресанти, що відносяться до зазначених вище груп, можливий розвиток важких ускладнень, у зв'язку з чим після лікування інгібіторами MAO застосування антидепресантів інших груп рекомендується не раніше, ніж через 2 тижні.

НОРМОТИМІЧНІ ЗАСОБИ.

Використовуються для купірування маніакальних і гіпоманіакальних станів у хворих на афективні розлади та рекурентну шизофренію. Разом із антидепресантами ефективні при лікуванні депресивних станів легкої та середньої тяжкості. Використовуються також при епілепсії, психопатіях з афективними коливаннями, для лікування хворих на хронічний алкоголізм.

При регулярному прийомі запобігають виникненню приступів (фаз) при ендогенних афективних розладах. Під впливом терапії солями літію протягом 2-3 років відбувається укорочення приступів, вони становляться стертими, редукованими і за сприятливого перебігу хвороби повністю зникають.

У частини хворих відмічається зменшення глибини афективних розладів, підвищення терапевтичної чутливості, яке дозволяє лікувати приступи значно швидше і меншими дозами інших психотропних засобів.

Концентрація препарату у плазмі крові не повинна бути меншою за 0,6-0,8 ммоль/л та вищою за 1,2 ммоль/л. У нижчих концентраціях лікувальна й профілактична дія препарату не проявляється, а при вищих може виникати літієва інтоксикація. До ранніх побічних ефектів відносяться шлунково-кишкові розлади, часте сечовипускання, спрага, до пізніх – наростаючий тремор кінцівок, посіпування м'язів, гіперкінези, дизартрія, порушення серцевого ритму, ендокринні розлади, діарея. При появі проявів літієвої інтоксикації необхідно відмінити препарат і збільшити споживання хлориду натрію та рідини.

Найчастіше використовують карбонат літію. Для лікування афективних станів призначають від 900 до 3000 мг на добу, в профілактичних цілях – 900-1200 мг на добу. Випускається у таблетках по 300 мг.

Також використовується пролонгована форма – мікаліт (літій-ретард). Випускається у ампулах по 400 мг.

Для внутрішньовенного та внутрішньом'язового введення застосовують оксибутірат літію, який має меншу токсичність. Форма випуску – ампули по 2 мл 20% розчину.

КОРЕКТОРИ ПСИХОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ.

Психотропні засоби володіють антихолінергічними, гіпотензивними, каталептогенними властивостями, здатністю блокувати адренергічні структури, у зв'язку з чим поряд з бажаним психотропним ефектом виникає ціла низка патологічних станів, які викликані цими властивостями препаратів, тобто побічних ефектів. Хоча їх виразність у значній мірі залежить від індивідуальної чутливості організму і багатьох інших факторів, вони являються наслідком прямої дії препарату і виникають при зниженні доз чи відміні останнього. Побічні ефекти можна умовно поділити на 3

групи: **неврологічні розлади** (пароксизмальні: гострий, підгострий, затяжний і хронічний екстрапірамідні синдроми), **психічні розлади** (транзиторні загострення психопатології, інверсія афекту, нейролептична депресія, порушення сну, стани оглушення) та **вегетативні розлади** (гіпотонія, тахікардія, гіпергідроз, себорея, порушення акомодатії, сухість слизових оболонок, порушення моторики та секреції шлунково-кишкового тракту).

Частіше вказані побічні ефекти спостерігаються у вигляді складного симптомокомплексу.

Для усунення небажаних ефектів використовують велику кількість різноманітних фармакологічних засобів – коректорів. У залежності від хімічної структури та клінічних властивостей вони поділяються наступним чином:

Похідні пропанолу – тригексифенідил (паркопан, циклодол), біперіден, цикримін, придинол. Мають широкий спектр активності з переважаючою антипаркінсонічною та центральною холінолітичною активністю.

Прості аміноєфіри – мебедрол, димедрол, когентин, ригідил. Мають помірно виражену антипаркінсонічну дію, центральну холінолітичну і антигістамінну активність, здатність регулювати сон.

Складні аміноєфіри – амізил, метамізил, пентафен, спазмолітин, арпенал. Поряд із помірним антипаркінсонічним ефектом спостерігається транквілізуюча, гангліоблокуюча та спазмолітична дія.

Похідні фенотіазину – динезин, дипразин, парсидол. Мають властивості нейролептичних засобів, у комплексі з іншими препаратами використовуються для усунення різноманітних побічних розладів.

Рідше використовують похідні тіоксантену, глютарової кислоти, центральні релаксанти.

ПСИХОСТИМУЛЯТОРИ.

Мають властивість стимулювати ЦНС, що проявляється в усуненні розумової та фізичної втоми, не володіють антипсихотичною та антидепресивною дією.

Подібно до транквілізаторів психостимулятори впливають на перебіг психічних процесів і у здорових людей. Вони стимулюють інтелектуальну діяльність, прискорюють процеси мислення. Основою психостимулюючої дії є посилення передавання збудження у синапсах внаслідок мобілізації нейромедіаторів. Можлива поява ейфорії, що супроводжується підвищенням активності з тимчасовим усуненням стомлення, сонливості, підвищенням працездатності. Можуть викликати порушення засинання аж до безсоння та порушення апетиту. При тривалому прийомі відмічається звикання та формується залежність. Деякі стимулятори ЦНС (амфетамін, метамфетамін, первертин) віднесені до списку наркотичних речовин.

Призначаються при неврозоподібних та невротичних розладах із астеничними, психастеничними та неврастенічними станами, млявістю, загальмованістю, апатією, адинамією, зниженням працездатності, а також для лікування ступорозних, субступорозних і апатикоабулічних станів у хворих на шизофренію. Здоровим людям призначаються у разі екстремальних ситуацій, які пов'язані із розумовим або фізичним перенапруженням.

Кофеїн призначають по 50-100 мг 2-3 рази на добу. Протипоказаний при безсонні, гіпертензії, атеросклерозі, органічному ураженні серцево-судинної системи, глаукомі.

Сиднокарб створює відчуття бадьорості та припливу енергії, підвищує працездатність. Призначають по 5-20 мг 1-2 рази на добу. Випускається у таблетках по 5 і 10 мг.

Сиднофен має менш виражений у порівнянні з сиднокарбом стимулюючий ефект. Призначається по 20-30 мг на добу. Випускається у формі таблеток по 5 мг.

НООТРОПИ.

Ці препарати мають властивість нормалізувати процеси тканинного метаболізму в ЦНС та виявляють антигіпоксичну дію. Завдяки цьому йде активація вищих психічних функцій, підвищується психічний тонус, прояснюється свідомість, покращується мислення та мова. Ноотропи володіють транквілізуючим, антидепресивним, вегетостабілізуючим, антиепілептичним, антипаркінсонічним та антидискінетичним ефектом.

Завдяки великому спектру дії та відсутності виражених побічних ефектів ці препарати широко використовуються при терапії астеничних станів різного генезу, зниженні загальної активності, порушеннях пам'яті судинного, травматичного та інфекційного генезу; післяінсультних станах, комах різного походження, інтоксикаціях, недоумкуватості, вегетативних дисфункціях.

У поєднанні з антидепресантами і транквілізаторами застосовуються при астено-депресивних, астено-апатичних і депресивних станах, а також при алкогольній та інших видах абстиненції, алкогольних психозах.

У геронтологічній психіатрії застосовуються для лікування різноманітних церебрастенічних, енцефалопатичних порушень, розладів пам'яті, інтелектуальних порушень з послабленням спонукань, при різних видах недоумкуватості.

У дитячій психіатрії використовуються для терапії гострих і резидуальних проявів органічного ураження ЦНС, в комплексній терапії олігофреній.

Також ці препарати призначаються у якості коректорів нейролептичної терапії.

Пірацетам (ноотропіл), циклічне похідне гама-аміномасляної кислоти, призначається у дозах від 800 до 3000 мг на добу. Випускається у вигляді капсул по 400 мг, таблеток по 200 мг і ампул по 5 мл 5% розчину.

Аміналон (гамалон, міелоген) призначається по 500-1500 мг на добу. Форма випуску – таблетки по 250 мг, ампули по 20 мл 5% розчину.

Енцефабол (піритінол, ансефал, пленуміл) вирізняється чітким стимулюючим і антидепресивним впливом. Середньодобова терапевтична доза становить 300-600 мг. Випускають у таблетках по 100 і 20 мг.

Також для нормалізації кровообігу у судинному руслі головного мозку та нейрометаболічних процесів використовуються так звані *коректори мозкового кровообігу*: кавінтон, циннарізин, німотоп, серміон, трентал, вінкапан, меморіплюс та ін.

АНТИКОНВУЛЬСАНТИ.

Ці засоби використовують для купірування та профілактики судомних нападів та епілептичних психічних еквівалентів. Деякі препарати мають вибірковий протисудомний вплив без помітного впливу на емоційну сферу. Інші препарати застосовують також і при афективних порушеннях. До протиепілептичних засобів відносять і деякі барбітурати, оскільки вони мають селективну протипароксизмальну дію без чіткого снодійного ефекту.

Карбамазепін (фінлепсин, карбапін, амізепін) являється протиепілептичним засобом широкого спектру дії. Призначають при парціальних епілептичних нападах із простою та складною симптоматикою, великих судомних нападах, змішаних формах епілепсії, неепілептичних нападах у хворих на розсіяний склероз, при тонічних судомах, пароксизмальній дизартрії, атаксії, нападах болю у хворих на діабетичну нейропатію, тривожно-депресивних станах, кататонічному збудженні, для профілактики нападів при алкогольному абстинентному синдромі. Середня терапевтична доза становить 400-1000 мг на добу. Випускається у таблетках по 200 і 400 мг у ретардованій формі.

Фенітоїн (дифенін, дифантоїн, дилантін) використовують при великих нападах з тонічними судомами. Також він ефективний при вегетативно-судинних, психомоторних та психічних пароксизмах. Неефективний при малих епілептичних нападах. Призначають у дозах від 200 до 450 мг на добу, частіше у комбінації з іншими препаратами. Випускають у таблетках та драже по 100 мг, капсулах по 30, 90 та 100 мг і ампулах по 2 й 5 мл 5% розчину.

Фенобарбітал (люмінал, лепінал) у малих дозах спричиняє седативний та спазмолітичний вплив. На добу призначають від 20 до 500 мг. Форма випуску – таблетки по 15, 30, 50, 60, 100 та 300 мг, капсули по 60 та 90 мг, ампули по 1 мг 4, 20 і 30% розчину.

Бензобарбітал (бензонал) призначається при генералізованих, фокальних судомних, джексоновських і адверсивних нападах, при кожевніківській епілепсії, психомоторних та психічних пароксизмах. Середньодобова доза – 400-800 мг. Форма випуску – таблетки по 50 і 100 мг.

Примідон (гексамідин, леспірал, сертан) використовують для лікування великих епілептичних нападів переважно із клонічними судомами. Призначають у середній терапевтичній дозі 1000-2000 мг на добу. Випускається у таблетках по 125 і 250 мг.

Вальпроат натрію (депакін, ергеніл, конвулекс) ефективний при генералізованій та фокальній епілепсії з абсансами, міоклонічними, тоніко-клонічними, атонічними та змішаними нападами, простих та складних синдромів Веста і Леннокса, судомному синдромі при органічних ураженнях мозку, епілептоїдних розладах поведінки, фебрильних судомах у дітей. Середньодобова доза становить 900-1800 мг. Випускають у таблетках та драже по 200 і 300 мг.

Клоназепам (клонопін, рівотрил) призначають для лікування малих нападів та поліморфних безсудомних пароксизмів (моторні та психомоторні напади, сенсорні, вегетативні та психічні пароксизми). Призначається по 4-8

мг на добу. Випускається у вигляді таблеток по 0,5, 1 і 2 мг та ампулах по 1 мл 0,1% розчину.

При застосуванні протисудомних препаратів може виникати ряд небажаних побічних ефектів та ускладнень: гіперплазія ясен, стоматит, дерматит, лейкоцитоз, анемія, диспептичні розлади, ураження печінки, нирок, сонливість, головокружіння, головний біль, ністагм, диплопія, дизартрія, атаксія, тремор пальців та ін.

При виникненні виражених побічних ефектів чи ускладнень необхідно знизити дозу препарату або відмінити його, почавши використання іншого протиепілептичного засобу.

Протиепілептичні засоби протипоказані при важких ураженнях печінки, нирок, кровотворної системи. Із великою обережністю їх слід призначати при вагітності.

ШОКОВА ТЕРАПІЯ

До появи психотропних засобів шокова терапія була головним методом лікування психозів. Принцип цієї терапії полягає у створенні генералізованого розряду, який охоплює всю центральну нервову систему. Причому біохімічні зміни, які відбуваються у ній, не залежать від методу отримання самого розряду. Було помічено, що ті хворі, які окрім психотичного захворювання, страждають ще й на епілепсію, у деяких випадках після епілептичних судомних нападів відчувають тимчасове полегшення розладів емоцій та мислення. Тому стверджувалось, що у якості лікування можливо використовувати штучне індукування генералізованого розряду, який схожий та той, що спостерігається при епілепсії. Механізм дії шоквої терапії до кінця не вивчений, але існує цілий ряд гіпотез стосовно цього питання. Так, у 1977 році Модіг довів, що основний ефект зумовлений дією нападу на стовбур головного мозку, внаслідок чого відбувається прискорене вивільнення нейромедіаторів та підвищення чутливості нейрамінових рецепторів. На сьогоднішній день застосування методів

шокової терапії досить обмежене із-за появи більш ефективних та безпечних методів лікування. Її проводять за обов'язкової письмової згоди пацієнта або його представників.

Інсуліно-коматозна терапія застосовується з 1933 року. Хворому натще підшкірно вводять індивідуально підібрані дози інсуліну, що зумовлює настання гіпоглікемічної коми або субкоматозного стану, які через 20 хвилин купірують внутрішньовенним уведенням 40% розчину глюкози. Тривалість курсу - 10-30 діб. Використовується для переривання гострих та підгострих станів шизоафективної структури а також для усунення резистентності до психофармакотерапії. Протипоказаннями є більшість соматичних хвороб, неврологічна органічна симптоматика, ендокринні порушення, вагітність та вік понад 50 років. Можуть виникати наступні ускладнення: судомні напади, колаптоїдний стан, серцева аритмія, а також повторна гіпоглікемія, особливо вночі. Тяжким ускладненням є тривала кома, яка не купірується введенням глюкози. При такому стані необхідно вдатися до реанімаційних заходів.

Електросудомна (електроконвульсивна) терапія (ЕСТ) впроваджена у психіатричну практику італійськими вченими У. Черлетті та Л. Біні у 1938 році. Перед сеансом ЕСТ обов'язково проводиться премедикація, яка полягає у введенні міорелаксантів та внутрішньовенних засобів для наркозу або транквілізаторів. Тому пацієнт під час процедури практично нічого не відчуває, але це ніякою мірою не впливає на її лікувальний ефект. При проведенні сеансу ЕСТ електроди накладають або білатерально (на обидві скроні пацієнта), або один з електродів на центр лобу, а інший на скроню, яка відповідає недомінантній півкулі головного мозку, так як було доведено, що при останньому методі зменшується час сплутаності свідомості після проведених сеансів ЕСТ. Через електроди пропускають електричний струм силою 70-120 В, час дії струму – 0,5-0,9 с. Усього на курс лікування призначають 3-5 сеансів.

ЕСТ найбільш ефективна при важких ендогенних афективних розладах, які резистентні до фармакотерапії. Також використовується при простій та параноїдній шизофренії, особливо у випадку її раннього виникнення і для лікування кататонічного ступору.

Ускладнення ЕСТ найчастіше пов'язані з ураженням опорно-рухового апарату при неправильно проведеній премедикації. Іноді трапляється тривала затримка дихання та серцеві аритмії. Протипоказання для проведення ЕСТ подібні до протипоказань до інсулінокоматозної терапії.

ПСИХОТЕРАПІЯ

Це система безпосереднього лікувального впливу на психіку хворого за допомогою мови, невербальних подразників, обстановки, певного виду діяльності тощо. Соціотерапія, як частка психотерапії, використовує різноманітні соціальні чинники: вплив на хворого соціального середовища, різні форми соціальної активності або колективної діяльності.

Психотерапія використовується майже при всіх психічних захворюваннях, але особливо велику роль вона грає у лікуванні непсихотичних захворювань, таких як невротичні розлади, розлади особистості, реактивні стани.

Серед аспектів, які стосуються змісту психотерапії, розрізняють загальну та спеціальну психотерапію.

Загальну психотерапію призначають для лікування всіх хворих незалежно від профілю медичної установи. Вона передбачає використання всього комплексу психічних чинників, які позитивно впливають на хворого з метою підвищення його захисних механізмів. Психотерапія тісно пов'язана з лікарською етикою та деонтологією. Важливу роль у формуванні загального психотерапевтичного впливу грає авторитет медичного працівника, його ерудиція, чуйність, вміння заслужити довіру хворого та вселити в нього надію на успішність терапії.

Спеціальна психотерапія – застосування певних психічних методів лікування при різних захворюваннях як самостійно, так і у комплексі з іншими лікувальними заходами.

Методи психотерапії поділяють на раціональні, сугестивні, поведінкові, психоаналітичні тощо. У залежності від того, з ким проводять терапевтичні сеанси, розрізняють індивідуальну, групову та сімейну психотерапію.

На сьогоднішній час існує понад 140 психотерапевтичних напрямків, кожен із яких відрізняється базовими припущеннями, теоретичними рамками, методами аналізу терапевтичної взаємодії, відносним акцентом на травмуючих переживаннях пацієнта у минулому.

Спільним для всіх психотерапевтичних методів є те, що:

- 1) терапевтична активність відбувається у контексті емоційно заряджених та одночасно довірливих стосунків між лікарем та пацієнтом;
- 2) існує теоретична основа, якої дотримується психотерапевт і яку розділяє пацієнт;
- 3) психотерапевтичні техніки передбачають надання нової інформації та навчання пацієнта шляхом тренінгу, прикладу, навіювання, переконання, усвідомлення.

Раціональна психотерапія полягає у зверненні до свідомості хворого шляхом логічного переконання, роз'яснення з використанням зрозумілої хворому аргументації. Її елементи містяться у кожній розмові лікаря з пацієнтом. Вона особливо доцільна для пацієнтів з переважанням другої сигнальної системи над першою та з добре розвиненим інтелектом. Метод ефективний при соматовегетативних розладах невротичного генезу, іпохондричних станах, наркологічній практиці тощо.

При **сугестивних методах** використовують навіювання (гіпноз, самонавіювання) у комплексі з іншими психотерапевтичними впливами. Найчутливішими до сугестії є функціональний тік, параліч, амнезія, порушення чутливості, нав'язливості, порушення сну та шкідливі звички.

Поведінкову терапію визначають як систему принципів навчання та утворення умовних рефлексів для аналізу та лікування розладів поведінки. Першим етапом є об'єктивний опис розладів поведінки та ідентифікація зовнішніх чинників, які передують розладам. Далі виробляється гіпотеза про фактори, що підтримують дезадаптацію поведінки, та методи їх усунення.

Розрізняють наступні форми поведінкової (біхевіоральної) терапії:

- 1) спрямовані на згасання дезадаптивної поведінки та закріплення бажаної;
- 2) методи систематичної десенсибілізації неадекватних реакцій шляхом моделювання фобічної ситуації;
- 3) форми, при яких небажана поведінка поєднується з покаранням;
- 4) способи ремотивації шляхом демонстрації ефективності поведінки, що була загальмована.

