**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Факультет: Медико-фармацевтичний**

**Кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії**

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Проректор з науково-педагогічної роботи

_____ Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

01 вересня 2025 року

# МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ЛЕКЦІЙ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «ПСИХІАТРІЯ І НАРКОЛОГІЯ»

**Рівень вищої освіти:** другий (магістерський)

**Галузь знань:** 05 «Соціальні та поведінкові науки»

**Спеціальність:** 053 «Психологія»

**Освітньо-професійна програма:** Практична психологія

**Одеса - 2025**

**Затверджено:**

Засіданням кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від 26 серпня 2025 року

Завідувач кафедри Євген ОПРЯ

**Розробники:**
Завідувач кафедри, проф. Опря Є.В.
Доцент кафедри, доц. Чернова Т. М.
Доцент кафедри, доц. Єрмуракі П.П.
Доцент кафедри, доц. Донець О.Ю.
Доцент кафедри, доц. Горячев П.І.
Доцент кафедри, доц. Волощук Д.А.
Доцент кафедри, доц. Кантарьова Н.В.

**Лекція «Предмет і завдання психіатрії та наркології, їх місце серед інших медичних дисциплін. Історія розвитку та сучасний стан психіатрії та наркології. Класифікація психічних розладів, поняття психопатологічного симптому, синдрому та захворювання, регістри психічних розладів».**

Згідно з концепцією реформування психіатричної допомоги в Україні, першочерговим завданням є гарантія соціального захисту пацієнтів з психічними розладами, їхніх родичів і тих, хто надає допомогу названому контингентові хворих. Правове Забезпечення охорони психічного здоров'я в межах норм цивілізованих країн закріплено першим Законом України "Про психіатричну допомогу", прийнятим у 2000 році. Він визначає правові та організаційні засади цього виду допомоги, виходячи з пріоритету прав і свобод особистості. Значущість соціальних питань з психіатрії зростає разом із демократизацією українського суспільства.

Соціальні аспекти психіатрії визначають потребу в посиленій увазі до суспільного становища душевнохворих, до прав на висококваліфіковане лікування та інформовану згоду пацієнтів на отримання відповідної медичної допомоги, на конфіденційність цієї допомоги і на відмову від неї, на послуги адвоката) професійну діяльність, певні пільги тощо. Важливою складовою соціальних прав психічно хворих є дотримання етичних принципів у психіатрії. Протягом останніх років науковцями та організаторами психіатричної служби адаптовано до умов України відповідний розділ Міжнародної класифікації хвороб X перегляду (МКХ-10), затвердженої Всесвітньою організацією охорони здоров'я. В 1998 р. його впроваджено в практику психіатричних закладів нашої країни. Ведеться робота з підготовки МКХ-11. Це послужило мотивацією до вміщення до підручника не тільки традиційної вітчизняної класифікації психічних захворювань, але й МКХ-10, а також відповідної класифікації, прийнятої Американською асоціацією психіатрів (DSM-IV), як найвідоміших у світі. Такий підхід сприятиме формуванню широкого професійного світогляду молодого спеціаліста.

Головними шляхами подальшого реформування психіатричної служби є:

зміцнення амбулаторної її ланки;

- розвиток мережі денних психіатричних стаціонарів, відкриття психосоматичних відділень і психотерапевтичних підрозділів у медичних закладах загальносоматичного профілю;
- посилення психогігієнічних та психопрофілактичних заходів, особливо силами первинних структур служби охорони здоров'я, на виробництвах, сільськогосподарських підприємствах, у навчальних закладах тощо;
- оптимізація рівня викладання психолого-психіатричних дисциплін на всіх етапах підготовки фахівців-психіатрів, лікарів іншого профілю (зокрема, сімейних), медичних психологів, соціологів, середніх і молодших медичних працівників;

- систематичне висвітлення відповідних тем у засобах масової інформації з метою подолання упередженого ставлення до осіб з порушенням психічного (психосоматичного) здоров'я, поліпшення обізнаності населення стосовно біологічних, психологічних і соціальних причин виникнення психічних розладів та ознайомлення з досягненнями сучасної медицини, що сприяють подоланню страждань цих хворих та членів їхніх сімей, відмові від соціальної ізоляції, "стигматизації" таких пацієнтів і поверненню більшості з них до активного способу життя. Йдеться також про підвищення рівня правових знань усіх суб'єктів, які задіяні в наданні та отриманні психіатричної допомоги.