Психоаналітична (психодинамічна) терапія спрямована до усвідомлення та зміну дезадаптивної структури особистості. Ефективнішого пристосування досягають шляхом усвідомлення досі несвідомого конфлікту, страху чи мотивації. Основна риса, яка відрізняє психоаналіз від інших форм психотерапії, - це виняткова увага до розвитку, аналізу та вирішення *трансферних відносин*, що визначаються як специфічна форма несвідомого перенесення на психотерапевта емоцій та відносин, що за походженням пов'язані з важливими у житті пацієнта особами (батьками, братами, сестрами). Негативні чи позитивні почуття до аналітика таким чином символічно звільняють його від попереднього емоційного досвіду. Мета цього виду терапії – замінити несвідомі дії свідомими. Недоліками психоаналітичної терапії є велика тривалість (до 5-6 років), тенденція до розвитку надмірної залежності від психотерапевта та висока ціна.

Гештальт-терапія належить до емпіричного напрямку в психотерапії. Головною ідеєю цього методу являється твердження, що соматичне та психічне здоров'я вимагають повного усвідомлення фізичних почуттів та емоційних потреб. Мета терапії – збільшити усвідомлення фізичного стану та

витіснених емоційних потреб шляхом пошуку перцептивних блоків. Багато психотерапевтів використовують цей метод у рамках інших психотерапевтичних підходів.

Психотерапевтичні та соціотерапевтичні методи включають також: *музикотерапію* (мелотерапію) - прослуховування спеціально підібраних творів для досягнення певного емоційного стану; *бібліотерапію* - читання спеціально підібраної художньої літератури; *ігрову терапію*, *арттерапію* - художня творчість пацієнта як спосіб творчого реагування на власні переживання та почуття) та *трудотерапію*.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

1. Загальні принципи лікування психічно хворих.
2. Класифікація психотропних лікарських засобів.
3. Показання до застосування нейролептиків та їх основні ефекти.
4. Побічна дія нейролептичних препаратів.
5. Основні ефекти найпоширеніших нейролептиків.
6. Нейролептичні препарати пролонгованої дії.
7. Класифікація транквілізаторів, їх представники та основні ефекти.
8. Показання до застосування транквілізаторів та їх побічна дія.
9. Класифікація антидепресантів та їх основні ефекти.
10. Показання до застосування антидепресантів та їх побічна дія.
11. Психофармакологічна характеристика нормотимічних засобів.
12. Показання до застосування і основні ефекти психостимуляторів.
13. Психофармакологічна характеристика ноотропних препаратів.
14. Психофармакологічна характеристика протисудомних препаратів.
15. Методи корекції ускладнень психотропної фармакотерапії.
16. Показання, методи та ускладнення шоквої терапії.
17. Принципи та методи психотерапії психічних розладів.

Глава 16

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Принципи організації психіатричної допомоги.

Основні організаційні засади психіатричної допомоги зазнавали істотних змін на різних історичних етапах у відповідності з соціальним розвитком тогочасного суспільства, рівнем його культури та демократичністю. З огляду на ці критерії прийнято виокремлювати *теологічний, метафізичний та матеріалістичний* періоди становлення психіатрії.

Докорінними змінами у методах лікування та ставленні до хворих позначились останні сорок років, які пройшли під знаком широкого застосування психофармакотерапії та соціальних програм спрямованих на реабілітацію психічно хворих. Гуманізація лікувального процесу, толерантність у ставленні до психічно хворих, гарантування державою дотримання їх громадянських прав не залежно від стану здоров'я стали основними сучасними тенденціями розвитку психіатрії.

В Україні реформування психіатричної допомоги спрямовується головним чином на максимальне наближення її за місцем проживання пацієнта, мінімізацію ізоляції хворого від сім'ї, створення партнерських стосунків у системі хворий - лікар. Важливим аспектом визнається також поєднання медико-соціальної допомоги державних і громадських установ.

В сучасних умовах основні принципи організації психіатричної допомоги формулюються наступним чином:

- розвиток переважно амбулаторної психіатричної мережі;
- максимальне наближення допомоги до пацієнта;
- тісна взаємодія психіатричних та загальносоматичних служб охорони здоров'я;
- спадкоємність у діяльності загальнолікарняної та психіатричної мереж;

- інтенсифікація лікування з використанням сучасних методик;
- підвищення ролі особистісно орієнтованих лікувально-діагностичних підходів;
- пом'якшення медико-соціальних наслідків психічних недуг;
- широке впровадження у психіатричну практику соціальних форм роботи з пацієнтами;
- забезпечення прав і свобод осіб з психічними розладами.

Дотримання цих принципів дозволяє створити сучасну ефективно діючу та гуманістично спрямовану систему психіатричної допомоги.

Структура організації психіатричної допомоги.

Психіатрична допомога забезпечується за допомогою єдиного комплексу із стаціонарних, амбулаторних та напівстаціонарних закладів. Крім того, питання психіатричної служби розробляють у науково-дослідних інститутах і на психіатричних кафедрах вищих навчальних медичних закладів.

I. Установи, що надають позалікарняну психіатричну допомогу.

1. Психоневрологічні диспансери (ПНД):
 - обласні;
 - міські;
 - 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 пролфілакторія (ЛТП) для хворих на алкоголізм.
2. Психоневрологічні відділення:
 - у складі психоневрологічних диспансерів;
 - у складі соматичних лікарень та військових шпиталів;
 - відділення для наркоманів.
 3. Денні 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 розумово відсталих дітей.
4. Спеціальні школи для дітей з розладами поведінки.
5. Школи та групи для дітей з мовними порушеннями.
6. Підліткові кабінети.

Структура та завдання закладів психіатричної допомоги.

Основне місце в структурі системи надання амбулаторної психіатричної допомоги хворим займає психоневрологічний диспансер, а стаціонарної - психіатрична лікарня. До психіатричної лікарні госпіталізують хворих з гострими розладами психіки психотичного рівня чи хронічним перебігом хвороби у стадії загострення, тоді як у стаціонарних відділеннях психоневрологічних диспансерів та психіатричних відділеннях лікарень загального профілю лікують переважно пацієнтів з порушеннями непсихотичного характеру (переважно внаслідок соматичних недуг), а також хворих з психозами, які звертаються за допомогою самі і не потребують перебування в умовах психіатричного закладу .

Структура ПНД.

Кожен диспансер закріплений за окремою територією, яка, у свою чергу, розбита на окремі лікарські дільниці для обслуговування дорослого і

дитячого населення. Залежно від кількості обслуговуваного населення до складу ПНД входять наступні підрозділи:

1. Поліклініка:

- реєстратура;
- кабінети дільничних лікарів-психіатрів;
- організаційно-методичний кабінет;
- наркологічний кабінет;
- психотерапевтичний кабінет;
- фізіотерапевтичний кабінет;
- дитячий кабінет;
- підлітковий кабінет;
- кабінет невропатолога;
- логопедичний кабінет;
- кабінет правової допомоги;
- кабінет сексопатології.

2. Стаціонарні підрозділи.

3. Денний стаціонар.

4. Лікувально-трудова майстерня.

Завдання диспансеру.

1. Надавати всі види амбулаторної допомоги.
2. Надавати допомогу вдома.
3. Проводити всі види експертиз.
4. Рання діагностика психічної патології.
5. Облік первинної та повторної захворюваності.
6. Диспансерно-динамічний облік.
7. Облік психічно хворих серед населення.
8. Робота в тісному зв'язку з соматичними лікарнями та поліклініками, дитячими лікарнями та підлітковими кабінетами.
9. Психогігієнічна та санітарно-просвітницька робота.
10. Соціально-правова допомога.

Дільничний психіатр на дільниці виконує повний обсяг лікувально-діагностичної та профілактичної роботи згідно з діючими положеннями. Він відповідає за своєчасне виявлення, первинне обстеження чи огляд хворих, взяття їх на диспансерний та консультативний облік і лікування, зокрема, підтримуюче. Крім того, лікар здійснює і заходи соціально-трудового та правового змісту, сприяє відновленню соціального статусу пацієнта. Дільничний психіатр повинен також зосередити певну увагу на веденні патронажної справи, як однієї з форм реабілітації та утримання хворого в домашніх умовах (колективний патронаж). Під патронажем розуміють угоду на певний строк, оформлену між психіатричною установою з одного боку, та фізичною чи юридичною особою (родичами, підприємством, колективним господарством) – з іншого. В цій угоді обов'язково повинні бути вказані обов'язки, які покладають на себе обидві сторони щодо забезпечення догляду і лікування хворого, а також матеріального забезпечення лікувального процесу.

Структура психіатричної лікарні.

Кожна психіатрична лікарня закріплена за окремою територією, має відповідний радіус обслуговування і розрахована на певну кількість хворих. Оптимальним для сучасної лікарні визнано розмір 800 ± 300 ліжок. Як і в лікарнях загального профілю, до структури психіатричної клініки входять приймальне та різноманітні лікувально-діагностичні відділення, а також допоміжні підрозділи.

Залежно від віку і статі хворих, перебігу та стадійності, нозологічної специфічності психічних захворювань, лікувальні відділення розподіляють на загальнопсихіатричні та спеціалізовані. У загальнопсихіатричних відділеннях зазвичай перебувають хворі однієї статі (поділ на чоловічі та жіночі). Широко застосовується наступна спеціалізація відділень:

- лікувально-діагностичні відділення (для первинних хворих);
- відділення активної терапії (для повторних хворих із загостреннями);

- відділення соціальної терапії (для хворих з хронічними рецидивуючими психозами, які потребують соціально-психологічної реабілітації).

До складу вузькоспеціалізованих відносять наркологічне, психосоматичне, примусового лікування, судово-психіатричної експертизи, геронтологічне, епілептологічне, інфекційне (або ізолятор), туберкульозне, відділення неврозів та відділення для інвалідів ВВВ.

Допоміжні служби складаються з лікувально-трудогих майстерень, рентгенівського кабінету, аптеки, фізіотерапевтичного відділення, кабінетів лікарів (хірурга, офтальмолога, оторінолярінголога, терапевта, стоматолога, психотерапевта та ін.).

Адміністративно-господарча служба: головний лікар та його замісники, медична частина, архів, господарча частина, бухгалтерія, харчоблок.

Сучасна психіатрична лікарня повинна мати не лише ефективну лікувально-діагностичну базу, а й належні побутові умови, аби хворі почувались комфортно. Традиційних донедавна психіатричних атрибутів у вигляді спеціальних пристроїв, ґрат, замків тощо слід уникати. Інтер'єр приміщень, у тому числі й палат, не повинен суттєво відрізнятися від оснащення звичайних лікарень. Правила внутрішнього розпорядку для хворих і відвідувачів мають базуватись на принципах партнерства, взаємодопомоги, дотримання прав і свобод людини.

Останнім часом спостерігається тенденція до деінституалізації лікарень (максимального виведення пацієнтів за їх межі). Розміри психіатричних лікарень прагнуть довести до 300-500 ліжок, при цьому ліквідувавши засоби штучного обмеження свободи пацієнтів. У сучасному розумінні клініки розглядають як місце не ізоляції хворих, а тимчасового перебування на період терапевтичного процесу. Палати плануються із розрахунку не більш як на 1-3 особи, з максимальним забезпеченням комунальними зручностями, а в стаціонарах передбачено не більше як 20-30 ліжок, з денними

стаціонарами, кімнатами відпочинку, спеціальними приміщеннями для розваг і дозвілля.

Завдання психіатричної лікарні.

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

Неодмінною складовою лікувального процесу у психіатричній лікарні повинен бути психотерапевтичний вплив і юридична допомога спрямована на відновлення соціального статусу пацієнтів після одужання.

Лікувальний режим і медична документація психіатричного стаціонару.

Режим хворому призначає лікар-психіатр ще у приймальному відділенні і його розпорядження обов'язково фіксуються у відповідній медичній документації.

У подальшому ці розпорядження періодично переглядають з урахуванням стану хворого узгоджуючи з подальшими лікарськими призначеннями. Розташування хворих по палатах у межах відділення відбувається диференційовано з метою профілактики можливих ексцесів у разі психомоторного збудження пацієнтів або спроб їх заподіяти собі чи іншим певну шкоду (суїцид, агресія та ін.). Лише деякі хворі, переважно з гострою психотичною симптоматикою, потребують особливої уваги та спостереження за їхньою поведінкою, аби своєчасно тамувати загострення недуги. Їм призначають обмежувальний режим з перебуванням у

спостережних палатах під наглядом медичного персоналу і інтенсивне медикаментозне лікування.

Документація стаціонару:

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

Основні 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.).

Швидка і невідкладна психіатрична допомога.

Вищезазначені поняття є переважно суто теоретичними і на практиці часто взаємоперекривають одне одного. Важко наперед визначити послідовність дій бригади "Швидкої психіатричної допомоги", яка прибула

на виклик, адже тактика психіатра на місці залежить передовсім від ситуації, поведінки пацієнта та його психосоматичного стану. Показанням до надання негайної психіатричної допомоги є:

1. Стан психомоторного збудження різної етіології з імпульсивними та агресивними діями;
2. Затьмарення свідомості;
3. Гострі галюцинації та маячення;
4. Депресія, що супроводжується страхом і суїцидальними тенденціями;
5. Стан вираженої дисфорії.

Таким хворим надають першу невідкладну допомогу шляхом введення психофармакологічних препаратів, які тамують напад. Спочатку завжди потрібно запропонувати пацієнту добровільно прийняти ліки і дати відвезти себе до лікарні. У випадку відмови, слід, утримуючи хворого за плечі та лікті, покласти на ліжко і внутрішньом'язово зробити необхідні ін'єкції. Під час супроводу до автомашини його тримають з обох боків за плечі та руки, продовжуючи тримати, кладуть на носилки і транспортують до приймального відділення психіатричного закладу. В особливо небезпечних випадках госпіталізацією займається бригада „Швидкої допомоги” спільно з працівниками міліції.

Питання про госпіталізацію до психіатричного стаціонару вирішує лише лікар-психіатр після особистого огляду хворого. Направлення до лікарні проводиться за абсолютними та відносними показаннями.

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

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

У великих містах госпіталізацію забезпечують бригади швидкої медичної допомоги, яка складається з лікаря-психіатра, фельдшера, санітара (молодшої медичної сестри) та водія. У районних центрах її проводять

загальні бригади "Швидкої медичної допомоги", які діють за направленнями лікарів-психіатрів чи невропатологів (у разі їх відсутності). У сільській місцевості ця функція покладена на дільничних терапевтів, фельдшерів або медичних сестер фельдшерсько-акушерських пунктів.

Примусову госпіталізацію здійснюють як невідкладну, без згоди пацієнта чи його законних представників силами медичного персоналу, а за потреби - з допомогою працівників міліції. Для цього необхідне узгодження юридичного і власне медичного критерію примусової госпіталізації. Тобто, даний механізм застосовується тоді, коли є незаперечні ознаки розладу психіки (медичний критерій), через що хворий вдається до антисоціальних дій, стає небезпечним для себе і оточуючих (юридичний критерій).

Підставою для примусової госпіталізації можуть бути лише безсумнівні порушення психіки, що підтверджуються конкретними фактами, тобто словами та діями пацієнта. Лише реальна ситуація, об'єктивно підтвержені факти можуть бути підставою для конкретних дій медичного персоналу. Нехтування цими правилами може призвести до порушення прав і свобод громадян з усіма можливими трагічними наслідками як для хворого, так і для тих, хто мимовільно переступив межі закону.

Госпіталізована примусово особа, згідно чинного законодавства, протягом доби повинна бути оглянута комісією з трьох лікарів-психіатрів (головний лікар, завідувач відділення, лікуючий лікар-ординатор). Колегіально вони вирішують питання щодо доцільності подальшого перебування пацієнта у психіатричному стаціонарі. У випадку необхідності приймається рішення про подовження лікування до поліпшення психічного стану, про що головний лікар (завідувач відділення) повідомляє пацієнта та його родичів. Якщо у хворого виявляються незначні розлади психіки, він не визнається небезпечним і категорично відмовляється від лікування, його треба виписати під патронаж дільничного лікаря-психіатра чи інших медпрацівників за місцем проживання.

На примусове лікування за рішенням суду направляються також психічно хворі, що скоїли правопорушення та були визнані судом неосудними.

Особи у стані простого сп'яніння чи інтоксикації наркотичними препаратами (без психотичних проявів) невідкладній госпіталізації до психіатричної лікарні не підлягають.

Реабілітація психічно хворих.

Згідно сучасних тенденцій розвитку психіатричної допомоги лікування психічно хворих орієнтоване на якомога повніше відновлення їхнього індивідуального та соціального статусу за допомогою реабілітаційних міроприємств. Вони спрямовуються на раннє та ефективне лікування хворих, профілактику інвалідизації і своєчасне та повноцінне їх повернення до суспільної діяльності. Важливу роль для виконання цих завдань відіграє відновлення соціальних зв'язків втрачених під час хвороби.

У міжнародній практиці виділяють три основні етапи реабілітації:

1. *Медичний* – основні зусилля спрямовуються на ліквідацію продуктивної психопатологічної симптоматики, запобігання розвитку госпіталізму (так званого лікарняного недоумства), інвалідизації та соціальної неповноцінності.

2. *Професійний* – передбачає закріплення досягнутого терапевтичного ефекту і відновлення працездатності та соціальних зв'язків.

3. *Соціальний* – спрямований на максимальне відновлення суспільного становища хворого і забезпечення соціальної адаптації та працевлаштування.

Чіткої межі між цими етапами немає, але на кожному з них повинні вирішуватись конкретні задачі задля єдиної кінцевої мети – відновлення гармонії особистості та усунення соціальної дезадаптації.

З метою реабілітації психічно хворих застосовують диференційовані лікувальні режими, праце- та психотерапію, лікувальну фізкультуру, арттерапію, спеціальні методи соціальної активізації хворих

(самоорганізацію, самообслуговування), індивідуальні та колективні форми патронажу та ін.

Вирішення завдань реабілітації неможливе без вироблення чіткої комплексної програми дій, прийнятої для психіатричного закладу чи відповідної територіальної одиниці. Для виконання таких програм при психіатричних закладах створюють спеціальні підрозділи, які здійснюють контроль за її реалізацією.

Ефективність реабілітації оцінюють за клініко-психологічними, соціально-трудовими та соціально-економічними критеріями.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ.

1. Основні принципи організації психіатричної допомоги в Україні.
2. Структура психіатричної допомоги в Україні.
3. Структура психоневрологічного диспансеру.
4. Завдання психоневрологічного диспансеру.
5. Внутрішня структура психіатричної лікарні.
6. Завдання психіатричних стаціонарів.
7. Основні правила роботи медичних працівників у психіатричних закладах.
8. Режим роботи і основна документація психіатричного стаціонару.
9. Показання щодо невідкладної госпіталізації до психіатричного стаціонару.
10. Порядок проведення невідкладної госпіталізації.
11. Юридичні аспекти психіатричної допомоги в Україні.
12. Реабілітація психічно хворих.

ТЛУМАЧНИЙ СЛОВНИК ПСИХІАТРИЧНИХ ТЕРМІНІВ

АБСАНС (абсанс) — absentia — миттєве глибоке потьмарення свідомості, під час якого хворий ніби виключається з реальної дійсності; супроводжується втратою думки, припиненням дії. Короткочасність такого стану не завжди помітна для оточуючих: до свідомості хворий приходить майже одразу, впасти не встигає.

АБСТИНЕНЦІЯ (абстиненция) — abstinencia — особливий психічний і соматичний стан, що виникає внаслідок припинення вживання алкоголю або наркотиків, супроводжується психічним та соматичним дискомфортом. Спостерігається при хронічному алкоголізмі та наркоманіях. *Див. Синдром абстинентний.*

АБУЛІЯ (абулия) — abulia — повна втрата діяльності, безвілля. Відсутність відповідного імпульсу до дії. У хворого спостерігається обмеженість мимічних і пантомимічних рухів, рухова і мовна загальмованість при відсутності органічних порушень з боку центрального та периферичного апарату нервової системи.

АВТОМАТИЧНА СЛУХНЯНІСТЬ (автоматическая послушность) — стан, при якому хворий автоматично за наказом виконує будь-яку дію, хоча вона йому неприємна.

АГНОЗІЯ (агнозия) — agnosia — розлад процесів впізнавання подразників зовнішнього середовища (оптичних, акустичних, тактильних, нюхових, смакових) або частин власного тіла при збереженні цілісності органів відчуття (око, вухо, ніс тощо). Наприклад, телефон — за дзвінком, годинник — за цоканням, собаку — за гавканням.

АГОРАФОБІЯ (агорафобия) — agoraphobia — нав'язлива боязкість простору, відкритих площ, широких вулиць.

АГРАМАТИЗМ (аграмматизм) — agrammatismus — неправильна граматична побудова речень, неправильне використання граматичних елементів і форм у зв'язку з ушкодженням мовних зон кори головного мозку.

АГРАФІЯ (аграфія) — agraphia — розлад писемної форми мови, що виявляється у повній втраті здатності писати або значних дефектах при письмі (грубих перекрученнях слів, пропусках складів і літер, у нездатності сполучати літери та склади у слова тощо).

АКАЛЬКУЛІЯ (акалькулія) — acalculia — порушення здатності рахувати.

АКАТИЗІЯ (акатизія) — akathisia — відчуття внутрішньої збудливості, що викликає постійну потребу змінювати положення при роботі, сидінні, лежанні. Акатизія спостерігається при лікуванні нейролептиками, особливо пролонгованої дії (модітен-депо та інші).

АКІНЕЗІЯ (акинезія) — akinesia — нездатність до довільних рухів.

АКТАГРАФІЯ (актаграфія) — actagraphia — неправильне розташування слів на письмі.

АКТАФАЗІЯ (актафазія) — actaphasia — неправильне розташування слів при мовленні.

АЛАЛІЯ (алалія) — alalia — відсутність або недорозвиненість звукової мови у дітей, які нормально чують і не мають первинних вад розумових здібностей.

АЛГОЛАГНІЯ (алголагнія) — algolagnia — група статевих збочень, коли статеве збудження і статеве насолода можливі лише у сполученні з болем, що завдає або відчуває партнер (садизм, мазохізм)

АЛЕКСІЯ (алексія) — alexia — нездатність оволодіти процесом читання.

АМБІВАЛЕНТНІСТЬ ПОЧУТТІВ (амбивалентність чувств) — ambivalentia — суперечливе, двоїсте емоційне переживання людини тієї самої події або об'єкта (наприклад, задоволення і незадоволення, симпатії і антипатії, любові і ненависті тощо), що пов'язане не з особливостями

подразника, а з патологічним станом психічної діяльності. Протилежні емоції співіснують, а не змінюють одна одну.

АМБИТЕНДЕНТНІСТЬ (амбитендентность) — ambitendentio — двоїстий характер дії як вияв боротьби двох протилежних тенденцій; розщеплення в діях, одночасне виникнення двох протилежних прагнень.

АМЕНЦІЯ (аменция) — amentia — різновид душевного розладу, потьмарення свідомості, що проявляється у втраті орієнтації, галюцинаціях, у розладах мислення, невпевненості тощо. *Див. Синдром аментивний.*

АМНЕЗІЯ (амнезия) — amnesia — прогалина у спогадах, випадіння з пам'яті подій певного відрізка часу. *Див. Синдром амнестичний.*

АМНЕЗІЯ АНТЕРОГРАДНА (амнезия антероградная) — amnesia anterograda — випадіння з пам'яті подій, які сталися після виникнення хвороби.

АМНЕЗІЯ АНТЕРОРЕТРОГРАДНА (амнезия антероретроградная) — amnesia anteroretrograda — амнезія, що поєднує антероградну і ретроградну, тобто випадіння з пам'яті подій, що передували захворюванню, а також тих, що мали місце після його початку.

АМНЕЗІЯ ПРОГРЕСУЮЧА (амнезия прогрессирующая) amnesia — progressive — зниження здатності до запам'ятовування, закономірно-послідовна втрата запасів пам'яті.

АМНЕЗІЯ РЕТАРДОВАНА (амнезия ретардированная) — amnesia retardata — запізніла амнезія, яка характеризується тим, що відразу після захворювання з порушенням свідомості хворий може розповісти про минулі переживання (галюцинації, страх тощо), але надалі їх забуває.

АМНЕЗІЯ РЕТРОГРАДНА (амнезия ретроградная) — amnesia retrograda — випадіння з пам'яті подій, що сталися до початку захворювання.

АМНЕЗІЯ СИСТЕМНА (амнезия системная) — amnesia systematica — втрата пам'яті, пов'язана з психічною травмою, не на певні відрізки часу, а на певний зміст деталей при збереженні в пам'яті загальної ситуації (витіснення за Жане).

АМНЕЗІЯ ФІКСАЦІЙНА (амнезия фиксационная) — amnesia fixa — неможливість запам'ятовування, відсутність пам'яті на поточні події.

АМУЗІЯ (амузия) - amusia - втрата здатності впізнавати або відтворювати раніше відому мелодію.

АНЕКФОРІЯ (анекфория) - anesphoria - порушення пам'яті, головним чином відтворення, при якому окремі події, образи згадуються при спогаді про них інших людей.

АНЕСТЕЗІЯ ПСИХІКИ ХВОРОБЛИВА (болезненное психическое бесчувствие) — anaesthesia dolorosa psychica — різке зниження почуттів з усвідомленням і глибоким переживанням цього стану (на відміну від хворих з емоційною тупістю).

АНОЗОГНОЗІЯ (анозогнозия) — anosognosia — відсутність усвідомлення своєї хвороби при збереженні орієнтування в навколишньому і в своїй особистості.

АНОРЕКСІЯ (анорексия) — anorexia — зниження потягу до їжі, вперта відмова від неї внаслідок хвороби.

АПАТІЯ (апатия) — apathia — психічний стан людини, що характеризується зниженням емоцій, почуттів, індивідуальністю, байдужістю, відсутністю інтересу до навколишніх явищ і подій, а інколи навіть до самого себе: свого здоров'я, долі. *Див. Синдром апато-абулічний.*

АПРАКСІЯ (апраксия) — apraxia — хворобливе порушення здатності виконувати дії, зумовлене ураженням певних ділянок кори головного мозку.

АРИФМОМАШІЯ (арифмомания) — arithmomania — стан нав'язливості, що виявляється непереборним потягом рахувати предмети.

АСТАЗІЯ-АБАЗІЯ (астазия-абазия) — astasia-abasia — неспроможність стояти, ходити і навіть сидіти при повному збереженні рухів лежачи, хоча паралічі та розлади координації у хворого відсутні.

АСТЕНІЯ (астения) — asthenia — психічний стан, який характеризується підвищеною чутливістю, збудливістю, подразливою слабкістю, швидким виснаженням, втомою тощо. При астенії знижується

апетит, потенція, порушується сон, виникає головний біль. **Див.** *Синдром астеничний.*

АСТРОФОБИЯ (астрофобия) — astrophobia — патологічна боязкість блискавки, грому.

АТАКТИЧНА МОВНА БЕЗЛАДНІСТЬ (атактическая речевая спутанность) — incoherencia ataxica — порушення мовної продукції, що виявляється у розладі смислових зв'язків між поняттями і судженнями внаслідок розриву асоціацій між ними. У мові хворого відсутня логіка, часто — об'єкт думки. При правильній граматичній побудові речень мова хворого перестає виконувати функції спілкування. **Див.** *Мислення розірваність, мислення атактичне.*

АУРА (аура) — aura — раптові короткочасні (кілька секунд) різноманітні нервово-психічні, соматичні (або їх комбінація) порушення. При аурі глибокого потьмарення свідомості, агенції не спостерігається. Аура є початком епілептичного (епілептиформного) припадку. Вона може бути вісцеральною, вегетативною, зоровою, слуховою, нюховою, моторною, психічною тощо.

АУТИЗМ (аутизм) — autismus — хворобливий стан психіки людини, що виявляється у послабленні зв'язків з реальністю, у зосередженні уваги на власних переживаннях, в обмеженні спілкування з іншими людьми. **Див.** *Мислення аутистичне.*

АФАЗІЯ (афазия) — aphasia — повна або часткова втрата здатності говорити чи розуміти мову інших внаслідок ураження мовних центрів головного мозку.

АФОНІЯ (афония) — aphonia — хворобливий розлад мовлення, що виявляється у нездатності голосно говорити.

АФЕКТ ПАТОЛОГІЧНИЙ (аффект патологический) — affectus pathologicus — сильна короткочасна реакція, яка супроводжується гнівом, обуренням і люттю, що виникає внаслідок несподіваних незначних психотравмуючих переживань. Патологічний афект характеризується

розладом свідомості, різкою зміною вегетативних функцій, руховим збудженням з руйнівними діями (жорстоке насильство, нанесення тяжких пошкоджень, вбивство), різким виснаженням, що закінчується сном і амнезією. Хворий не усвідомлює своїх дій і не може ними керувати.

АФЕКТ ФІЗІОЛОГІЧНИЙ (аффект физиологический) - affectus physiologicus — посилена короткочасна емоційна реакція у відповідь на емоційне подразнення (гнів, лють), при якій людина, хоча і виявляє не властиві їй форми поведінки, проте може усвідомлювати свої вчинки і в певній мірі керувати ними.

БАТОФОБИЯ (батофобия) — bathophobia — хвороблива нав'язлива боязкість глибини.

БІСЕКСУАЛЬНІСТЬ (бисексуальность) — bisexualitas — наявність в індивіда статевих залоз або ознак іншої статі: двостатевість, гермафродитизм.

БРАДИФРЕНІЯ (брадифрения) — bradyphrenia — сповільнення всіх психічних процесів.

БУЛІМІЯ (булимия) — bulimia — патологічно підвищений потяг до їжі, відсутність почуття ситності.

ВЕРБІГЕРАЦІЯ (вербигерация) — verbigeratio — беззмістовне нанизування чи повторення одних і тих же слів, словосполучень.

ВЕРБОМАНІЯ (вербомания) — verbomania — хвороблива захопленість розмовами, пристрасть до балаканини.

ВОСКОВА ГНУЧКІСТЬ (восковая гибкость) — flexibilitas cerea — збереження хворим будь-якої пасивно наданої йому пози в сидячому і

ВУАЙЄРИЗМ (вуайеризм) — voyeurismus — непереборний потяг підглядати статевий акт, сексуальні дії, голих людей, їх статеві органи з метою статевого задоволення, статевої насолоди. Спостерігається у осіб чоловічої статі.

ГАЛЮЦИНАЦІЯ (галлюцинация) — hallucinatio — істотна ознака психічного захворювання, що полягає у 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.

ГАЛЮЦИНАЦІЯ ГІПНАГОГІЧНА (галлюцинация гипнагогическая) — *hallucinatio hypnagogica* — галюцинація, що виникає при засипанні.

ГАЛЮЦИНАЦІЯ ГІПНОПОМПІЧНА (галлюцинация гипнопомпическая) — *hallucinatio hypnopompica* — галюцинація, яка спостерігається при пробудженні.

ГАЛЮЦИНАЦІЯ ЕКСТРАКАМПІННА (галлюцинация экстракампинная) — *hallucinatio extracampica* — галюцинація, при якій галюцинаторний образ виникає за межами поля зору. Наприклад, бачення духа за спиною, який переміщувався, коли хворий повертався.

ГАЛЮЦИНАЦІЯ ЕЛЕМЕНТАРНА (галлюцинация элементарная) — *hallucinatio elementaria* — фотопсії, коли бачать світлові плями, смуги, крапки і акоазми, коли чують шум, стукіт, гуркіт тощо.

ГАЛЮЦИНАЦІЯ ПРОСТА (галлюцинация простая) — *hallucinatio simplex* — галюцинація, при якій уявний образ «сприймається» одним аналізатором. Хворий чує розмову («голоси»), але не бачить того, хто розмовляє, або бачить людину, що не розмовляє.

ГАЛЮЦИНАЦІЯ СКЛАДНА (галлюцинация сложная) — *hallucinatio complexa*—галюцинація, що охоплює декілька аналізаторів. Наприклад, хворий бачить людей, які розмовляють, змію, чує її шипіння, відчуває, як вона повзає по його тілу.

ГАЛЮЦИНАЦІЯ СПРАВЖНЯ (галлюцинация истинная)— *hallucinatio vera* — галюцинація, при якій образи сприймаються як реальні, які знаходяться в навколишньому середовищі. Вони виразні та конкретні і справляють на хворих враження реальної дійсності.

ГАЛЮЦИНАЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНА (галлюцинация функциональная) — *hallucinatio functionalis* — галюцинація, що утворюється при дії реального подразника на той аналізатор, з яким зв'язана галюцинація,

причому реальний подразник сприймається поряд з уявним. Наприклад, хворий чує голоси в шумі мотора; коли шум припиняється, голоси зникають.

ГАЛЮЦИНОЗ (галлюциноз) — hallucinosis — психопатологічний стан, що характеризується постійною наявністю тих чи інших галюцинацій, частіше — слухових, при збереженні критичного ставлення до них.

ГЕРОНТОФІЛІЯ (геронтофилия) — gerontophilia — статевий потяг і задоволення його з чоловіками і жінками старечого віку.

ГІДРОФОБІЯ (гидрофобия) — hydrophobia — водобоязкість.

ГІНЕКОФОБІЯ (гинекофобия) — gynaecophobia — хвороблива боязкість жінок.

ГІПЕРБУЛІЯ (гипербулия) — hyperbulia — стан патологічного посилення вольової активності. У хворого спостерігається підвищене прагнення до діяльності, до рухового неспокою і мовної продукції. При загальному зниженні волі у нього виникає нескінченна кількість різноманітних бажань і безцільних дій (метушиться, кричить, бігає, співає тощо).

ГІПЕРЕСТЕЗІЯ (гиперестезия) — hyperaesthesia — підвищення інтенсивності відчуттів.

ГІПЕРМНЕЗІЯ (гипермнезия) — hypermnesia — короткочасне посилення, загострення пам'яті на тілі хворобливих станів, яке проявляється в легкості відтворення минулих вражень. З посиленням наочно-образної (механічної) пам'яті, логічно-сміслової може навіть слабшати.

ГІПЕСТЕЗІЯ (гипестезия) — hypaesthesia — зниження сприйнятливості зовнішніх подразників, сили відчуттів.

ГІПОБУЛІЯ (гипобулия) — hypobulia — ослаблення або зниження цілеспрямованої діяльності; виявляється у зниженні або цілковитій відсутності спонукань, у руховій і мовній загальмованості, обмеженості мимічних рухів при повній анатомічній цілості рухового центрального і периферичного апарату.

ГІПОМНЕЗІЯ (гипомнезия) — hypomnesia — ослаблення пам'яті, що виявляється насамперед у погіршенні вибіркової репродукції, утрудненому відтворенні того, що потрібне в даний момент, у зниженні здатності відтворення окремих подій, деталей минулого (дати, цифри, імена).

ГІПСОФОБИЯ (гипсофобия) — hypsophobia — нав'язлива боязкість висоти.

ГОМОСЕКСУАЛІЗМ (гомосексуализм) — homosexualismus — ненормальність статевого інстинкту, яка полягає в сексуальному потязі до осіб однойменної статі. *Педерастія* — прояв гомосексуалізму, що виявляється у статевому збоченні між чоловіками. *Лесбійська любов* — потяг до задоволення статевих потреб жінок з жінками.

ДЕБІЛЬНІСТЬ (дебильность) — debilitas — легкий ступінь розумового недорозвинення, природжене або набуте в ранньому дитинстві (до 3-х років) недоумство, що характеризується зниженим розвитком інтелекту, нездатністю до абстрагування і оперування поняттями.

ДЕМЕНЦІЯ (деменция) — dementia — набуте недоумство (після захворювань мозку або психічних хвороб), яке виявляється у стійкому зниженні пізнавальної діяльності. Деменція буває тотальною (дифузною, глобарною), лакунарною, концентричною, транзиторною.

ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ (деперсонализация) — depersonalisatio — стан свідомості, при якому порушується самосвідомість, змінюється сприйняття власної особистості, свого «Я», втрачається єдність особи. Власні думки і дії сприймаються відчуженими від особистості.

ДЕПРЕСІЯ (депрессия) — depressio — пригнічення настрою, що характеризується нудьгою, інтелектуальним і руховим загальмуванням, фізично важкими відчуттями, зниженням потягів, важким суб'єктивним почуттям, що призводить до надто негативної оцінки дійсності. Все навколишнє хворий бачить у різко негативних тонах.

ДЕРЕАЛІЗАЦІЯ (дереализация) — *derealisatio* — порушення сприйняття, коли все навколишнє сприймається Зміненим, чужим, мертвим, тьмяним, застиглим, таким, що втратило реальність.

ДЕТАЛІЗАЦІЯ (детализация) — *detalisatio* — порушення мислення, яке полягає у патологічній ґрунтовності, коли хворий не може виділити головне, істотне, наводить дуже багато другорядних деталей, подробиць, які заступають основне, хоча воно й не випускається з уваги. Спостерігається при епілепсії.

ДІПСОМАНІЯ (дипсомания) — *dipsomania* — приступ запою, який проявляється у раптовому непереборному потягу до алкогольних напоїв і триває кілька днів, рідше — тижнів.

ДРОМОМАНІЯ (дромомания) — *dromomania* — нестримний потяг до бродяжництва, який позбавлений будь-якої мотивації.

ЕЙФОРІЯ (эйфория) — *euphoria* — психічний стан піднесеного настрою, що не виправданий реальністю, об'єктивними причинами (безпричинна радість, безтурботність, надмірна веселість).

ЕКМНЕЗІЯ (экмнезия) — *estnesia* — порушення пам'яті, при якому стирається межа між минулим і теперішнім (події минулого життя переносяться в сучасне).

ЕКСГІБІЦІОНІЗМ (эксгибиционизм) — *exhibitionismus* — одержання статевого збудження і задоволення шляхом оголювання і виставлення своїх статевих органів перед особами протилежної статі.

ЕМБРІОНАЛЬНА ПОЗА (эмбриональная поза) — *position embryonalis* — симптом кататонічного ступору. Тулуб напівзігнутий, ноги зігнуті в колінах і підібрані до живота, руки зігнуті в ліктях і приведені до тулуба, голова—до грудей,

ЕМОЦІЙНА ІНЕРТНІСТЬ (эмоциональная инертность) — *inertia emotionalis* — надмірна стійкість емоцій, які немовби застряють у свідомості людини й існують незалежно від зміни зовнішніх подразників і ситуацій.

ЕМОЦІЙНА ЛАБІЛЬНІСТЬ (эмоциональная лабильность) — *labilitas emotionalis*—швидка зміна емоцій (іноді протилежного характеру) навіть без зміни діючого подразника.

ЕМОЦІЙНА СЛАБКІСТЬ (эмоциональная слабость) — *asthenia emotionalis* — різка, безпідставна зміна емоцій (від підвищеного настрою, що супроводжується сентиментальністю, до зниження його зі слізливістю).

«ЕМОЦІЙНА ТУПІСТЬ» («эмоциональная тупость») — *obtusio emotionalis* — обідніння почуттів, що проявляється у повній байдужості хворих до себе, стану свого здоров'я, долі рідних та близьких. Емоційне спустошення призводить до бездіяльності, втрати ініціативи (абулія), втрати проявів почуттів на різноманітні подразники. Введення розгальмовуючих ліків може призвести до безглузлого хаотичного рухового збудження, що відрізняє емоційну тупість від апатії.