Погляди на історію формування вітчизняної психіатрії, що відображені у відповідних виданнях попередніх десятиліть, доповнено сучасними науково обґрунтованими даними про внесок українських учених і практиків у розвиток світової психіатрії.

1. **Мета та завдання:**

- Навчальні

продемонструвати особливості структури психіатричної служби, а також досягнення вітчизняної психіатрії, як складової ланки світової психіатричної служби.

- Виховні

на прикладі досягнень вітчизняної психіатрії сформувати у здобувачів почуття гордості та національної гідності.

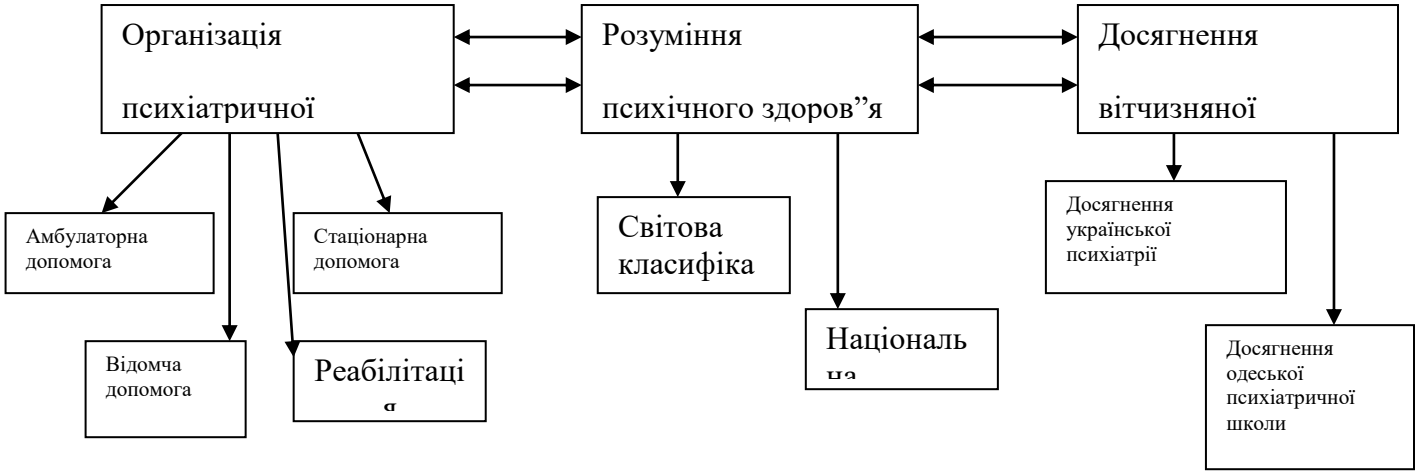
## 2. План та організаційна структура лекції.

| №№ п.п. | Основні етапи лекції та її зміст | Цілі у рівнях абстракції | Тип лекції, оснащення лекції | Розподіл часу |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | ***Підготовчий етап***<br>Визначення навчальних цілей | **Знати:**<br>особливості структури психіатричної допомоги та досягнення вітчизняної психіатрії | Інформативний<br>Таблиці | 5% |
| 2. | Забезпечення позитивної мотивації | на прикладі життя та діяльності професора О.А. Шевальова | | 5% |
| 3. | ***Основний етап***<br>Викладення лекційного матеріалу.<br>План:<br>1.Організація психіатричної допомоги.<br>2.Вітчизняна психіатрія як складова частина світової психіатричної допомоги<br>3.Права психічно хворих<br>4.Основні напрямки розвитку вітчизняної психіатрії<br>5.Вклад Одеської психіатричної школи в розвиток вітчизняної психіатрії | Зміст лекції | | 85% |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4.<br><br>5.<br><br>6. | ***Заключний етап***.<br>Резюме лекції, загальні висновки.<br>Відповіді лектора на можливі запитання.<br>Завдання для самопідготовки здобувачів | | Список літератури, питання, завдання | 5% |

**3. Зміст лекційного матеріалу:**

- Структурно-логічна схема змісту лекції



До 1922 р. кафедра психіатрії спочатку Одеського університету, а згодом — Одеського медичного інституту була органічно пов'язана з кафедрою нервових хвороб, мала спільні з нею керівництво і клінічну базу для викладання і наукової роботи.

Першим викладачем психіатрії з 1905 по 1913 рр. був учень академіка В. М. Бехтєрева Микола Михайлович Попов — автор першого болгарського керівництва з психіатрії. Його змінив на посаді професор Володимир Миколайович Образцов, який завідував кафедрою з 1913 по 1922 рр.

На той час викладання психіатрії обмежувалося невеликим курсом лекцій, частково ілюстрованим демонстраціями хворих. Для практичного знайомства здобувачів із психічно хворими проводилися групові екскурсії до міської психіатричної лікарні. Доповненням до викладання психіатрії були приват-доцентські курси «вибрані розділи клінічної психіатрії» (приват-доцента Б. І. Воротинського)

Лекції професора М. М. Попова користувалися великою популярністю серед здобувачів і лікарів. Цей курс було видано 2-томним підручником: «Основи общей психопатологии» (1921) і «Основи частной психопатологии» (1921).

У 20-ті рр. XX ст. відбулось розділення кафедр неврології і психіатрії. У 1922 р. самостійну кафедру психіатрії очолив головний лікар лікарні професор Анатолій Дмитрович Коцовський, а з 1923 р. — професор Євген Олександрович Шевальов — учень академіка В. М. Бехтєрева. Наслідуючи приклад свого вчителя, Є. О. Шевальов нерозривно поєднав педагогічну, наукову, лікувальну роботу з активною суспільною й організаційною діяльністю. В першу чергу його стараннями було значно розширено амбулаторну роботу при кафедрі психіатрії. Розбори амбулаторних хворих стали основною ланкою практичного знайомства здобувачів з психіатрією. Згодом у січні 1927 р. було відкрито психіатричну клініку медичного інституту з палатами на 50 хворих, аудиторіями, музеєм, лабораторіями і навчальними кімнатами для здобувачів. Є. О. Шевальов брав активну участь в організації спеціалізованої психіатричної допомоги хворим з неврозами в структурі новоствореного психоневрологічного диспансеру і Лермонтовського санаторію.

За ініціативою Є. О. Шевальова на кафедрі розпочато читання факультативного курсу психології.

У січні 1935 р. було створено паралельну кафедру психіатрії педіатричного факультету, яку очолив професор Лев Арикович Мирельзон.

Професор Є. О. Шевальов виховав велику плеяду блискучих учнів, які здійснили вагомий внесок у розвиток науки і практики. Серед них професори Л. А. Мирельзон, Я. М. Калашник, А. М. Халецький, О. С. Познанський, доценти Я. М. Коган, Ю. О. Перельмутер, асистенти О. О. Широков, І. Б. Гольдштейн, Л. Я. Сосюра-Веліканова.

Основними науковими напрямками кафедри були вивчення психопатологічної структури психічних розладів, дослідження клінічних проявів і розробка питань лікування і реабілітації хворих, які страждають на межові нервово-психічні розлади, епілепсію.

До найвагоміших наукових творчих доробків професора Є. О. Шевальова слід зарахувати роботи: «Про паралогічне мислення», «Про мислення вголос при психічних захворюваннях», «Про опір психозу», «Про спізнілу реактивність» та ін.