ЕПІЛЕПТИЧНЕ НЕДОУМСТВО (эпилептическое слабоумие) — *dementia epileptica* — *див. Недоумство концентричне.*

ЕПІЛЕПТИЧНИЙ «СТАТУС» (эпилептический «статус») — *status epilepticus* — часті епілептичні припадки, в інтервалах між якими хворий не приходить до свідомості, йому необхідна термінова медична допомога (боротьба з набряком головного мозку та судорогами).

ЕХОЛАЛІЯ (эхолалия) — *echolalia* — патологічне явище, що проявляється в автоматичному повторенні хворим слів, запитань співрозмовника. Наприклад, замість відповіді на запитання, він повторює його.

ЕХОПРАКСІЯ (эхопраксия) — *echopraxia* — хворобливий стан, при якому індивід бездумно повторює, копіює дії інших людей, що є простим відлунням баченого в рухах їх.

ЗАЦІПЕНІННЯ (оцепенение) — *stupor* — психічний стан людини, що характеризується притупленням інтелекту, відчуттів і дій індивіда. Заціпеніння може настати внаслідок сильних подразників: страху, болю, здивування, несподіванки, нервово-психічного захворювання.

ЗООФІЛІЯ, СОДОМІЯ (зоофилия, содомия) — zoophilia sodomia — сексуальний потяг до тварин, одержання задоволення у статевому акті з ними.

ЗООФОБІЯ (зоофобія) — zoophobia — симптом нав'язливості, патологічне надприродне почуття страху, який виникає при зустрічі з тваринами або навіть при згадці про них.

ІДІОТІЯ (идиотия) — idiotia — важкий, крайній ступінь природженого або набутого в дитинстві (до 3-х років) недоумства, при якому немає процесів мислення, обмежене сприйняття навколишнього світу, мовлення зведено до окремих звуків. Недоумкуваті особи не здатні до засвоєння життєвого досвіду.

ІЛЮЗІЯ (иллюзия) — illusio — хибне сприйняття об'єктивного світу, що виникає під впливом зовнішнього подразника або хворобливого стану. Ілюзії, на відміну від галюцинацій, виникають при наявності реальних подразнень.

ІЛЮЗІЯ АФЕКТИВНА (иллюзия аффективная) — illusio affectiva — ілюзія, яка виникає у стані напруженого чекання, страху, тривожно-пригніченого настрою.

ІЛЮЗІЯ ВЕРБАЛЬНА (иллюзия вербальная) — illusio verbalis — перекручене, хибне сприйняття змісту реальної розмови оточуючих.

ІЛЮЗІЯ ПАРЕЙДОЛІЧНА (иллюзия парейдолическая) — illusio pareidolica — спотворене сприйняття, при якому у сприйнятій об'єкт вносяться елементи фантазування: наприклад, шпалери, килими, ліплення на стелі, тріщини на стіні сприймаються як фантастичні пейзажі, чудовиська, казкові герої тощо.

ІМБЕЦИЛЬНІСТЬ (имбецильность) — imbecilities — затримка у психічному розвитку, середній ступінь природженого недоумства. Мова розвинута краще, ніж при ідіотії, хоча хворі починають говорити лише на 3—5 році життя, запас слів у них дуже бідний, рахують у межах 10—20, можуть засвоїти літери алфавіту, але не в змозі оволодіти читанням, письмом; чужу

мову, інколи міміку, жести розуміють в межах повсякденного життя; нову ситуацію не осмислюють і потребують допомоги; прості навички засвоюють, але виконують їх неохайно.

ІМПУЛЬСИВНА ДІЯ (импульсивное действие) — *actus impulsivus* — несвідома, проста, поодинокка, не зв'язана із ситуацією дія, часто руйнівного характеру, р основі механізму виникнення якої лежить слабкість кіркової діяльності, недостатність активного гальмування, яка здійснюється без певного вольового рішення.

ІНТЕЛЕКТ (интеллект) — *intellectus* — сукупність і цілісність пізнавальних функцій, рівень здатності користуватись операціями мислення. Інтелект — це розум, здібність, мисленнялюдини, здатність її до ефективної переробки інформації, до виконання різноманітних операцій логічного мислення.

ІНТЕЛЕКТУАЛЬНІ ЕМОЦІЇ (ПОЧУТТЯ) (интеллектуальные эмоции, чувства) — *emotiones intellectuales* — вищі почуття, які пов'язані з діяльністю мислення: знаттєлюбність, зацікавленість, здивування, інтерес.

ІНТРАВЕРСІЯ (интраверсия) — *introversio* — спрямованість психічних процесів людини (уваги, сприйняття, мислення тощо) переважно на власний внутрішній світ, на відміну від екстраверсії, при якій психічні процеси особистості направлені на зовнішній світ.

ІНФАНТИЛІЗМ ОСОБИСТОСТІ - (инфантилизм личностный) — *infantilismus personalitatis* — збереження у психіці та поведінці дорослого особливостей, притаманних дитячому віку. При нормальному або навіть прискореному фізичному і розумовому розвитку індивід відрізняється незрілістю емоціонально-вольової сфери, що проявляється у несаможітності рішень і дій, почутті незахищеності, у зниженні критичності до себе, у підвищених вимогах до інших про піклування за себе.

ШОХОНДРІЯ (ипохондрия) — *hypochondria* — хворобливий стан людини, що характеризується занепокоєнням, надмірним страхом про своє здоров'я; нерідко супроводжується маячними ідеями.

ІСТЕРІЯ (истерия) — hysteria - нервово-психічне захворювання (невроз), що характеризується підвищеною збудливістю і емоційністю, афективними станами, самонавіюванням тощо.

КЕЙФ (КАЙФ) (кейф (кайф)) — keif - відчуття блаженства, що супроводжується ілюзіями приємного змісту та фантазіями, які виникають на початку наркотичного сп'яніння.

КАТАМНЕЗ (катамнез) — catamnesis — сукупність відомостей, зведення всієї інформації про хворого.

КАТАТОНІЧНЕ ЗБУДЖЕННЯ (кататоническое возбуждение) — excitatio catatonica — стан, що характеризується відсутністю цілеспрямованості рухів, їх некоординованістю і дисгармонійністю: вони химерні й немовби умисні, позбавлені сенсу і не відповідають ні характерові подразнень, ні загальній ситуації.

КАТАТОНІЧНИЙ СТУПОР (кататонический ступор) — stupor catatonicus — стан, який виявляється у скутості рухів, руховому заціпенінні. Хворий знаходиться в одній позі протягом багатьох годин, днів, місяців.

КЛАУСТРОФОБІЯ (клаустрофобия) — claustrophobia — нав'язлива боязкість перебування у тісному, закритому приміщенні (у кімнаті з закритими дверима, вікнами), на території, обмеженій стінами, огорожею і т. п.

КЛЕПТОМАНІЯ (клептомания) — kleptomania — прагнення красти без будь-яких стимулів і зацікавленості.

КОМА (кома) — coma — повна втрата свідомості, відсутність реакцій на зовнішні та внутрішні подразники, зникнення рефлексів. При комі порушується дихання, серцево-судинна діяльність, функція вегетативної нервової системи. Після коми залишається повна амнезія на період втрати свідомості.

КОНФАБУЛЯЦІЯ (конфабуляция) — confabulatio — порушення пам'яті, що характеризується заповненням прогалин пам'яті вигаданими спогадами та переживаннями фантастичного змісту.

КРИПТОМНЕЗІЯ (криптомнезия) — cryptomnesia — порушення пам'яті, при якому прочитане, почуте, побачене уві сні здається пережитим насправді, а факти, думки, запозичені в інших або вчитані з книжки, вважаються власними. Криптомнезія зумовлена помилками пам'яті, її не слід ототожнювати з навмисним вигадуванням, свідомим плагіатом.

ЛАБІЛЬНІСТЬ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ (лабильность психических состояний) — labilitas statuum psychicorum — здатність до швидких змін психічних станів, що дає можливість, з одного боку, швидко і порівняно легко переключати психічні функції людини з одного об'єкта на інший, а з другого, — ускладнює вивчення психічного життя саме завдяки його багатоякісності.

ЛЕГКОВАЖНІСТЬ (легкомыслие) — levitas — психологічна риса людини, яка виявляється у полегшеному, спрощеному її ставленні до своїх висловлювань, дій, поведінки.

ЛЕГКОДУХІСТЬ (малодушне) — психологічна риса особистості, яка виявляється у боязкості труднощів, зниженні здатності до опору негативним життєвим обставинам. Легкодуха людина відступає перед життєвими труднощами.

ЛЕСБІЙСЬКА ЛЮБОВ, САФІЗМ (лесбийская любовь, сафизм) — lesbiamsmus, sapphismus — *див. Гомосексуалізм.*

ЛЕТАРГІЯ (летаргия) — lethargia — тривала втрата притомності, хворобливий стан людини, схожий на сон.

ЛУНАТИЗМ (лунатизм) — lunatismus — різновидність сомнамбулізму, пов'язана нібито з впливом місячного світла на людину.

МАЗОХІЗМ (мазохизм) — masochismus — одна із форм ненормальності у статевих стосунках, при якій статеве збудження виникає при відчутті болю, завданого сексуальним партнером.

МАНІРНІСТЬ (манерность) — стан, коли прості дії викривляються, стають химерними.

МАНТИЗМ, МЕНТИЗМ (мантизм, менти́зм) -- mantismus, mentismus — мимовільний, безперервно виникаючий і некерований потік думок, спогадів, «вихор ідей», в якому хворий неспроможний розібратися. Мантизм іноді спостерігається при шизофренії.

МАРАЗМ (маразм) — marasmus — ослаблення фізичних та психічних функцій організму людини, зумовлене атрофічними змінами кори головного мозку.

МАЯЧЕННЯ (МАЧНЯ, МАЯЧНІ ІДЕЇ) (бред, бредовые идеи) - delirium - симптом порушення мислення, при якому помилкове, неправильне судження, що спотворено відображає дійсність, повністю оволодіває свідомістю і не піддається корекції. З точки зору хворого, маячна ідея суб'єктивно сприймається як щось достовірне, в чому він не сумнівається і через що є недоступним виправленню ні за допомогою переконування, ні за допомогою наочних доведень.

МАЯЧЕННЯ ВЕЛИЧІ (бред величия) — delirium grandiosum — порушення мислення, коли хворий переконаний у своїх особливих якостях, здібностях, можливостях, багатстві, суспільному становищі. Маячні ідеї виникають на тлі піднесеного настрою.

МАЯЧЕННЯ ВИНАХОДУ І ВІДКРИТТЯ (бред изобретательства и открытия) — paranoia inventoria — порушення мислення, коли особа, яка не має спеціальної освіти і досвіду, «винаходить» апарати, двигуни, ліки, «відкриває» закони руху Всесвіту, застосування яких, на його погляд, сприятиме прогресу і ошчасливить людство.

МАЯЧЕННЯ ВИСОКОГО ПОХОДЖЕННЯ (бред високого происхождения) — delirium nobilitatis — твердження хворого, що він за походженням із знатного роду, має родинні зв'язки з відомими всьому світу людьми, які займають провідне місце у політиці, мистецтві, науці.

МАЯЧЕННЯ ВПЛИВУ (бред воздействия) — твердження хворого, що причина змін в його організмі залежить від сторонньої навмисної дії. Він

вважає, що на нього впливають за допомогою гіпнозу, електричного струму, на відстані навіюють йому думки тощо.

МАЯЧЕННЯ ВТРАТИ, ШКОДИ, (бред ущерб) — *delirium phae* — переконання хворого в тому, що невідомі злочинці хочуть обікрасти або обкрадають його, розорюють, позбавляють квартири, заробітку, завдають шкоди його майну.

МАЯЧЕННЯ ЕРОТИЧНЕ (бред эротический, любовный) - *delirium eroticum* — різновид маячення стосунку, впливу, яке іноді поєднується з маячними ідеями переслідування: певна особа протилежної статі кохає хвору (хворого), почуває сильну-пристрась до неї (нього) і тому різними методами старається привабити до *себе*, привернути їх симпатію. |

МАЯЧЕННЯ ІНДУКОВАНЕ (бред индуцированный) - *delirium inductum* — маячні ідеї, що розвиваються у людей, які неспроможні критично поставитися до маячних висловлювань психічно хворого і вважають їх за істину. Виникає у осіб із слабким інтелектом або високою навіюваністю.

МАЯЧЕННЯ ШОХОНДРИЧНЕ (бред ипохондрический) - *delirium hypochondricum* — стійка впевненість хворого, що в нього важка невиліковна хвороба і він має скоро померти. Для доведення цього він наводить ряд аргументів, що ґрунтуються на його відчуттях, поглядах навколишніх, клінічних аналізах, хоча останні без відхилень. Особам, що намагаються його переконати, у тому числі лікарям, хворий не вірить.

МАЯЧЕННЯ КВЕРУЛЯНТСЬКЕ, СУТЯЖНИЦТВО (бред кверулянтский, сутяжничество) — *delirium querulans* — непереборна схильність відстоювати обмежені, на думку хворого, інтереси, права шляхом багаточисленних скарг, позовів, заяв до суду, в прокуратуру, місцеві та центральні органи влади. Кверулянтські тенденції більше всього виявляються у психопатичних особистостей, які мають схильність до утворення над цінних ідей.

МАЯЧЕННЯ МЕГАЛОМАНІЧНЕ (бред мегаломанический) — *megalomania* — химерні, безглузді маячні ідеї грандіозного характеру, що

спостерігаються при прогресивному паралічі. Наприклад, хворий заявляє, що у нього є 40 бочок рентгену, 250 вантажних автомобілів, 400 телевізорів, що він головнокомандуючий всіма арміями світу тощо.

МАЯЧЕННЯ МЕТАМОРФОЗИ (бред метаморфозы) — *delirium transformationis* — маячення перетворюються на яку-небудь тварину, птаху, міфічну істоту або неживий предмет. На відміну від маячних ідей одержимості, при маяченні метаморфози втрачається почуття власного «Я».

МАЯЧЕННЯ НЕСИСТЕМАТИЗОВАНЕ (бред несистематизированный) — *delirium asystematicum* — маячні ідеї, що характеризуються відсутністю послідовної системи доказів. Вони уривчасті, не пов'язані між собою, фрагментовані, незв'язні, безглузді і швидко змінюються. Несистематизоване маячення зв'язане з порушенням сприйняття (галюцинаціями). Несистематизованим є параноїдне маячення.

МАЯЧЕННЯ НИГІЛІСТИЧНЕ (бред нигилистический) — *delirium negatorium* — твердження хворого про те, що внутрішні органи атрофовані, не функціонують, перебувають у стані гниття, що серце зупинилось, кров застигла і людина чекає раптової смерті. Іноді хворі вважають себе живим трупом, що розкладається, що всі органи загинули і, нарешті, немає і його самого (маячні ідеї Котара).

МАЯЧЕННЯ ОБРАЗНО-ПОЧУТТЄВЕ (бред образно-чувственный) — *delirium sensorium* — маячні ідеї, що супроводжуються підвищеною афективністю та загальною розгубленістю поряд з порушенням абстрагування, і характеризуються виявленням розладом чуттєвого пізнання. Воно не зберігає певної єдності світогляду і спирається не на систему доведень, а переважно на образи, фантазію, догадки. Хворий скрізь вбачає натяки на свою адресу: посмішки людей, статті в газетах, в ліхтариках, що світяться, вбачає сигнал його уявних ворогів.

МАЯЧЕННЯ ОДЕРЖИМОСТІ (бред одержимости) — *delirium dubitativum* — своєрідні іпохондричні маячні ідеї: у тіло хворого вселились тварини, комахи, міфічна або придумана хворим жива істота, вони

примушують хворого здійснювати різні рухи, вчинки, керують його думками, почуттями. Свідомість власного «Я» не втрачається.

МАЯЧЕННЯ ОТРУЄННЯ (бред отравления) — delirium toxicum — твердження хворого, що йому підсипають в їжу отруту, дають отруйні ліки і т. п.

МАЯЧЕННЯ ПАРАНОЇДНЕ (бред параноидный) — delirium paranoideum — несистематизоване, уривчасте, безглузде маячення (за змістом маячні ідеї стосунку, впливу, переслідування, отруєння тощо). На початку виникнення параноїдних маячних ідей можуть бути слухові, нюхові та інші галюцинації. *Див. Синдром параноїдний.*

МАЯЧЕННЯ ПАРАНОЯЛЬНЕ (бред паранойяльный) - delirium paranojale — систематизовані маячні ідеї, спочатку надцінні, згодом тлумачення з афективним напруженням, переоцінкою власної особистості. При цьому відсутні розлади сприйняття та інтелектуально-мнестичних функцій. *Див. Синдром паранойяльний.*

МАЯЧЕННЯ ПАРАФРЕННЕ (бред парафренический) — delirium paraphrenicum — систематизовані маячні ідеї, пов'язані з різноманітними галюцинаціями, явищами психічного автоматизму, що виникає у зрілому віці. На протязі довгого часу (роки, десятиліття) відсутнє інтелектуально-мнестичне та емоційно-вольове зниження. *Див. Синдром парафренічний.*

МАЯЧЕННЯ ПЕРЕСЛІДУВАННЯ (бред преследования) - delirium persecutionis — маячні ідеї, коли хворий вважає, що його переслідують, стежать за ним, хочуть убити і т. п.

МАЯЧЕННЯ РЕВНОЩІВ (бред ревности) — delirium rivalitatis — безпідставне звинувачення хворим дружини у зраді, причому факти, які мають бути доказом зради, часто нереальні, фантастичні за своїм характером.

МАЯЧЕННЯ РЕЗИДУАЛЬНЕ (бред резидуальный) — delirium residuale — маячні ідеї, коли хворий деякий час зберігає впевненість у істинності хворобливих (маячних) переживань, що мали місце в гострому періоді хвороби на тлі порушеної свідомості.

МАЯЧЕННЯ РЕФОРМАТОРСТВА (бред реформаторства) — *delirium reformationis* — хворобливі судження, які базуються на системі суб'єктивних формальних логічних доведень, що виникли при «розробці» і «впровадженні» різних реформ, від незначних до глобальних, спрямованих на благо людей.

МАЯЧЕННЯ САМОЗВИНУВАЧЕННЯ (бред самообвинення) — різновид маячних ідей, які мають місце при інволюційній меланхолії та інших депресивних станах. Хворі звинувачують себе у помилках, аморальних вчинках, думках, бажаннях, за які вони понесуть тяжке покарання.

МАЯЧЕННЯ САМОПРИНИЖЕННЯ (бред самоуничиження) — маячні ідеї, коли хворий вважає себе нездарою, нікчемою, неповноцінною людиною.

МАЯЧЕННЯ СИСТЕМАТИЗОВАНЕ (бред систематизированный) — *delirium systematicum* — маячні ідеї, які групуються в певну систему з об'єднувальною центральною думкою. Маячні судження стають системою поглядів, що визначають світогляд особи в цілому. На цих судженнях зосереджується все психічне життя хворого. Спотворюється відбиття внутрішніх зв'язків між явищами реального світу. Одне хворобливе судження пов'язується з іншим, викристалізовуючи маячну систему. Систематизованим є паранойяльне та парафренічне маячення.

МАЯЧЕННЯ СТОСУНКУ (бред отношения) — маячні ідеї, коли хворий вважає, що навколишнє якоюсь мірою стосується його і має якийсь особливий сенс: оточуючі багатозначно дивляться на нього; всі вчинки, жести, висловлювання, радіо- і телевізійні передачі, а іноді й ті чи інші явища природи відбуваються неспроста, а мають якусь причетність до хворого.