В роки окупації Є. О. Шевальов, вже будучи хворою людиною, залишався на посаді головного лікаря Одеської обласної психіатричної лікарні. Як людина освічена, яка володіла іноземними мовами, він шукав компроміс з окупаційною владою з єдиною метою — зберегти життя душевнохворих. В результаті Одеська обласна психіатрична лікарня — одна з небагатьох, яка за часів окупаційного режиму не лише зуміла захистити своїх пацієнтів від нелюдського знищення, а й зберегти від голокосту осіб єврейського походження та переховувати в стінах лікарні підпільників. Така громадянська позиція проф. Є. О. Шевальова є прикладом для наступних поколінь лікарів.

## ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Серед клінічних дисциплін психіатрії належить особливе місце. Завдяки інтеграційним властивостям та надзвичайній чутливості до змін історичної епохи вона вивчає одночасно і тіло, і душу, й соціальне середовище, яке так чи інакше впливає на психіку і нерідко призводить до психічних розладів.

Але перш ніж досягти сучасного рівня, психіатрія пройшла довгий і складний шлях. Зазвичай виділяють теологічний, метафізичний і матеріалістичний періоди історії становлення психіатрії, які певною мірою характеризують рівень соціально-економічного розвитку суспільства, його культуру та ідеологію. Відповідно до поглядів і уявлень про природу психічних захворювань у той чи інший період застосовувалися різні методи лікування. Наукове обгрунтування новітні методи лікування дістаои лише в останні 30 років, коли почали широко застосовувати психофармакотерапію та соціальні підходи в широкій психіатричній практиці.

Сучасні тенденції розвитку психіатрії в цивілізованому світі характеризуються гуманним ставленням і толерантністю до психічно хворих, дотриманням їх законних прав з боку держави. Організація психіатричної служби передбачає максимальне наближення допомоги за місцем проживання хворих, мінімальну ізоляцію їх від сім'ї, партнерство пацієнта і лікаря. Важливо також поєднати зусилля державних органів і громадських організацій у справі надання медико-соціальної допомоги психічно хворим та їх родинам.

Особлива роль у діагностиці і лікуванні хворих покладається на амбулаторні служби психічного здоров'я. Зазвичай більша частина хворих розпочинає і закінчує лікування амбулаторно, і лише незначна частина їх (до 10 %) потребує стаціонарного лікування. До психіатричної клініки госпіталізують, головним чином, хворих з тяжкими психотичними розладами.

До основних принципів організації психіатричної допомоги в сучасних умовах належать:

— розвиток переважно амбулаторної психіатричної мережі;

— інтеграція психіатричних і загальносоматичних служб охорони здоров'я;

— максимальне наближення допомоги до пацієнта;

— інтенсифікація лікування за допомогою сучасних медикаментозно-біологічних методів і психофармпрепаратів;

— підвищення ролі особистісно орієнтованих лікувально-діагностичних підходів;

— мінімальна ізоляція психічно хворих від соціального оточення та

пом’якшення медико-соціальних наслідків психічних недуг;

— спадкоємність у діяльності загальнолікарняної й психіатричної мереж, а також усіх інших установ і організацій, залучених до охорони психічного здоров’я населення;

— широке впровадження в психіатричну практику соціальних форм і методів лікування хворих, сприяння відновленню їхнього соціального і особистісного статусу;

— забезпечення прав і свобод осіб із психічними розладами;

— вживання психогігієнічних і профілактичних заходів. Дотримання цих принципів дає змогу створити цілісну систему заходів, які стосуються головних вимог психіатричної допомоги.

Психіатричну допомогу хворим забезпечують стаціонарні, амбулаторні та напівстаціонарні, або проміжні, психіатричні заклади. Це єдиний комплекс різних за профілем, призначенням і змістом роботи психіатричних установ. До них належать: психіатричні лікарні, диспансери (обласні, міські та районні), спеціалізовані центри (республіканські, обласні, міські та районні), психоневрологічні і психосоматичні відділення та кабінети у складі широкопрофільних міських і районних лікарень та поліклінік; денні стаціонари і лікувально-виробничі майстерні при психіатричних лікарнях, центрах, диспансерах, які є проміжною ланкою в лікувально-діагностичному і реабілітаційному процесі між стаціонарними і амбулаторними психіатричними закладами. Крім того, питання психіатричної служби розробляються у науково-дослідних інститутах, на кафедрах психіатрії вищих навчальних медичних закладів.

Стаціонарну допомогу психічно хворим надають у психіатричних лікарнях, центрах, стаціонарних відділеннях диспансерів, психоневрологічних і психосоматичних стаціонарних відділеннях при обласних, міських і районних лікарнях, а також у психоневрологічних інтернатах системи Міністерства соціального захисту населення та деяких інших відомств.

Залежно від віку і статі хворих, перебігу і стадійності психічних захворювань, нозологічної специфічності психічних розладів та конкретних

завдань і функцій, які визначають органи охорони здоров'я, лікувальні відділення поділяють на загальнопсихіатричні й спеціалізовані. В свою чергу, вони поділяються на заклади для дорослих і дітей, чоловіків і жінок, а вузькоспеціалізовані — на геронтопсихіатричні, соматопсихіатричні, епілептологічні, для судово-психіатричної експертизи, примусового лікування, інфекційні, туберкульозні, шпитальні, реабілітаційні, психосоматичні та ін. Крім того, профіль відділення може визначатися залежно від того, яким методам лікувальних впливів надається перевага — медикаментозно-біологічним чи соціальним. Зазвичай у відділенні перебувають хворі однієї статі. Проте в деяких клініках чоловіки і жінки перебувають в одному відділенні. Всім хворим, які лікуються в стаціонарі, залежно від їх психічного і соматичного стану, поряд із медикаментозно-біологічним лікуванням призначають відповідний режим, а саме: обмежувальний; диференційованого спостереження; відкритий; напівстаціонарний (денний стаціонар) або часткової госпіталізації.

Забезпечення амбулаторної психіатричної допомоги покладається на психоневрологічні диспансери, психоневрологічні відділення широкопрофільних лікарень і кабінети поліклінік за місцем проживання пацієнтів.

Згідно з сучасними тенденціями лікування психічно хворих орієнтоване на відновлення їх особистого і соціального статусу за допомогою реабілітаційних заходів. Реабілітація спрямована на раннє та ефективне лікування хворих, профілактику їх інвалідизації, своєчасне і ефективне повернення недужих та інвалідів у суспільство, до трудової діяльності. Велике значення має відновлення соціальних зв'язків, втрачених під час хвороби. Це можливо на підставі використання чинного законодавства, проведення комплексних заходів медичного, соціально-економічного, психологічного, педагогічного, юридичного характеру.

У міжнародній практиці виділяють три етапи реабілітації: медичний, професійний, соціальний. Чіткої межі між ними немає, але на кожному етапі мають вирішуватися конкретні завдання з кінцевою метою — відновлення

особистості та усунення соціальної дезадаптації.

## МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ

В практиці лікаря-психіатра важливе місце посідають такі методи дослідження:

— клініко-психопатологічний метод (розпитування, збір та аналіз суб'єктивних даних анамнезу, спостереження за хворим, за його поведінкою;

— клінічне дослідження соматичного стану;

— клінічне дослідження неврологічного стану;

— параклінічні лабораторні та інструментальні методи (електрофізіологічні, рентгенологічні, зокрема з контрастуванням судинного русла або лікворних шляхів, методи комп'ютерної діагностики);

— експериментально-психологічні та інші методи.

**Клініко-психопатологічне обстеження**

**Клініко-психопатологічне обстеження** є основним у практиці лікаря-психіатра. Основною суттю його є розпитування (бесіда) хворого, збір суб'єктивного (зі слів хворого) та об'єктивного (зі слів родичів, сусідів, знайомих, товаришів по роботі, за документальними свідоцтвами та ін. ) анамнезу та спостереження.