МАЯЧНОПОДІБНІ ІДЕЇ (бредоподобные идеи) — *ideae deliriosae* — хворобливі ідеї недооцінки або переоцінки особистості, що виникають на тлі зміненого настрою (підвищеного або пониженого). В основі їх виникнення є певна незначна реальна підстава. Ці ідеї до деякої міри можна корегувати, але не завжди і не надовго. Вони ніколи не бувають безглуздими.

МЕЛАНХОЛІЯ (меланхолия, меланхолическое состояние) — melancholia, status melancholicus — психічний розлад, що виявляється у пригніченому настрої зі станом туги, безвиходу, скорботи, відчаю, супроводжується гальмуванням мислення і рухів, іноді посиленням рухових реакцій — меланхолійний «вибух».

МЕТАМОРФОПСІЯ (метаморфопсия) — metamorphopsia — перекручене, спотворене зорове сприйняття реально існуючих об'єктів із збереженням їх впізнавання і значення. Розрізняють макропсії, мікропсії, дисморфопсії.

МЕТОД РОРШАХА (метод Роршаха) — testum Rorschachi — проєктивний тест для дослідження особистості, розроблений швейцарським психологом і психіатром Г. Роршахом (1921). Досліджуваному послідовно показують 10 аморфних (слабоструктурованих) кольорових і чорно-білих зображень (плями Роршаха), і той щоразу повинен відповісти на питання: «Що це таке?», «На що це схоже?».

МИСЛЕННЯ (мышление) — ideatio — психічний процес, з допомогою якого людина здатна відображати найбільш істотне, головне у явищах зовнішнього світу і розкривати істотні, закономірні зв'язки між явищами. Мислення як пізнання суті явищ становить вищу форму відображення дійсності. Мислення є активною функцією інтелекту.

МИСЛЕННЯ АТАКТИЧНЕ (мышление атактическое) — ideatio ataxica — патологія мислення, яка проявляється в неправильному парадоксальному сполученні понять, думок, які без логічних зв'язків нанизуються одна на одну. Атактичне мислення проявляється атактичною мовною безладністю.

МИСЛЕННЯ АУТИСТИЧНЕ, АУТИЗМ (мышление аутистическое, аутизм) — autismus — мислення, відірване від реальної дійсності. Коло асоціацій з навколишнім досить обмежене. Асоціації виникають переважно на основі ідей, уявлень, відчуттів, пов'язаних із хворобою, під час якої домінують внутрішні переживання. Хворі замикаються у собі, тримаються осторонь, ні з ким не спілкуються. Мислення і відповіді на запитання

формальні. Фантазія і реальність співіснують, бажане сприймається як дійсність.

МИСЛЕННЯ ДЕТАЛІЗОВАНЕ, ДЕТАЛІЗОВАНІСТЬ МИСЛЕННЯ (мышление детализированное, детализированность мышления) — процес мислення, що проявляється у в'язкості, тугорухомості та втраті здатності відділити головне від другорядного. У судженні переважають випадкові подробиці, які не стосуються основної думки.

МИСЛЕННЯ ЗАТРИМКА, ЗУПИНКА МИСЛЕННЯ (мышления задержка, остановка мышления) — *sprengung* — раптова, короткочасна спонтанна зупинка плину думок, що легко виявляється у розмові. Хворий раптово замовкає, а потім пояснює своє мовчання тим, що у нього відбулась затримка мислення. Перерва думки, її раптова зупинка, відсутність думок носить назву *шперрунг*. Спостерігається у хворих шизофренією.

МИСЛЕННЯ ІНКОГЕРЕНТНЕ (мышление инкогерентное) - *incoherencia* — втрата здатності утворювати асоціативні зв'язки між сприйняттями, уявленнями, поняттями, відображати дійсність у її зв'язках і відношеннях. Втрата здатності до елементарних узагальнень, до аналізу і синтезу. Мова стає безладною. *Див. Мислення беззв'язне* (безладне).

МИСЛЕННЯ ПАРАЛОГІЧНЕ (мышление паралогическое) — *paralogia* — патологія мислення, при якій порушується логіка, певне поняття замінюється символом, знаком, зрозумілим тільки хворому, котрий приходиться до зовсім необґрунтованих і безглузких висновків, що не мають об'єктивних доказів. Умовиводи не відповідають судженням, з яких вони виводяться. Таке мислення втрачає логіку і стає незрозумілим для інших. Паралогічне мислення властиве хворим на шизофренію.

МИСЛЕННЯ РЕЗОНЕРСЬКЕ (мышление резонерское) — мислення, що характеризується доведеннями, які не ґрунтуються на фактах, пустими вербальними посиленнями, які не відповідають темі розмови і не досягають мети. Беззмістовність і бідність суджень при цьому бувають одягнуті у правильну форму.

МИСЛЕННЯ РОЗІРВАНІСТЬ (мышления разорванность) — ideatio ataxica — патологія мислення, яка виявляється у розриві смислових зв'язків між поняттями із збереженням граматичної та синтаксичної форми речення. Розірваність доходить до так званої «мовної мішанини» — шизофазії, характерної для шизофренії. *Див. Мислення атактичне. Мислення інкогерентне. Атактична мовна безладність.*

МИСЛЕННЯ СИМВОЛІЧНЕ (мышление символическое) - ideatio symbolica — стан мислення, при якому одне поняття стає символом іншого, іноді випадкових, другорядних ознак. Це порушення характерне для шизофренії.

МИКСЕОФОБИЯ (миксеофобия) — mixeophobia — нав'язливий страх перед статевими зносинами, який виникає внаслідок необхідності оголювати статеві органи, доторкатися до тіла і т. п.

МОВА (речь) — sermo — суспільно зумовлена система словесних знаків, що служить засобом людського спілкування. Форма існування думок, почуттів і переживань людини.

МОВНА БЕЗЛАДНІСТЬ (речевая спутанность) — incohaerentia — патологія мовної продукції, що зумовлена безладністю мислення, коли хворі втрачають здатність до аналізу, синтезу та інших операцій мислення, до елементарних узагальнень та логічних висновків. Розрізняють такі типи мовної безладності: аментивна, хореатична, атактична, маніакальна (репродуктивна, егоцентрична, екстрасигнальна, співзвучна).

МОНОФОБИЯ (монофобия) - monophobia — психічний стан, що проявляється у боязкості залишатися на самоті. Нав'язлива боязкість самотності.

МОРІЯ (мория) — moria — стан безглуздої веселості з втратою ініціативних спонукань, який спостерігається при органічних ураженнях лобних частин головного мозку.

МОТИВ (мотив) — спонукальна причина дій і вчинків людини (те, що штовхає до дії).

МОТИВАЦІЯ (мотивация) — *motivatio* — система мотивів, яка визначає конкретні форми діяльності або поведінки людини.

МУТИЗМ (мутизм) — *mutismus* — порушення мовного спілкування, що настає внаслідок психічного захворювання; виявляється у безпідставному мовчанні, відсутності відповіді на запитання, а також спонтанній мові.

НАВИЧКА (навык) — психічне новоутворення, завдяки якому індивід спроможний виконувати певну дію раціонально, з належною точністю і швидкістю, без зайвих витрат фізичної та психічної енергії.

НАВІЮВАННЯ (СУГЕСТІЯ) (внушение) — *suggestio* — будь-який психічний вплив однієї людини на іншу (прохання, наказ, переконування), що має за мету актуалізацію або зміну певних установок, ціннісних орієнтацій чи вчинків у людини, яка виступає об'єктом навіювання.

НАВ'ЯЗЛИВІ ІДЕЇ (навязчивые идеи) — *ideae obsessivae* — думки, що виникають у людини, чужі змістові її свідомості у даний момент; вони супроводжуються критичним ставленням до них і боротьбою з ними, тобто прагненням позбутися їх. Нав'язливі ідеї спостерігаються при неврозі нав'язливих станів, деяких формах шизофренії, церебральному атеросклерозі, психастенії.

НАВ'ЯЗЛИВІ ПОТЯГИ І ДІЇ (навязчивые влечения и действия) — *molimina obsessiva* — потреба, що раптово виникла в реалізації певної дії, до якої хворий ставиться критично, тобто розуміє безглуздий її характер і в якійсь мірі бореться з нею.

НАВ'ЯЗЛИВІ СТАНИ (навязчивые состояния) — *status obsessivi* — хворобливі порушення, що виявляються у виникненні постійно повторюваних думок, спогадів, сумнівів, уявлень, страхів, потягів або дій незалежно від волі і бажання хворого, який усвідомлює їх як нісенітницю і прагне позбутися.

НАДЦІННІ ІДЕЇ (сверхценные идеи) — *ideae dominantes* — 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 у цілому. Всі інші думки гальмуються або, навпаки, концентруються, посилюючи надцінну ідею. Надцінними стають ідеї, які особливо зачіпають особистість хворого.

НАРЦИСИЗМ (нарцисизм) — narcissismus — сексуальне збочення, яке характеризується сексуальною самозакоханістю, милуванням власним оголеним тілом, його окремими частинами, інколи разом з мастурбацією.

НАСИЛЬНІ ДІЇ (насильственные действия) — це нескладні дії або навіть рухи, які людина здійснює, незважаючи на розуміння їх болісного характеру; вона не може ні боротися з ними, ні подолати їх.

НАСТРІЙ (настроение) — відносно тривалий душевний стан, більш-менш тривала установка почуттів, в основі якої лежать емоції (почуття) позитивні або негативні.

НЕВРОЗИ (неврозы) — neuroses — ситуаційно-психогенні захворювання, що виникають внаслідок функціонального розладу («зриву») вищої нервової діяльності за рахунок перенапруження сили, рівноваги та рухомості основних нервових процесів (збудження і гальмування) та сигнальних систем і проявляються порушеннями нервово-психічних функцій, переважно в емоційній сфері, при збереженні самосвідомості та критики. Виділяють типи неврозів: неврастенія, істерія, невроз нав'язливих станів тощо.

НЕГАТИВІЗМ (негативизм) — negativismus — немотивований протипульс, безглузда протидія, опір будь-якій дії зовні, відмова від виконання її, іноді вперте прагнення зробити наперекір сторонньому впливу. Виділяють негативізм активний (дії, протилежні інструкції або пасивному рухові лікаря) і пасивний (відсутність будь-яких дій при відповідній інструкції).

НЕДОУМСТВО (слабоумие) — dementia — стійке зниження пізнавальної діяльності з утратою раніше набутих знань, неможливістю

користуватися збереженими й утрудненням набуття нових. *Див. Деменція. Олігофренія.*

НЕДОУМСТВО КОНЦЕНТРИЧНЕ (слабоумие концентрическое) — *dementia concentrica* — тип недоумства, що характеризується поступовим звуженням інтересів хворого на своїй особистості, функціях свого організму. Мислення стає загальмованим, малорухомим, в'язким, деталізованим, конкретним. Думки фіксуються на дрібницях. Хворий не може відокремити головне від другорядного. Страждає пам'ять, випадають окремі слова, внаслідок чого мова стає обмеженою і одноманітною. Всі інтереси поступово звужуються і зосереджуються на своїх соматичних відправленнях. Хворі зайняті тільки собою, станом свого здоров'я. Втрачаються наукові, громадські та професійні інтереси. Це звуження розвивається поступово, концентричне. Цей тип недоумства характерний для епілепсії.

НЕДОУМСТВО ЛАКУНАРНЕ (слабоумие лакунарне) — *dementia lacunaris* — тип недоумства, що характеризується зниженням пізнавальної діяльності, переважає розлад пам'яті та уваги, наслідком чого є зниження суджень. Ядро особистості, критика та поведінка довго залишаються непорушеними. Цей тип недоумства спостерігається найчастіше при вогнищевих захворюваннях головного мозку.

НЕДОУМСТВО ТОТАЛЬНЕ (слабоумие тотальное) — *dementia totalis* — тип недоумства, що характеризується повним зниженням всіх форм пізнавальної діяльності. Тотальне недоумство проявляється слабкістю інтелекту, пам'яті, уваги, зниженням почуттів, насамперед, вищих, а також волі. В цілому знижується рівень суджень, порушується критика, поведінка та ядро особистості хворого. Цей тип недоумства спостерігається при старечому недоумстві, прогресивному паралічі та інших захворюваннях.

НЕДОУМСТВО ТРАНЗИТОРНЕ (слабоумие транзиторное) - *dementia transitoria* — тип недоумства, що характеризується слабкістю пізнавальної діяльності, яка розвивається повільно внаслідок наростання деструктивного процесу. При цьому функціональні порушення вищої нервової діяльності є

демонстративні, глибокі. Недоумство розвивається на фоні зниження енергетичного потенціалу. Незважаючи на відсутність розладів пам'яті, достатній рівень формальних знань, хворий повністю соціально дезадаптований, неспроможний до будь-якої практичної діяльності. Порушення єдності психічних процесів супроводжується бездіяльністю та непродуктивністю. Цей тип недоумства буває то більш вираженим, то слабшає, виявляючи різні ступені дефекту, і є характерним для шизофренії (шизофренічне недоумство).

НЕЙРОЛЕПТИКИ (нейролептики) — neuroleptica — психотропні препарати різноманітної структури, які застосовуються для лікування психічно хворих. Основними властивостями нейролептиків є їх антипсихотична дія. Вони блокують або редукують галюцинаторні та маячні розлади, зменшують афективну напругу, психорухове збудження і нормалізують патологічні зміни поведінки різноманітного генезу.

НЕЙРОТИЗМ (нейротизм, невротизм) — neurotismus — характерологічна особливість людини, що виражається в її схильності до невротичних реакцій, нервових «зривів», стану тривоги тощо.

НЕКРОФІЛІЯ (некрофилия) — necrophilia — одержання статевого задоволення шляхом зносин з трупами.

НЕКРОФОБІЯ (некрофобия) — necrophobia — прояв нав'язливості, патологічний страх при спогляданні трупів або при згадуванні про них.

НЕОЛОГІЗМИ (неологизмы) neologism} -- продукт патологічного творення слів, відсутніх у мові, які не визначають реальних понять.

НЕПЕРЕБОРНІ ПОТЯГИ І ДІЇ (непреодолимые влечения и действия) — короткочасні патологічні потяги, що виникають зненацька і не можуть бути загальмованими, і реалізуються у дії.

НІГІЛІЗМ (нигилизм) — nihilismus — психологічний феномен, що відображає деструктивний умонастрій, відзначається запереченням традицій, знеціненням цінностей.

НІКТОФОБИЯ (никтофобия) — *nyctophobia* — нав'язливий страх людини перед темрявою.

НІМФОМАНІЯ (*нимфомания*) — *nyctomania* — підвищене статеве почуття у жінок, що проявляється у частих статевих зносинах або частою і тривалою мастурбацією (онанізмом).

НОЗОФОБИЯ (нозофобия) — *nosophobia* — нав'язливий стан, що виявляється патологічним страхом захворіти тяжкою невиліковною хворобою (*сифілофобия* — боязнь захворіти сифілісом, *канцерофобия* — боязнь захворіти злоякісними пухлинами тощо).

НООТРОПИ (ноотропы) — *nootropa* — різноманітні за хімічною структурою психотропні препарати з активуючою дією на вищі психічні функції. За допомогою ноотропів нормалізуються процеси тканинного метаболізму в центральній нервовій системі. Вони покращують перебіг кіркових нервових процесів, розумову діяльність, поліпшують інтегративну діяльність головного мозку, запам'ятовування, не викликаючи збудження центральної нервової системи.

ОБНУБІЛЯЦІЯ (обнубиляция) — *obnubilatio* — легка короткочасна форма розладу свідомості з моментами просвітління, коли до хворого на деякий час повертається ясна свідомість, а потім знову ніби закривається хмаркою.

ОГЛУШЕНІСТЬ (оглушенность)—*obtusio mentis* — симптомокомплекс, що характеризує порушення свідомості, при якому хворий реагує тільки на сильні (фізичні або психічні) подразники. Сприйняття навколишнього неясне, нечітке. Спогади різко обмежені або відсутні. Синтез утруднений. Орієнтування в місці, часі різко порушене або відсутнє. Емоції знижені. Рухова активність відсутня або ослаблена.

ОЛІГОФРЕНІЯ, НЕДОУМСТВО ПРИРОДЖЕНЕ (олигофрения, слабоумие врожденное) - *oligophrenia* — тип недоумства, що характеризується затримкою розвитку інтелекту внаслідок причин, які діяли

внутрішньоутробно або в ранньому дитинстві (до 3-х років). *Див. Дебільність. Імбецильність. Ідіотія.*

ОНАНИЗМ, МАСТУРБАЦІЯ (онанизм, мастурбация) — onanism, masturbatio — переживання статевого задоволення не при реалізації нормального статевого акту, а з допомогою механічного подразнення статевих органів (ерогенних зон).

ОНИХОФАЗІЯ (онихофазия) — onychophasia — нав'язливість, яка виявляється у звичці обкушувати нігті.

ОРГАЗМ (оргазм) — orgasmus — горіння пристрастю, момент найвищого статевого вдоволення, що настає під час злягання і супроводжується виділенням продуктів статевих залоз.

ОРІЄНТУВАННЯ (ориентировка) — orientatio — здатність людини усвідомлювати і відображати навколишній світ (місце, простір, людей, предмети, явища, час), а також свою особистість. Порушення орієнтування називається дезорієнтуванням.

ОРІЄНТУВАННЯ АЛОПСИХІЧНЕ (ориентировка аллопсихическая) — orientatio allopsychotica — орієнтування в місці, просторі, інших людях, предметах і часі.

ОРІЄНТУВАННЯ АУТОПСИХІЧНЕ (ориентировка аутопсихическая) — orientatio autopsychotica — орієнтування у своїй особі, усвідомлення власного тіла, виділення себе з навколишнього світу.

ОСОБИСТІТЬ (личность) — personalitas — людина, соціальний індивід, що поєднує в собі риси загальнолюдського значущого та індивідуально-неповторного.

ПАЛІМПСЕСТ (палимпсест) — palimpsestos — розлад пам'яті, що характеризується втратою спогадів окремих подій після алкогольного сп'яніння. Палімпсест — ознака початку розвитку хронічного алкоголізму.

ПАМ'ЯТЬ (память) — memoria — психічна функція збереження у свідомості минулих вражень, відтворення минулого досвіду. Пам'ять — один

із феноменів розумової діяльності людини. В основі пам'яті лежать чотири процеси: запам'ятовування, збереження, відтворення і пізнання.

ПАМ'ЯТЬ ОПЕРАТИВНА (память оперативная) — *memoria operative* — особливий тип пам'яті, що ґрунтується на інформації, яка надходить із довгочасної і короткочасної пам'яті при розв'язанні певного завдання.

ПАНТОМІМІЧНІ РУХИ (пантомимические движения) - *pantomimica* — виразні рухи всього тіла або окремих його частин.

ПАРАМІМІЯ (парамимия) — *paramimia* — потворні гримаси, мімічна гра, що не відповідає ні змістові висловлювань, ні його емоціям.

ПАРАМНЕЗІЯ (парамнезия) — *paramnesia* — хворобливий психічний стан, який виявляється у розладі пам'яті, що виникає внаслідок амнезії, коли прогалини пам'яті заповнюються несправжніми спогадами. Парамнезії поділяються на конфабуляції, псевдоремінісценції і фантами.

ПАРАНОЇЯ (паранойя) — *paranoja* — психічне захворювання, що характеризується систематизованими маячними ідеями без видимих порушень інтелекту, але й без критичної оцінки свого стану.