Найпоширенішим при обстеженні психічно хворої людини є розпитування (бесіда). Величезна кількість ознак психічної хвороби проявляється переважно суб'єктивними розладами, які можна виявити під час вміло проведеної бесіди. В такий спосіб можна виявити більшість вербальних (слухових) галюцинацій, маячення, початкові ознаки депресивних станів, астенічні стани, явища психічного автоматизму, нав'язливі стани тощо.

**Клінічне дослідження соматичного стану**

Воно має суттєве значення для правильної діагностики і призначення лікування психічно хворому. При цьому лікар повинен з'ясувати стан самопочуття хворого, його працездатність, апетит, сон та ін. Необхідно звертати увагу на загальний вигляд хворого, будову тіла, забарвлення шкіри та слизових покривів. Наявність шрамів на голові може свідчити про перенесені

черепно-мозкові травми. Пошкодження шкіри можуть бути результатом нападів у хворих на епілепсію. Татуювання на тілі часто означають групування з асоціальними колами, зокрема, можуть бути символами причетності до злочинного світу. Їх зміст і розташування на тулубі й кінцівках має суттєве значення для діагностики девіантних форм поведінки. Наприклад, хрест означає судимість або виклик на комісію у справах неповнолітніх; птах з розправленими крилами, сонце з променями, розірваний ланцюг є символами «вільного життя», непокори. У ін'єкційних наркоманів виявляються сліди свіжих і старих ін'єкцій у вигляді цяток — проколів шкіри, особливо за ходом вен, гіперпігментації за ходом вен, їх склерозування. У психопатичних осіб сліди від порізів шкіри передпліч, живота можуть свідчити про минулі демонстративні спроби самогубства (такі множинні поверхневі порізи, як правило, не характерні для серйозних суїцидальних спроб).

Загальне виснаження спостерігається у хворих з нервовою анорексією, при наявності маячних та галюцинаторних розладів, негативізму. Надмірна маса людини спостерігається при порушенні функції ендокринних залоз, при раніше проведеному лікуванні інсуліном, а іноді — й при лікуванні нейролептиками.

У відповідності до правил терапевтичної клініки хворого слід обстежити за системами (дихальна, серцево-судинна, травна, видільна). У жінок слід звертати увагу на регулярність і тривалість місячного, на особливості передменструального періоду. Аномалії геніталій, особливо у підлітків (фімоз, крипторхізм та ін.) нерідко стають «хворобливою точкою», досить часто підлітки це тримають в таємниці від усіх.

При деяких психічних захворюваннях у жінок іноді спостерігається оволосіння за чоловічим типом, ріст бороди та вусів, несформованість вторинних статевих ознак. У чоловіків можуть спостерігатися гінекомастія, низький зріст, вузькі плечі, оволосіння за жіночим типом.

Слід звернути увагу на стан фізіологічних функцій організму — сечовиділення (затримка, часте сечовиділення), стан акту дефекації (запори, часте випорожнення). Це може мати діагностичне значення (наприклад, запори при депресивних станах, затримка сечі як ускладнення прийому нейролептиків

тощо).

**Клінічне дослідження неврологічного стану**

Для психічно хворого воно має виключно важливе значення. Особливо багато клінічної інформації неврологічне обстеження дає при органічних ураженнях центральної нервової системи внаслідок черепно-мозкових травм, нейроінфекцій, при пухлинах головного мозку, тяжких інтоксикаціях тощо. У таких випадках неврологічне обстеження дає можливість встановити, які саме відділи нервової системи уражені, провести диференціювання між органічними ураженнями і так званими функціональними розладами центральної нервової системи.

Неврологічне обстеження починається з перших секунд появи хворого в кабінеті лікаря. Скуті рухи, відсутність співдружніх рухів (синкінезій) при ходінні, хода дрібними кроками є характерними для синдрому паркінсонізму. Хода з елементами атаксії дає підставу припустити розсіяний склероз, захворювання мозочка, можливість пухлини лобних часток. Крім того, порушення ходіння може бути істеричного генезу. В таких випадках симптоматика може бути надзвичайно різноманітною і не подібною до якогось окремого виду ураження нервової системи органічного характеру. Хворий у таких випадках робить химерні рухи ногами: волочить ними або, зробивши кілька кроків, падає на підлогу (астазія—абазія).

У період бесіди з хворим слід уважно оцінити вираз його обличчя, стан мови. Лікар звертає увагу на тиху монотонну мову, скандовану, гугняву, нечітке вимовляння слів — дизартрії, афатичні розлади тощо.

Особлива увага надається вивченню стану черепно-мозкової іннервації. Перевіряється реакція зіниць на світло, на конвергенцію та акомодацію. Вузькі зіниці частіше бувають у людей похилого віку, при деяких органічних ураженнях структур мозку. Широкі зіниці спостерігаються при тяжких депресивних станах, отруєнні атропіном, кокаїном, скополаміном. Інколи молоді красуні заради принадності протирають очі ваткою, змоченою в розчині атропіну, від чого зіниці розширюються і погляд стає «загадковим». Різний розмір обох зіниць (анізокорія), нерівномірність їх внутрішніх країв

спостерігаються при сифілітичному ураженні нервової системи, при старечому слабоумстві. Надмірна опуклість очних яблук, що супроводжується розширенням очних щілин, спостерігається при тиреотоксикозах. Екзофтальм може бути спричинений також пухлиною орбіти, головного мозку, паралічем окорухових нервів тощо.

При неврологічному обстеженні перевіряється симетричність носо-губних складок, бічні відхилення язика, стан фонації, ковтання, стан больової чутливості на обличчі, наявність корнеальних рефлексів, рефлексів орального автоматизму. Далі перевіряються сухожильні та періостальні рефлекси з верхніх кінцівок, захисні підошовні рефлекси, наявність патологічних рефлексів (Бабинського, Россолімо, Опенгейма, Гордона, Шефера та ін. ).

Обов'язково проводиться визначення наявності ознак ураження менінгеальних оболонок головного та спинного мозку (симптоми Керніга, Брудзинського). Детально визначається стан всіх видів чутливості не тільки на обличчі, а й на кінцівках, тулубі. Визначається стан рівноваги і координації рухів.

**Параклінічні лабораторні та інструментальні методи дослідження**

**Рентгенологічне дослідження**

Краніографія є найбільш розповсюдженим методом рентгенологічного дослідження черепа та головного мозку. Звичайно виконують 2 оглядових знімки: у прямій та боковій проекціях. У таких проекціях досягається найкращий огляд з найменшими накладаннями кісток протилежного боку. Для виявлення змін у турецькому сідлі роблять прицільні знімки. Залежно від віку на краніограмах проявляються різні симптоми підвищення внутрішньочерепного тиску. Наприклад, у підлітків спостерігаються ознаки: розходження швів черепа, поглиблення та збільшення кількості пальцьових вдавлень, збільшення порожнини та поглиблення турецького сідла, остеопороз елементів його, сплощення основи черепа. У дорослих, крім вказаних ознак, спостерігається поглиблення диплоетичних каналів, судинних та синусових борозен.

Переломи кісток черепа на краніограмах проявляються у вигляді тріщин або

лінійних переломів, вдавлених або компресійних багатоуламкових переломів зі зміщенням чи без зміщення відламків у порожнину черепа. Рентгенологічними ознаками тріщини є симптоми: блискавки, прозорості, роздвоєння та крайового дефекту.

Також на оглядових рентгенограмах черепа виявляються кальциновані пухлини, узурація кісткової тканини, порушення її при пошкодженні кістки пухлиною, патологічне розростання кісткової тканини (гіперостози) тощо.