ПАРАПРАКСІЯ (парапраксия) — *parapraxia* — потворна зміна рухів, що мають карикатурний характер.

ПАРАТИМІЯ (паратимия) — *parathymia* — неадекватні емоції. Хворий, розповідаючи про смерть близької людини, сміється; він сумний, коли слід було б радіти; виявляє раптом агресію проти людини, до якої добре ставиться, без відповідного пояснення.

ПАРЕЙДОЛІЯ (парейдолия) — *pareidolia* — явище, коли у фігурах, що мають невизначену форму (плями на стіні, складки завіски, орнамент шпалер, килима і т. д.), вбачаються люди, тварини, чудовиська тощо.

ПАТОЛОГІЧНИЙ БРЕХУН (патологический лгун) — *pseudologus* — тип людини, яка знає про недостовірність і недоцільність брехні, але не може її загальмувати на відміну від фантазмів.

ПАТОПСИХОЛОГІЯ (патопсихология) — *pathopsychologia* — розділ медичної психології, що вивчає закономірності розладу психічної діяльності і

властивості особистості при захворюванні. Аналіз патологічних змін здійснюється на основі порівняння їх з характером перебігу психічних процесів, станів і рис особистості в нормі.

ПЕДОФІЛІЯ (педофилия) — paedophilia — сексуальний потяг до дітей із спробами здійснити з ними статевий акт.

ПЕЙРАФОБІЯ (пейрафобия) — peiraphobia — виникнення нав'язливого страху у зв'язку з публічним виступом, відповіддю на екзамені тощо.

ПЕРСЕВЕРАЦІЯ (персеверация) — perseveratio — патологія мислення, що виявляється у тривалому домінуванні однієї думки чи уявлення, у повторенні одних і тих самих слів, відповідей.

ПЕРЦЕПЦІЯ (перцепция) — perceptio — відображення у свідомості людини речей і явищ за допомогою органів чуття.

ПРОМАНІЯ (пиромания) — pyromania — психічний розлад, який виявляється без будь-якої мотивації у пристрасті до підпалювання.

ПРОФОБІЯ (пирофобия) — pyrophobia — психічний розлад, який виявляється у боязкості вогню.

ПОВЕДІНКА (поведение) — категорія для позначення сукупностей дій і вчинків людини.

ПОДРАЗЛИВІСТЬ (раздражимость) — irritatio — здатність живого організму відповідати на вплив зовнішнього середовища.

ПОНЯТТЯ (понятие) — одна з основних форм абстрактного мислення, відображення істотних ознак досліджуваного об'єкта.

ПОТАТОР (потатор) — potator — хворий хронічним алкоголізмом.

ПОТЯГ (влечение) — стан організму, в якому безпосередньо виявляється чуттєве відображення потреби. Потяг — філогенетичне стара, успадкована рефлексорна (інстинктивна) реакція (їжа, самозбереження, розмноження), спрямована на досягнення життєвих цілей. Потяг динамізує поведінку людини, виступає джерелом її активності. Потяг може

посилюватись, послаблюватись і спотворюватись при психічних захворюваннях.

ПОЧУТТЯ (чутства) — *emotio* — психічні стани, в яких відображено емоційний бік духовного світу людини, її суб'єктивне переживання подій і емоційне ставлення до навколишньої дійсності, власне відношення до вдоволення або невдоволення своїх потреб.

ПОЧУТТЯ АСТЕНІЧНІ (чутства астенические) — *emotions asthenicae* — почуття, що пригнічують життєдіяльність, людини, зменшують її силу і енергію, розслаблюють (страх, тривога тощо).

ПОЧУТТЯ СТЕНІЧНІ (чутства стенические) — *emotions sthenicae* — почуття, що підвищують, активізують життєдіяльність людини, збільшують її силу, посилюють її енергію, спонукають до діяльності (любов, радість).

ПРИСМЕРКОВИЙ СТАН СВІДОМОСТІ (сумеречное состояние сознания) — *confusio conscientiae* — **див.** *Синдром присмерковий та паморочного стану свідомості.*

ПРИСТРАСТЬ (страсть) — *cupiditas* — стійке емоційне ставлення людини до певного об'єкта.

ПРОЕКТИВНІ МЕТОДИКИ (проективные методики) — *testa projectiva* — тестові методики, що використовуються для дослідження особистості. До найбільш поширених проективних методик належать тест Роршаха, тематичний апперцепційний тест (ТАТ), тест Розенцвейга та ін.

ПРОСОНКОВИЙ СТАН (просоночное состояние) — *status semisomni* — легка форма розладнаної свідомості, яка нагадує стан, що буває у здорової людини, коли її раптом розбудити вночі і коли «Я» повернулося, але орієнтування в часі, місці і навколишньому середовищі ще немає. У здорової людини такий стан короткочасний (секунди, хвилини), а у психічно хворих він тривалий.

ПСЕВДОГАЛЮЦИНАЦІЯ (псевдогаллюцинация) — *pseudohallucinatio* — розлад сприйняття, що характеризується відсутністю екстрапроекції галюцинаторного образу: об'єкт, що несправжньо

сприймається, локалізується в тілі людини, наприклад, голос чується в голові «внутрішнім вухом», образ бачиться «внутрішнім зором». Патологія характеризується не стільки тілесністю, скільки образністю і має суб'єктивний характер. Псевдогалюцинація не пов'язується з реальністю.

ПСЕВДОДЕМЕНЦІЯ (псевдодеменция) — pseudodementia — синдром, при якому глибина присмеркового стану свідомості значно менша, ніж при синдромі Ганзера. У поведінці хворого проявляється дурість, безглуздість. Він неправильно відповідає, помиляється при виконанні простих дій. Настрій частіше пригнічений, інколи веселий. Вираз обличчя безглуздий. **Див.** *Синдром псевдодементний.*

ПСЕВДОРЕМІНІСЦЕНЦІЯ (псевдореминисценция) pseudoreminiscentia — несправжні спогади реального змісту про події, яких не було у відрізок часу, згадуваний хворим, але вони мали місце чи могли бути в минулому. Псевдоремінісценції нерідко заповнюють у хворого прогалини пам'яті. Їх не завжди легко можна відрізнити від конфабуляцій.

ПСИХАСТЕНІЯ (психастения) — psychasthenia — психічне захворювання, яке характеризується психічною астеною, пригніченим настроєм. Виникає психастенія у особистості боязливої, нерішучої, сором'язливої, невпевненої у собі під впливом зовнішніх психічних чинників. На цьому тлі виникають різні нав'язливі стани.

ПСИХІАТРІЯ (психиатрия) — psychiatria— клінічна медична наука, яка вивчає психічні (душевні) хвороби, їх етіологію, патогенез, клініку, розпізнавання, перебіг, лікування, запобігання та експертизу.

ПСИХІКА (психика)— psychica— функція мозку відобразити об'єктивну дійсність у формі відчуттів, уявлень, думок та інших образів об'єктивного світу.

ПСИХІЧНІ ПРОЦЕСИ (психические процессы) — processus psychici — різні форми єдиного, цілісного відображення суб'єктом об'єктивної дійсності за допомогою центральної нервової системи. Психічні процеси —

це відчуття, сприйняття, пам'ять, мислення, уявлення, інтелект, почуття, воля, увага. Психічні процеси називають також психічними функціями.

ПСИХОГЕНІЇ (психогении) — psychogeniae — нервово-психічні захворювання, які виникають внаслідок важких, травмуючих психіку подій. Психогенії можуть виникнути при гострих одномоментних переживаннях обставин, що загрожують здоров'ю, життю людини або його близьким. Клінічна картина і перебіг визначаються характером психогенної травми і особливостями особистості. До психогеній відносять реактивні психози та неврози.

ПСИХОГІГІЄНА (психогигиена) — psychohygiene — галузь медицини, яка вивчає закономірності організації міжлюдських взаємин та психогенного середовища. Психогігієна — система заходів, спрямованих на запобігання нервово-психічних та психосоматичних захворювань. Завданням психогігієни є забезпечення, збереження і зміцнення психічного здоров'я людини. Спеціальними завданнями психогігієни є допомога людям у кризових ситуаціях сімейного, навчального або виробничого характеру.

ПСИХОДІАГНОСТИКА (психодиагностика) — psychodiagnostica — галузь психології, спрямована на всебічний аналіз особистості з метою виявлення і подолання недоліків у її розвитку, підвищення рівня її навчальної або професійної діяльності.

ПСИХОЗ (психоз) - psychosis – захворювання всього організму з провідними порушеннями функцій головного мозку, при якому спотворюється правильне відображення об'єктивної дійсності і здібність цілеспрямовано діяти на неї (порушення свідомості)

ПСИХОЛОГІЯ (психология) — psychologia — наука про закономірності виникнення і діяльності психіки у людини, про психічні процеси, які є складовими компонентами діяльності та спілкування людей.

ПСИХОМЕТРІЯ (психометрия) — psychometria — розділ психології, пов'язаний із вимірюванням психічних властивостей

людини. Основними об'єктами психометрії є відчуття, сприймання, пам'ять, мислення, уява, мовлення, інтелект, увага.

ПСИХОПАТІЯ (психопатія) — psychopathia — патологічна форма психічної діяльності, що характеризується дисгармонією в емоційно-вольовій сфері й у сфері потягів, але не призводить до прогресуючих змін у психічній діяльності.

ПСИХОПАТОЛОГІЯ (психопатологія) — psychopathologia — галузь медицини, яка вивчає хвороби психіки, їх причини, патогенез, клініку, перебіг, лікування та запобігання. **Загальна психопатологія** вивчає окремі симптоми, синдроми психічних розладів (патологію сприйняття, пам'яті, мислення тощо), механізми їх виникнення, загальні закономірності розвитку, їх діагностичну цінність. **Спеціальна психопатологія** вивчає окремі психічні хвороби на основі загальноклінічних категорій.

ПСИХОСОМАТИКА (психосоматика) — psychosomatica — галузь психології, що вивчає вплив психіки на перебіг матеріальних процесів в організмі (вегетативних, трофічних тощо), а також зворотний вплив органічних процесів на психічний тонус.

ПСИХОТЕРАПІЯ (психотерапія) — psychotherapia — лікування за допомогою психічного впливу на хворого.

ПУЕРИЛІЗМ (пуэрилизм) — puerilismus — синдром, клінічна картина якого проявляється у дитячій поведінці, міміці, жестах, мові, характері суджень та емоційних реакціях. Хворі грають в іграшки, роблять ляльки, вередують, як малі діти, плачуть, називають себе дитячими іменами. При виконанні простих дій роблять помилки. Спостерігається цей симптомокомплекс при реактивних психозах. *Див. Синдром пуерильний.*

РАДІСТЬ (радость) — gaudium — одна із основних емоцій. Радість є психічним станом підвищеної, позитивно забарвленої емоційної піднесеності.

РЕАБІЛІТАЦІЯ (реабилитация) — reabilitatio — повернення хворого до нормального життя і праці в межах його психофізичних можливостей.

РЕАКЦІЯ (реакция) — *reactio* — дія у відповідь на будь-які впливи, подразнення, що є основною формою взаємодії організму з навколишнім середовищем.

РЕВНОЩІ (ревность) — *rivalitas* — психічний стан, який виявляється у безпідставній підозрі до об'єкта кохання, сумніві щодо його вірності. Почуття ревнощів піддається контролю з боку інтелекту та волі і є притаманним коханню.

РЕЗОНЕРСТВО (резонерство) — *logopathia* — порожні, безплідні міркування, позбавлені конкретного, практичного змісте жі мають правильну мовну форму, але в них багато химерних висловів. Резонерство спостерігається переважно у хворих на шизофренію.

РЕЛАКСАЦІЯ (релаксация) — *relaxatio* — перехід системи у стан рівноваги, розслаблення. Релаксація — компонент регуляції глибоких психофізіологічних процесів, засіб зняття нервово-психічної напруги, психогігієнічне очищення.

РЕМІНІСЦЕНЦІЯ (реминисценция) — *reminiscentia* - особливість пам'яті, яка полягає у неточності відтворення вивченого матеріалу при спробах згадати його одразу після заучування, запам'ятовування.

РЕФЛЕКСІЯ (рефлексия) — *reflexio* — осмислення людиною предметів, закономірностей і механізмів власної діяльності, соціального й індивідуального способів існування, самоаналіз.

РОЗУМ (рассудок) — *mens* — вища форма теоретичного осягання дійсності, свідоме оперування поняттями, синтез знань, ідей та теорій. Розум аналізує й оцінює як дані органів чуття, так і діяльність мислення, а також сам себе.

РОЗУМІННЯ (понимание, соображение) — розумовий процес, спрямований на виявлення (з'ясування) істотних рис, властивостей і зв'язків предметів, явищ, подій.

РОЗЩЕПЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ (расщепление личности) — ataxia intrapsychica — хворобливий психічний стан, роздвоєння свідомості суб'єкта.
Див. Синдром «інтрапсихічної атаксії».

САДИЗМ (садизм) — sadismus — статеве збочення, що виявляється у намаганні заподіяти біль партнерові під час статевих зносин. Одержання сексуального задоволення тільки за умови завдання болю сексуальному партнерові. Патологічна пристрасть до жорстоких вчинків, катування. Завдаючи фізичних мук іншим, садист дістає насолоду.

САМОЗБЕРЕЖЕННЯ (самосохранение) — ttiitio — діяльність людини, спрямована на збереження свого організму і себе як особистості. Самозбереження може бути інстинктивне і свідоме, набуте людством у ході суспільного життя.

САМОНАВІЮВАННЯ (самовнушение) — autosuggestio — психічний вплив людини на саму себе, внаслідок чого у неї виникають різні психічні і соматичні стани.

САМОПІЗНАННЯ (самопознание) — дослідження, пізнання самого себе. Здатність до самопізнання притаманне лише людині і здійснюється за допомогою розуму.

САМОСВІДОМІСТЬ (самосознание) — усвідомлення людиною себе самої як особистості: своєї діяльності, стосунків з іншими людьми, рис характеру, власних дій та вчинків, їх мотивів, цілей, розумових, моральних, фізичних якостей тощо.

СВІДОМІСТЬ (сознание) — conscientia — функція головного мозку людини, яка полягає у відображенні об'єктивних властивостей предметів і явищ навколишнього світу, процесів, що відбуваються у ньому, своїх дій, у попередньому накресленні і передбаченні наслідків їх, у регулюванні взаємозв'язків людини з природою і соціальною дійсністю.

СЕКСОЛОГІЯ (сексология) — sexologia — галузь комплексних наукових досліджень статевого життя людини.

СЕКСОПАТОЛОГІЯ (сексопатология) — *sexopathologia* — розділ медицини, що вивчає хворобливі розлади статевого життя і засоби їх лікування.

СЕНЕСТОПАТІЯ (сенестопатия) — *senestopathia* — різноманітні неприємні відчуття, що локалізуються у різних ділянках тіла, внутрішніх органах і мають невизначений, але дуже важкий характер (відчуття паління, стягування, перевертання і т. д.).

СЕНСИБІЛІЗАЦІЯ (сенсibiliзация) — *sensibilisatio* — підвищена чутливість органів чуття до подразника під його дією (гіперестезія).

СЕНСИТИВНІСТЬ (сенситивность) — *sensitivitas* — своєрідна чутливість людини.

СЕНСОРНИЙ (сенсорный) — *sensorius* — чуттєвий, пов'язаний з відображенням дійсності за допомогою відчуттів і сприймань.

СИЛЬНИЙ ТИП ВИЩОЇ НЕРВОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ (сильный тип высшей нервной деятельности) — *typus psychosthenicus systematis nervosi supremi* — тип нервової системи, що характеризується сильними процесами збудження і гальмування або принаймні першого з них.

СИМВОЛ (символ) — *symbolum* - цілісна образна структура, що узагальнено відбиває реальні предмети і явища.

СИМПТОМ (симптом) — *symptoma* — характерний вияв, ознака певного захворювання, явища.

СИМПТОМ «ПОВІТРЯНОЇ ПОДУШКИ» (ДЮПРЕ) (симптом «воздушной подушки» (Дюпре) — *symptoma Dupre* — стан при кататонічному ступорі, коли хворий у положенні на спині не торкається потилицею до подушки, голова висить над подушкою.

СИМУЛЯЦІЯ (симуляция) — *simulatio* — удаване вираження почуттів або певного фізичного стану (захворювання) з метою введення когось в оману.

СИНДРОМ (синдром) — *syndromum (syndioma)* — сукупність симптомів, що мають патогенетичну спільність.

СИНДРОМ АБСТИНЕНТЦІЇ (синдром абстинентный) — *syndromum abstinentiae* — стан, що характеризується соматовегетативними та психічними розладами, які виникають внаслідок припинення введення наркотичних речовин, алкоголю або медикаментів, до яких сформувався патологічний потяг. Розвиток синдрому починається з вазомоторно-вегетативних та астенічних розладів: гіперемія обличчя, тахікардія, підвищення артеріального тиску, неприємні відчуття або біль у ділянці серця, запаморочення голови, головний біль, пітливість, мерзлякуватість, тремтіння кінцівок, біль у м'язах, суглобах, диспепсичні розлади, сухість та неприємний присмак у роті, жага, зниження апетиту, нудота, понос, біль у жоводі, найчастіше в області печінки, розлад нічного сну, кволість. Фізичні компоненти абстиненції доповнюються психічними симптомами: пригніченим настроєм, боязкістю, тривогою, страхом, підозрілістю, депресивною самооцінкою. Хворий не може заснути, якщо засинає — сон поверхневий, з частими пробудженнями і кошмарами. Найбільшій інтенсивності абстинентний синдром досягає на 3—4 день після припинення п'янства. Виникнення цього синдрому свідчить про те, що інтенсивність потягу до алкоголю (наркотиків) досягла ступеня вітального потягу.

СИНДРОМ АМБУЛАТОРНОГО АВТОМАТИЗМУ (синдром амбулаторного автоматизма)—*syndromum automatismi ambulatorii* — стан зміненої свідомості (звуження поля свідомості), що характеризується автоматичним виконанням складних дій. Наприклад, повертаючись додому, хворий потрапляє у протилежний бік від свого дому, навіть може опинитися у іншому місті. Прийшовши до свідомості, він не пам'ятає, як тут опинився (амнезія). Незважаючи на розлад свідомості, хворий зовні не виявляє своєї дивної поведінки.

СИНДРОМ АМЕНТИВНИЙ (синдром аментивный) — *syndromum amentiae* — потьмарення свідомості, що супроводжується грубим порушенням сприйняття, орієнтації, галюцинаціями переважно слуховими, уривчастими маячними ідеями, фрагментарністю відображення

навколишнього, агентивною мовною безладністю, руховим збудженням, почуттям страху, безпорадності, розгубленості, а також порушенням синтезу. Хворий не може осмислити обстановку. Після аментивного синдрому настає повна амнезія, рідше фрагментарні спогади.

СИНДРОМ АМНЕСТИЧНИЙ (синдром амнестический) — syndromum amnesticum — порушення здатності до запам'ятовування і відтворення, антероградна, і, рідше, ретроградна амнезія у сукупності з несправжніми спогадами (псевдоремінісценціями і конфабуляціями).

СИНДРОМ АНАНКАСТИЧНИЙ (синдром ананкастический) — syndromum anancasmi — симптомокомплекси, які включають нав'язливі страхи, думки та дії, неадекватні, необґрунтовані, часто безглузді, коли хворий не може побороти їх.

СИНДРОМ АПАТИКО-АБУЛІЧНИЙ (синдром апатико-абулический) — syndromam apatho-abulicum — зниження емоцій і вольових спонукань до цілеспрямованої діяльності. Хворий байдужий до навколишніх подій, до своїх близьких, їх радощів і незгод, до власної делі тощо. Поряд з емоційною недостатністю характерними є млявість, пасивність, відсутність спонукань до діяльності. Цілі дні хворі лежать у ліжку.

СИНДРОМ АСТЕНІЧНИЙ (синдром астенический) — syndromum asthenicum — стан, при якому хворий виявляє надмірну збудливість з незначного приводу, особливо в емоційній сфері; супроводжується різкою стомлюваністю, виснажуваністю, схильністю до сліз. Спостерігається соматична кволість, неприємні відчуття та інші явища дискомфорту.

СИНДРОМ ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИЙ (синдром галлюцинаторно-параноидный) — syndromum hallucinatorio-paranoitale — складний синдром, що включає в себе галюцинації та маячні ідеї. Галюцинації бувають переважно слухові, зорові, рідше нюхові, смакові. Маячні ідеї несистематизовані, різні за змістом: переслідування, стосунку, впливу, ревнощів, шкоди, величності тощо. Вони пов'язані з галюцинаціями. Маячні ідеї несистематизовані.

СИНДРОМ ГАНЗЕРА (синдром Ганзера) — *syndromum Ganseri* — один із варіантів істеричного присмеркового (паморочного) стану свідомості: повне дезорієнтування, зорові, рідше слухові галюцинації. Галюцинаторні образи ахроматичні (чорно-білі або сірі). Розігруються цілі сцени, серед яких хворий відіграє головну роль. Виявляються маячні ідеї впливу, стосунку, переслідування. Характерними є безглузді відповіді на прості запитання (мимомовлення). Поведінка хворого безглузда. Складається враження про симуляцію психічного захворювання.

СИНДРОМ ГЕБЕФРЕНІЧНИЙ (синдром гебефренический) — *syndromum heberphrenicum* — інертна ейфорія, що проявляється у химерній, неадекватній веселості, придуркуватості, «пустотливості», часом «дитячій поведінці». У хворого іноді спостерігається манірність, театральність, безглуздість жестів, поз, міміки, своєрідне вимовляння слів тощо.

СИНДРОМ ДЕЛІРІОЗНИЙ (синдром делириозный) — *syndromum deliriosum* — потьмарення свідомості з порушенням орієнтування в навколишньому середовищі. Спостерігаються множинні, рухомі, сценічні, сюжетні галюцинації, переважно зорові, тактильні. Маячні ідеї стосунку, переслідування нестійкі, пов'язані з галюцинаціями, ілюзіями, метаморфозіями. Емоційний стан і поведінка хворого відповідають змістові галюцинацій. Після деліріозного стану зберігаються досить яскраві, але не завжди зв'язані спогади. Хворобливі переживання залишаються в пам'яті чіткіше, ніж реальні події.

СИНДРОМ ДЕПРЕСИВНИЙ (синдром депрессивный) — *syndromum depressivum* — стан, що характеризується зниженим настроєм, почуттям туги, яка досягає відчаю, безнадії, пригніченості, а також сповільненням плинності уявлень, загальмованістю рухів і прикованістю уваги до своїх переживань. У хворих іноді виникають маячні ідеї самообвинувачення і самоприпониження.

СИНДРОМ ДИСМОРФОФОБІЇ, ДИСМОРФОМАНІЇ (синдром дисморфофобии, дисморфомании) — *syndromum dysmorphophobiae*,

syndromum dysmorphomaniae— хворобливі переживання, що характеризуються появою думок про вигадане, уявне каліцтво (виродливість). Вони можуть мати характер нав'язливих, надцінних та маячних ідей. Дисморфофобія проявляється нав'язливим страхом невротичного характеру. Дисморфоманія є хворобливою впевненістю у наявності якого-небудь уявного або наявного, але дуже переоціненого фізичного дефекту, частіше всього стосовно видимих частин тіла (форми та розмірів носа, вуха, зубів, рук, ніг тощо).

СИНДРОМ ЗВУЖЕНОГО ПОЛЯ СВІДОМОСТІ (синдром суженного поля сознания) — *syndromum constrictionis conscientiae* — стан, що починається раптово і характеризується звуженим колом уявлень, переживань за рахунок обмеження кількості асоціативних зв'язків. Хворий дезорієнтований у навколишньому, реальність зовсім не сприймається або ж сприймається «вибірково». Спостерігається повна амнезія. Синдром включає амбулаторний автоматизм, транс та сомнамбулізм.

СИНДРОМ «ІНТРАПСИХІЧНОЇ АТАКСІЇ» (синдром «интрапсихической атаксии» — за Странським) — *syndromum ataxiae intrapsychicae* — психопатологічний стан, при якому порушується логічне відображення об'єктивної реальності за рахунок розладу асоціативних зв'язків між психічними процесами, наслідком чого є незлагодженість понять, суджень з почуттями та діями, а також розщеплення окремих процесів свідомості: мислення — атактична мовна безладність почуттів — амбівалентність волі — амбітендентність. Цей синдром характерний для шизофренії.

СИНДРОМ ШОХОНДРИЧНИЙ (синдром ипохондрический) — *syndromum hypochondricum* — синдром, що включає три елементи: 1) різні відчуття, що йдуть з різних частин тіла і не мають у своїй основі будь-яких соматичних порушень; 2) іпохондричні ідеї різного змісту (хворі вважають, що у них є різні захворювання: сифіліс, туберкульоз, рак, твердять, що у них хворе серце, нирки, кров і т. п.); 3) зниження настрою, зосередженість уваги

на своєму захворюванні й у зв'язку з цим зниження інтересу до всього навколишнього.

СИНДРОМ ПСИХІЧНОГО АВТОМАТИЗМУ КАНДИНСЬКОГО-КЛЕРАМБО (синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо) — syndromum automatismi psychici Clerambault-Kandinski— психопатологічний стан, який полягає у тому, що хворий почуває, ніби він мислить, переживає і діє не самостійно, а ним хтось керує (безіменна або відома йому людина). Він відчуває несвободу своїх думок (примусове мислення, розкритість думок, управління ними тощо), своїх емоційних переживань («примушують» злитися, радіти), дій («мною хтось говорить», «мною ходять» і т. п.). При цьому мають місце псевдогалюцинації.

СИНДРОМ КАТАТОНІЧНИЙ (синдром кататонический) — syndromum catatonicum — симптомокомплекс психічних розладів, переважно у руховій сфері, який складається з кататонічного ступору (воскоподібна гнучкість, каталепсія, симптом «повітряної подушки», активний і пасивний негативізм, мутизм тощо), або кататонічного збудження (стереотипія рухів, ехोलалія, ехопраксія, парамімія, мимомова, імпульсивні дії).

СИНДРОМ КОРСАКОВА (синдром Корсакова) — syndromum Korsakovi — психопатологічний стан, який характеризується розладом пам'яті на теперішні події (фіксаційна амнезія) При Збереженні пам'яті ,на 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 їли тільки що, про що з ними говорили. Мають місце різні форми амнезій. Прогалини пам'яті заповнюються несправжніми, вигаданими спогадами (конфабуляції, псевдоремінісценції).

СИНДРОМ МАНІАКАЛЬНИЙ (синдром маниакальный) — syndromum maniacale — психопатологічний стан, що проявляється у ейфорії, патологічно піднесеному настрої, іноді з компонентом дратівливості, а також

у прискороному плинні уявлень, у підвищенні цілеспрямованої діяльності, при наявності відверненої уваги. Можливі маячні ідеї величності.

СИНДРОМ ОБСЕССИВНИИ, СИНДРОМ НАВ'ЯЗЛИВИХ СТАНІВ (синдром обсессивный, синдром навязчивых состояний) — syndromum obsessivum — психопатологічний стан, що характеризується наявністю різних нав'язливих ідей, емоцій (фобій), потягів і дій. Незважаючи на розуміння безглуздя і необґрунтованості згаданих ознак, хворий все ж таки підкоряється їм і вони впливають на зміст його психіки, на всю його поведінку. Хворий не в силі подолати хворобливі переживання

СИНДРОМ ОКУЛОСТАТИЧНИЙ (синдром окулостатический) — syndromum oculostaticum — синдром, що проявляється порушенням статички при рухах очей, яке супроводжується головним болем, болем в очах, гіпергідрозом, нудотою, запамороченням голови, паданням хворого. Спостерігається при струсах мозку та контузіїх головного мозку.

СИНДРОМ ОНЕЙРОЇДНИЙ (синдром онейроидный)—syndromum oneiroideum—синдром з неглибоким потьмаренням свідомості, для якого характерні малочислені галюцинації фантастичного, надприродного змісту, в котрих хворий не бере участі, але відчуває особливу відповідальність за все, що відбувається. Може бути подвійне орієнтування. Реальність, як правило, знижена у своєму значенні або зовсім не сприймається хворим. Спостерігається ілюзорно-галюцинаторне сприйняття навколишнього світу, емоційне напруження (страх, чекання). Поведінці хворого властиві онейроїдний ступор, цілеспрямоване, безглузде збудження. Спогади після одужання мають фрагментарний характер.

СИНДРОМ ПАРАНОЇДНИЙ (синдром параноидный) — syndromum paranoitale — стан, що характеризується несистематизованими маячними ідеями різного змісту: переслідування, стосунку, впливу, самообвинувачення, величності, ревнощів тощо, або обмежується ідеями одного вияву, наприклад, тільки маячними ідеями переслідування. Маячні ідеї розрізнені, уривчасті. Маячення у своєму формуванні та змісті не зв'язане з якою-небудь

«реальною» основою, а є неправдоподібним, часто фантастичним, безглуздим.

СИНДРОМ ПАРАНОЙЯЛЬНИЙ (синдром паранойяльный) — syndromum paranojale — маячення щодо тих чи інших осіб, подій або обстановки, яке починається з надцінних ідей. Синдром розвивається після емоційно неприємного переживання, конфлікту. Переважають маячні ідеї величності, впливу, стосунку, переслідування, вони пов'язані між собою і утворюють певний маячний сюжет — систематизоване маячення.

СИНДРОМ ПРИСМЕРКОВИЙ, ПРИСМЕРКОВИЙ СТАН (синдром сумеречный, сумеречное состояние) — syndromum semisomni — синдром потьмарення свідомості, що раптово виникає і швидко припиняється. Характерним для нього є глибоке дезорієнтування у навколишньому, спотворене сприйняття його, зорові та інші галюцинації, уривчасті маячні ідеї стосунку, впливу, переслідування, афективні реакції страху і гніву, рухове збудження. Такий стан може привести хворого до немотивованих вчинків, агресивних дій. Синдром закінчується глибоким сном і амнезією.
Див. Синдром паморочного стану свідомості

СИНДРОМ ПСЕВДОДЕМЕНТНИЙ, ПСЕВДОДЕМЕНЦІЯ (синдром псевдодементный, псевдодеменция) — syndromum pseudodementiae, pseudodementia — несправжнє недоумство, у клінічній картині якого є дезорієнтування у навколишньому. Хворий не може, наприклад, правильно назвати найпростіші предмети, не знає свого імені, скільки йому років, скільки в нього рук, дає безглузді відповіді, але в площині поставленого запитання. Хворий в'ялий, загальмований, перебуває в одноманітній позі, вираз обличчя безтямний, дивиться перед собою. Складається враження, начебто хворий навмисне демонструє порушення поведінки та недоумство. Спостерігається при істеричних психозах.

СИНДРОМ ПСИХООРГАНІЧНИЙ (синдром психоорганический) — syndromum psychoorganicum — психопатологічний стан, що характеризується звуженням кола інтересів, пасивністю афективною лабільністю,

експлозивністю, грубістю. Чітко виявляється астенія, підвищена втомлюваність, подразливість. Хворих турбує самотність, вони тягнуться до людей, але, спілкуючись з ними, швидко дратуються, втомлюються. У тяжких випадках має місце зниження критики, пам'яті, безпечність, ейфорія, афективна нестримність, гнівливість, плаксивість.

СИНДРОМ ПУЕРИЛЬНИЙ, ПУЕРИЛІЗМ (синдром пуэрильный, пуэрилизм) — *syndromum puerilismi, puerilismus* — хворобливий психічний стан, при якому поведінка дорослої людини не відповідає вікові, нагадує поведінку дитини і характеризується безглуздістю, безтурботністю, веселістю, наївністю суджень, відмінністю інтонації мови (шепелявить, сюсюкає). Хворі грають у ляльки, гірко плачуть, якщо у них забирають іграшку, починають стрибати з радощів, плескати в долоні, побачивши нову іграшку. Себе називають зменшувальними іменами. Пуерильний синдром спостерігається при істеричних формах реактивних психозів.

СИНДРОМ ХОРЕАТИЧНИЙ, СИНДРОМ «ГОСТРОГО МАЯЧЕННЯ» (синдром хореатический, синдром «острого бреда» — *syndromum choreaticum, syndromum «delirium acuty»* - глибоке потьмарення свідомості, що супроводжується повним дезорієнтуванням, хореатичною мовною безладністю. Контакт з хворим неможливий, він промовляє або викрикує лише окремі слова, звуки. Рухове збудження вузько локалізоване (в межах ліжка): окремі рухи кінцівками, перебирання, натягування або скидання постільної білизни, ковдри тощо (яктація). Загальний стан хворого важкий: риси обличчя загострені (обличчя Гіппократа), шкіра суха, наявність на ній петехій, синяків, на губах — тріщин, смаги, герпесу. Язик сухий, покритий сіро-коричневим нальотом. Температура тіла висока (39°—40°). Тахікардія, дихання прискорене, артеріальний тиск понижений тощо.

СИНЕСТЕЗІЯ (синестезия) — *synaesthesia* — невідповідність появи відчуттів при подразненні аналізаторів (ірадіація збудження з одного аналізатора на інший), коли подразнення одного аналізатора викликає

відчуття, що повинно виникнути від подразнення іншого. Наприклад, кольоровий слух.

СИНТЕЗ (синтез) — *synthesis* — уявне або практичне сполучення розчленованих у ході аналізу частин предмета, встановлення їх взаємодії і зв'язків для пізнання чи конструювання цього предмета як цілого.

СЛАБКИЙ ТИП ВИЩОЇ НЕРВОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ (слабый тип высшей нервной деятельности) — *typus psychoasthenicus systematis nervosi supremi* — тип нервової системи, що характеризується слабкістю процесів збудження і гальмування.

СОМНАМБУЛІЗМ (сомнамбулизм) — *somnambulismus* — стан зміненої свідомості, властивий амбулаторному автоматизму, який настає під час сну, коли хворий встає вночі з ліжка, виконує у квартирі або на вулиці ряд складних дій, проявляючи при цьому рухову спритність, у ряді випадків недоступну в нормальному стані, а потім засинає знову.

СОМНОЛЕНТНІСТЬ (сомнолентность) — *somnolentia* — синдром загального порушення свідомості. Контакт з хворим можливий. Відповіді на питання даються не зразу, частіше «так» або «ні». До свідомості доходять дуже сильні подразники. Орієнтація в оточуючому неповна. Після виходу з цього стану має місце часткова амнезія.

СОПОР (сопор) — *sopor* — синдром загального порушення свідомості. Хворі вербальному контакту не доступні, нерухомо лежать, іноді спостерігаються безладні рухи. Із зовнішніх подразників сприймаються тільки дуже сильні, наприклад, біль. Знижена рефлекторна діяльність. Можуть бути патологічні рефлекси, вегетативні порушення. Спогади на період сопору не зберігаються.

СПРИЙНЯТТЯ (восприятие) — *perceptio* — рівень чуттєвого пізнання, вищий, порівнюючи з відчуттям, відображення предметів і явищ у сукупності їх властивостей при безпосередній дії їх на аналізатори. Цілісний образ предмета або явища. Фізіологічною основою сприйняття є взаємодія багатьох аналізаторів, синтезу багатьох відчуттів.

СТАТЕВИЙ ІНСТИНКТ (половой инстинкт) — *instinctus sexualis* — інстинкт, що пов'язаний з продовженням роду, виявляється у потязі до осіб протилежної статі, статевому зближенні і зляганні.

СТАТЬ (пол) — *sexus* — сукупність анатомо-фізіологічних ознак організму, що забезпечує продовження роду і дає змогу розрізнити у більшості організмів жіночі і чоловічі особини.

СТЕРЕОТИПІЯ МОВИ (стереотипия речи) — *stereotypia verbalis* — повторення одних і тих же слів або фраз.

СТЕРЕОТИПІЯ РУХІВ (стереотипия движений) — *stereotypia motoria* — повторення того ж самого рухового акту: похитування всім тілом, згинання і розгинання тулуба, плескання в долоні тощо.

СТРЕС (стресс) — *stress* — психофізіологічний стан людини, що виникає у відповідь на різноманітні екстремальні дії, які приводять до змін перебігу психічних процесів, емоційних зрушень, а також порушень рухової та мовної поведінки.

СТУПОР (ступор) — *stupor* — стан повної нерухомості з підвищенням м'язового тону, що виявляється у припиненні будь-якої довільної діяльності, у відсутності реакції на подразнення і мутизмі. Хворий у стані ступору не реагує не тільки на незначні подразники середовища, але й і на подразники, що загрожують життю.

СУБ'ЄКТИВНІСТЬ (субъективность) — *subjectivitas* — ставлення до когось або чогось, яке зумовлюється, визначається особистими поглядами, інтересами, смаками, уподобаннями суб'єкта.

СУБЛІМАЦІЯ (сублимация) — *sublimatio* — заміщення сексуального об'єкта потягом до соціально-прийнятливої діяльності індивіда.

СУГЕСТОЛОГІЯ (суггестология) — *suggestologia* — інтегративна галузь наукового дослідження, що вивчає психологічні явища навіювання та самонавіювання.

СУДЖЕННЯ (суждения) — *iudicium* — основна форма мислення, у якій утверджується або заперечується наявність у предметах і явищах тих чи інших ознак, властивостей, зв'язків або відношень між ними.

СУЇЦИД, СУЇЦИДАЛЬНА ТЕНДЕНЦІЯ (суицид, суицидальная тенденция) — *suicidium, suicidomania* — самовбивство, тенденція до самовбивства внаслідок спотворення інстинкту самозбереження. Суїцид спостерігається при депресивних, депресивно-параноїдних станах, декомпенсації психопатій.

«СХЕМИ ТІЛА» ПОРУШЕННЯ («схемы тела» нарушение) — *pseudopolymelia paraesthetica* — психічний розлад, коли хворий сприймає своє тіло зміненим, що, воно стало важчим або легшим, зменшилось або збільшилось чи змістились окремі його частини, наприклад, голова відокремилась від тулуба, надзвичайно збільшилась або зменшилась.

ТАБУ (табу) — *taboo* — 1) елемент магічної свідомості первісних народів, означає релігійну заборону деяких дій, порушення якої нібито карається потойбічними силами; 2) переносно - заборона за взаємною згодою учасників спілкування або членів певної соціальної спільності на деякі слова, вчинки і типи реакцій.

ТАКТИЛЬНИЙ (тактильный) — *tactilis* — той, що належить до дотикових відчуттів, сприймається дотиком.

ТАНАТОФОБІЯ (танатофобия) — *thanatophobia* — нав'язливість, що характеризується страхом, побоюванням раптової смерті.

ТЕЛЕОЛОГІЯ (телеология) — *teleologia* — вчення, яке стверджує, що нібито все у природі і суспільстві має наперед визначену мету, доцільність.

ТЕЛЕПАТІЯ (телепатия) — *telepathia* — «відчування на відстані»; явище, що вивчається парапсихологією у взаємному спілкуванні в думках між передавачем і приймачем інформації (індуктором і реципієнтом).

ТЕМАТИЧНИЙ АПЕРЦЕПЦІЙНИЙ ТЕСТ (тематический аперцептивный тест) — *test urn aperceptivum thematicum* — проективний тест, запропонований американськими психологами Г. Морреєм і Г. Морганом для

дослідження особистості: 30 чорно-білих зображень ситуацій, що припускають багатозначне тлумачення, за якими досліджуваний має скласти 30 оповідань.

ТЕМПЕРАМЕНТ (темперамент) — *temperamentum* — індивідуально-типологічна характеристика людини, що виявляється у силі, напруженості, швидкості та врівноваженості перебігу її психічних процесів.

ТЕСТИ ОСОБИСТОСТІ (тесты личностные) - *testa personalitatis* — психологічні тести для вивчення особистості: установки, цінності, відношення, емоційні та мотиваційні властивості, типові форми поведінки тощо. Відомо багато різновидів цих тестів: шкали та опитування, ситуаційні тести, оціночні завдання, проєктивні методи та ін.

ТЕСТИ ПСИХОЛОГІЧНІ (тесты психологические) — *testa psychologica* — система прийомів для виявлення та оцінювання окремих психічних рис і властивостей людини.

ТИК (тик) — *tic* — мимовільні смикання певних м'язів або груп м'язів обличчя, шиї, рук та ін. Тик свідчить про порушення нервової регуляції, може бути тимчасовим або хронічним.

ТОКСИКОФОБИЯ (токсикофобия) — *toxicophobia* — хворобливий нав'язливий стан, який характеризується страхом перед отруєнням. Може бути наслідком навіювання.

ТРАНЗИТИВИЗМ (транзитивизм) — *transitivismus* — перенесення хворим власних переживань на оточуючих здорових людей, які здаються йому хворими.

ТРАНКВІЛІЗАТОРИ (транквилизаторы) — *tranquillisantia* — психофармакологічні (психотропні) препарати, що заспокійливо (седативне) впливають на психічну діяльність.

ТРАНС (транс) — *transe* — психічний розлад, що характеризується автоматичністю актів поведінки у стані потьмареної свідомості або звуженого поля свідомості.

ТРАНСВЕСТИЗМ (трансвестизм) — transvestismus — статеве задоволення при переодяганні в одяг протилежної статі.

ТРИАДА КРЕПЕЛІНА (триада Крепелина) — trias Kraepelini — підвищений настрій, психомовне збудження, підвищення рухової активності (при маніакальному стані); пригнічений настрій, психомовне гальмування, рухова загальмованість (при меланхолічному стані).

ТРИАДА ЯСПЕРСА (триада Ясперса) — trias Jaspersi — початок хвороби у зв'язку з безпосередньою дією психічної травми, відображення змісту психічної травми в клінічній картині хвороби, припинення психічного розладу по закінченні дії психічної травми. Спостерігається при реактивних психозах.

ТРИСКАЙДЕКАФОБИЯ (трискайдекафобия) — triskaidekaphobia — нав'язлива боязкість числа 13.

ТРУДОТЕРАПІЯ (трудтерапия) — ergotherapie — науково обгрунтоване лікування працею, залучення хворих, до трудової, творчої, свідомої діяльності. Трудтерапия сприяє стимуляції компенсаторних можливостей, у психічно хворих людей, відновленню втрачених і максимальній організації збережених психічних функцій.

УВАГА (внимание) — attentio animi — здатність зосереджуватись на зовнішньому або внутрішньому подразнику. Увага є психічною функцією, яка характеризується вибіркоким ставленням до об'єктів психічної діяльності, коли з великої кількості подразників свідомість виділяє один або кілька.

УВАГА АКТИВНА (внимание активное) — attentio animi activa — свідоме, умовнорефлекторне вироблене, цілеспрямоване зосередження психічної діяльності на певних явищах.

УВАГА, ВІДВЕРТАННЯ УВАГИ (внимание, отвлечение внимания) — attentio animi derivativa — порушення уваги, що характеризується ослабленням концентрації та стійкості уваги.

УВАГА, ЗАГАЛЬМОВАНІСТЬ УВАГИ (внимание, заторможенность внимания)— *attentio animi inhibitoria* — порушення механізму переключення уваги з одного предмета, явища на інший, що пояснюється інертністю основних кіркових процесів.

УВАГА ПАСИВНА, МИМОВІЛЬНА (внимание пассивное, непроизвольное) — *attentio animi passiva* — привертання уваги на будь-який із численних зовнішніх подразників, під владою яких перебуває людина. Недостатньо концентрована, надмірно рухлива увага раптово переключається з одного предмета на інший. В її основі лежить безумовно зорієнтований рефлекс («Що таке?»).

УВАГА, ПРИКУТІСТЬ УВАГИ (внимание, прикованность внимания) — *attentio animi fixa* — посилення концентрації уваги та її стійкості. Характерна для хворих у стані депресії, осіб з іпохондричними явищами і маячних хворих.

УВАГА, СЛАБКІСТЬ АКТИВНОЇ УВАГИ (внимание, слабость активного внимания) — *attentio animi asthenica* — нездатність до тривалого напруження уваги у напрямі одного об'єкта, труднощі зосередження.

УМОВИВІД (умозаключение) — *logismus* — одна з основних форм теоретичного мислення, спосіб логічного зв'язку висловлювань.

УРОФОБИЯ (урофобия) — *urophobia* — нав'язливий страх відчутти у невідповідний час непереборний раптовий позив до сечовипускання.

УСТАНОВКА (установка) — стан готовності до певної активності, спрямованої на задоволення тієї чи іншої потреби.

УЩІЛЬНЕННЯ, АГЛЮТИНАЦІЯ ПОНЯТЬ (сгущение, агглютинация понятий) — *agglutinatio* — злиття двох понять у одне, наприклад: «перчило» (перо і чорнило), «уссурай» (Уссурійський край), «тама» (тато і мама).

УЯВА (воображение) — *imagnatio* — психічний процес, що полягає у створенні людиною образів, думок на базі її попереднього досвіду.

УЯВЛЕННЯ (представление) — *cognitio* — не чітко узагальнена копія попереднього сприйняття образів, предметів і явищ, які оживляються в свідомості, але в даний момент не діють на органи чуття. Основою уявлення є минулий досвід людини.

ФАЗА ЗРІВНЯЛЬНА (фаза уравнительная) — *phasis aequalis* — патофізіологічний стан, що характеризується реакцією однакової сили на сильний і слабкий подразник.

ФАЗА НАРКОТИЧНА (фаза наркотическая) — *phasis narcomatosa* — патофізіологічний стан, що характеризується відсутністю реакції нервової системи на слабкий подразник і значно зниженою реакцією на сильний подразник.

ФАЗА ПАРАДОКСАЛЬНА (фаза парадоксальная) — *phasis paradoxalis* — патофізіологічний стан, що характеризується тим, що слабкий подразник викликає неадекватно сильний ефект, сильну реакцію і, навпаки, сильний подразник — слабку реакцію.

ФАЗА УЛЬТРАПАРАДОКСАЛЬНА (фаза ультра парадоксальная) — *phasis ultraparadoxalis* — патофізіологічний стан, що характеризується тим, що на позитивний подразник виникає негативна реакція і навпаки. Наприклад, добре ставлення до хворого розцінюється як вороже.

ФАКТОР (фактор) — *factor* — умова, рушійна сила, причина якогось явища, процесу.

ФАНАБЕРСТВО (фанаберство) — риса поведінки особистості, чванливе, погордливе ставлення до навколишніх, пиха, зарозумілість.

ФАНТАЗІЯ (фантазия) — *phantasia* — процес створення людиною нових образів на основі пережитого. Може бути реалістичною і пустою, беззмістовною.

ФАНТАЗМИ ІСТЕРИЧНІ (фантазмы истерические) — *phantasmata hysterica* — різні вигадки незвичайних подій, яких насправді не було, прагнення поставити себе у центрі уваги навколишніх, Спостерігається при

невротичній істерії, істеричній психопатії. Хворий з чуттєвою яскравістю переживає своє несправжнє сприймання як щось достовірне.

ФАНТАЗМИ ПАРАЛІТИЧНІ (фантазми паралитические) — phantasmata paralytica — вигадки безглузлого змісту, що виникають у випадках виявленого слабоумства, наприклад, при прогресивному паралічі.

ФЕТИШИЗМ (фетишизм) — fetichismus — настання статевого збудження і задоволення не при реалізації статевого акту, а при спогляданні предметів жіночого туалету, дотику до них.

ФІЗІОГНОМІКА (физиогномика) — physiognomica — вчення про зв'язок психічного складу і характеру людини за будовою і формою її обличчя, тіла.

ФІЛОГЕНЕЗ (филогенез) — phylogenesis — історія розвитку різних родів і видів організмів.

ФОБІЇ (фобии) — phobiae — нав'язливі страхи, які людина не в змозі переборювати. Виявляються при окремих психічних захворюваннях та неврозах.

ФРИГІДНІСТЬ (фригидность) — frigiditas — пониження статевого потягу (лібідо) у жінок. Може бути природженим або набутим внаслідок органічних захворювань статевої сфери, а також внаслідок психогенії, нервово-психічних захворювань.

ФРОТТЕРИЗМ (фроттеризм) — frottage — нав'язливий потяг доторкнутися прикритими одягом статевими органами або сексуально чутливими (ерогенними) частинами тіла до осіб протилежної статі. При цьому досягається почуття оргазму.

ФРУСТАЦІЯ (фрустрация) — frustratio — психічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає у конфліктних ситуаціях, які перешкоджають досягненню мети чи задоволенню потреб та бажань, загрожують людині, її престижу, гідності.

ФУГА (фуга) — fuga — стан розладнаної свідомості (звуження поля свідомості). При цьому хворий, не усвідомлюючи навколишнього, виконує в

непідходящих обставинах ряд звичайних дій, наприклад, кружляє на одному місці, кидається бігти, у тролейбусі знімає і надіває одягу тощо. Людина діє автоматично, безтямно.

ХАРАКТЕР (характер) — character — комплекс сталих психічних властивостей людини, що виявляються у її поведінці та діяльності, у ставленні до праці, колективу, до самої себе. Характер є стрижнем особистості, головним визначальником її індивідуальності.

ЦИКЛОЇД (циклоид) — typus cycloideus — тип психічної конституції особистості, що відзначається живим темпераментом, піднесеним настроєм з деякою схильністю до вагань. Циклоїди товариські, активні, вразливі, моторні, їх мотиви і вчинки чіткі й зрозумілі.

ЦИКЛОТИМІЯ (циклотимия) — cyclothymia — психічне захворювання, легка форма маніакально-депресивного психозу.

ЧУТТЯ (чутство, чутье) — sensus — 1) особливий психічний стан підсвідомого відображення явищ і подій, інтуїтивне передчуття їх; 2) особливе переживання, що супроводжується вдоволенням чи невдоволенням кимось або чимось. Чуття є суб'єктивним виявом емоційної реакції людини.

ШИЗОЇД (шизоид) — typus schizoideus — тип психічної конституції особистості, що відзначається зниженням гостроти емоційних переживань, відлюдністю. Шизоїди незграбні, вайлуваті, засмучені., У них часто спостерігаються немотивовані спалахи гніву, дратівливості, що спонукаються якимись внутрішніми імпульсами.

ШИЗОФРЕНІЧНЕ НЕДОУМСТВО (шизофреническое слабоумие) — schizophrenia. — *Див. Недоумство транзиторне.*

ШПЕРРУНГ (шперрунг) — sperrung — зупинка, відсутність думок, перерва мислення. *Див. Мислення, затримка, зупинка.*

ЮРОДСТВО (юродство) — граничне самоприниження людини, що виявляється у формі гротесково-трагічної особистості.

Я (я) — ego — категорія у психології для означення індивідуальності, неповторності особистості.

ЯКТАЦІЯ (яктація) — jactatio — збудження, що характеризується різноманітними рухами кінцівок, головою з боку в бік, які виникають в межах ліжка. Цей симптом спостерігається при глибокому потьмаренні свідомості, наприклад, хореатичному синдромі.

ЯТРОГЕНІЯ (ятрогения) — jatrogenia — різновид психогенії, що виникає внаслідок спілкування з лікарем, середнім медичним персоналом, коли останні нехтують правилами деонтології, необережно висловлюються з приводу страждання хворого. Завдяки цим висловам хворий вважає, що у нього важка невиліковна хвороба. Розвивається цей симптом у напрямку іпохондрії, іпохондричного синдрому.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1998. – 528 с.

Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. - Ростов-на-Дону: Феникс, 1997.

Алкоголизм. Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. - М.: Медицина, 1983. – 432 с.

Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека/ Под ред. И.А. Полищука, А.Е. Видренко. - К.: Здоров'я, 1979. – 32 с.

Блейхер В.М. Эпонимический словарь психиатрических терминов. - К.: Вища шк., 1980. – 240 с.

Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов/ Под ред. С.Н. Бокова. - Воронеж: Изд-во НПО "МОДЭК", 1995. – 640 с.

Булахова Л.А., Саган О.М., Зинченко и др. Детская психоневрология. – К.: Здоров'я, 2001. – 496 с.

Влох І.Й., Михняк С.І, Сувало Б.П. Довідник з терапії психічних захворювань. - Львів: Каменяр, 1998. – 78 с.

Вітенко І.С. Загальна та медична психологія. - К.: Здоров'я, 1994.– 296 с.

Вітенко І.С., Влох І.Й., Напрєєнко О.К. та ін. Практикум з психології. – Київ-Львів: Аліот, 2001. – 144 с.

Гавенко В.А., Самардакбва Г.О., Бачериков М.Є. Психіатрія і наркологія. - К.: Здоров'я, 1993. – 192 с.

Гельдер Майкл, Гэт Деннис, Мейк Ричард. Оксфордское руководство по психиатрии: пер. с англ. - К.: Сфера, 1997. - Т. 1. – 299 с.; Т. 2. – 435 с.

Жариков Н.М., Урсува Д.Ф. Психиатрия. - М.: Медицина, 1989. – 496 с.

Каплан Г.И., Сэддок Б.Дж. Клиническая психиатрия: пер. с англ. - М.: Медицина. 1994. - Т. 1. – 672 с.; Т. 2. – 524 с.

Клиническая психиатрия / Под ред. проф. Н.Е. Бачерикова. - К.: Здоров'я, 1989. – 512 с.

Клиническая психиатрия: пер. с англ., доп./ гл. ред. Т.Б. Дмитриева. - М.: ГЭОТАР "Медицина", 1998. – 505 с.

Клиническая психиатрия/ Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера: пер. с нем. - М.: Медицина, 1967. – 832 с.

Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста.- М.: Медицина, 1995.–560 с.

Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник. - М.: Медицина, 1995. – 608 с.

Краткий курс психиатрии. Международная классификация болезней (10 пересмотр)/ Под ред. проф. В.П. Самохвалова. - Симферополь: СОНАТ, 2000. – 344 с.

Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих. Клінічний посібник/ За ред. проф. П.В. Волошина, проф. В.М. Пономаренка, проф. О.К. Напрєєнка, проф. Н.О. Морути та ін. - Харків: Арсис. 2000. – 303 с.

Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків. Клінічний посібник/ За ред. проф. П.В. Волошина, проф. В.М. Пономаренка, проф. В.С. Підкоритова, проф. О.К. Напрєєнка та ін. - Харків: Фоліо, 2001. – 271 с.

Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство). - М.: Изд-во Московского ин-та, 1999. – 497 с.

Кузнецов В.М., Чернявський В.М. Психіатрія.- К.: Здоров'я, 1993. – 344 с.

Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. - М.: Медицина. 1984. – 272 с.

Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая нарколофия. - Л.: Медицина. 1991. – 302 с.

Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф., Ледерах-Гофманн. Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря: пер. з нім./ За ред. проф. О.К. Напрєєнка. - К.: Адеф - Україна, 1997. – 328 с.

Марута Н.А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах. - Харьков: Арсис, 2000. – 160 с.

Москаленко В.Ф., Гойда Н.Г., Напрєєнко О.К. Стан психіатричної допомоги в Україні на кінець 2000 року та перспективи її розвитку/ Вісник психічного здоров'я. - 2001. - № 1-2. - с. 5-13.

Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. – М.: Восток, 1996. – 288 с.

Напрєєнко А.К., Петров К.А. Психическая саморегуляция. - К.: Здоров'я, 1995. – 240 с.

Напрєєнко А.К., Логановский К.Н. Экологическая психиатрия. - К.: Полиграфкнига, 1997. – 95 с.

Напрєєнко О.К., Влох І.Й., Голубков О.З., Сонник Г.Т. Психіатрія/ За ред. проф. О.К. Напрєєнка. – К.: Здоров'я, 2001. – 584 с.

Портнов А.А., Федотов Д.Д. Психиатрия. - М.: Медицина, 1971. – 471 с.

Руководство по психиатрии/ Под ред. А.В. Снежневского. - М.: Медицина, 1983. - Т. 1. – 480 с.; Т. 2. – 544 с.

Руководство по психотерапии/ Под ред. В.Е. Рожнова. - Ташкент: Медицина, 1995. – 719 с.

Руководство по психиатрии/ Под ред. Г.В. Морозова. - М.: Медицина, 1988. - Т. 1. – 640 с.; Т. 2. – 640 с.

Сарторіус Норман. Розуміння класифікації психічних розладів МКХ-10: пер. з англ. С.І. Міхняка, І.Й. Влох: - Львів: Фенікс, 1999. – 95 с.

Скрипніков А.М. Порушення здоров'я сім'ї при розладі особистості у чоловіків. – Харків: Основа, 2001. – 274 с.

Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. - К.: Здоров'я, 1982. – 376 с.

Сонник Г.Т., Діщук І.П. та інші. Короткий тлумачний словник психіатричних термінів. – Полтава-Чернівці, 1993. – 72 с.

Сонник Г.Т., Касьяненко М.А., Скрипников А.Н. Медицинская психология. – Полтава, 2000. – 232 с.

Сонник Є.Г. Сексуальна дисгармонія подружніх пар та внутрішньосімейна дезадаптація при шизофренії у чоловіка (клініко-соціальний аналіз). – Харків: Основа, 2001. – 292 с.

Справочник врача-психиатра/ Под ред. Г.Л. Воронкова, А.Е. Видренко, И.Д. Шевчук. - К.: Здоров'я, 1990. – 352 с.

Справочник по клинической фармакологии и фармакотерапии/ Под ред. проф. И.С. Чекмана, проф. А.П. Пелешука, О.А. Пятака. - К.: Здоров'я. 1987. – 736 с.

Судебная психиатрия: Руководство для врачей/ Под ред. Г.В. Морозова. -М.: Медицина, 1988. – 400 с.

Телле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. - Минск: Высшая школа, 1999. – 496 с.

Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ: пер. с англ./ Под ред. А.В. Казанской. - М.: Прогресс - Литера - Яхтсмен, 1996. - Т. 1. – 576 с.; Т. 2. – 776 с.

Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. - М.: Медицина, 1986. – 348 с.

Этика практической психиатрии: Руководство для врачей/ Под ред. В.А. Тихоненко. - М.: РИО ГНЦС и СП им. В.П. Сербского, 1996.

Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии/ Под ред. Б.Д. Петрова. - М.: Медгиз, 1951. – 480 с.

Янигак Ф.Дж., Дэвис Дж.М., Прескорн Ш.Х, Аид Ф.Дж. Принципы и практика психофармакотерапии: пер. с англ. С.А. Малярова. - К.: Ника-Центр, 1999. – 728 с.

Яновский С.С. Жизнь и научная деятельность основоположника психиатрии славянских стран П. А. Бутковского. - К., 1996. – 26 с.

Ясперс К. Общая психопатология: пер. с нем. - М.: Практика, 1997.