В цілому, краніографічне рентгенологічне дослідження рекомендоване при діагностуванні пухлин, грубих атрофічних змін мозку, порушень циркуляції крові, ліквору, обмінних та інфекційних порушень.

**Нейрофізіологічне дослідження**

Нейрофізіологічні методи дослідження у психіатрії — об'єктивні засоби вивчення діяльності головного мозку, його анатомо-фізологічного стану. До найбільш розповсюджених та цінних у діагностичному відношенні належать такі дослідження: електроенцефалографія, ехо-енцефалоскопія, реоенцефалографія.

**Електроенцефалографія**

Електроенцефалографія (ЕЕГ) — метод реєстрації біологічної активності головного мозку. Електроенцефалограма складається з хвиль різної частоти, амплітуди та форми. Основними компонентами ЕЕГ є дельта-хвилі (частота 0,5–3,5 коливань на секунду — к/с), альфа-хвилі (частота 8–13 к/с) та бета-хвилі (частота 13 к/с).

Картина електричної активності головного мозку здорової людини залежить від її віку. З віком відмічається прогресивне прискорення головного ритму електричної активності, формування та стабілізація якого закінчується у 16–18-річному віці. У дорослих здорових людей регулярний синхронізований альфа-ритм (частота 9–12 к/с, амплітуда 40–60 мкВ) у потиличній корі реєструється у 70 % випадків. У тім'яній, лобній та скроневих ділянках кори альфа-ритм виражений гірше, ніж у потиличній ділянці, а переважають бета-ритм та поліморфна активність амплітудою до 30 мкВ. Переважна виразність альфа-ритму у ЕЕГ здорової людини зберігається до 60-річного віку. При старінні

відмічаються зрушення біоелектричної активності мозку, уповільнення частоти та гіперсинхронізація альфа-ритму, посилення повільної активності переважно дифузного характеру та ін.

Найбільш інформативними виявляються дані ЕЕГ при різних формах епілепсії, пухлинах, черепно-мозкових травмах, запальних процесах головного мозку.

Так, при епілепсії встановлено енцефалографічні ознаки, які дозволяють уточнити діагноз цього захворювання (пік-хвиля, повільні хвилі, гострі хвилі-піки), інколи навіть визначити тип нападу. У міжнападний період на ЕЕГ хворих на епілепсію, незалежно від типу нападу, як правило, реєструється пароксизмальна активність різноманітного характеру, піки та гострі хвилі, що іноді мають локальний характер та вказують на фокус епілептичного розряду, комплекси «пік-хвиля» та ін.

При пухлинах великих півкуль у 70–80 % випадків на ЕЕГ виражена міжпівкульова асиметрія з наявністю фокуса патологічної активності у вигляді поліморфних дельта-хвиль відповідно до ділянки ураження. У неураженій півкулі мозку зміни відсутні або легко виражені. Іноді пухлини головного мозку дають картину глибокої загальної дезорганізації біопотенціалів, що нерідко супроводжується пароксизмальною активністю різного характеру.

При запальних формах захворювання головного мозку та його оболонок на ЕЕГ виявляються переважно дифузні зміни біопотенціалів. У віддаленому періоді після запального захворювання головного мозку та його оболонок ЕЕГ у більшості (не ускладнених) випадків нормалізується. При хронічних формах енцефаліту ЕЕГ хворих, як правило, характеризується відхиленням від норми у вигляді редукції альфа-ритму, дифузної іритації кори, ознак подразнення підкіркових структур мозку.

Ступінь виразності порушень ЕЕГ у хворих на психози та межові психічні розлади корелює зі складністю психопатологічних синдромів та тяжкістю захворювання. У хворих на шизофренію спостерігається велика кількість низьковольтних швидких ЕЕГ. Альфа-ритм виявляє значні коливання частоти та амплітуди. Реактивність може бути знижена чи викривлена. При гострих

шизофренічних процесах реєструються низькоамплітудні ритми. При тривалому в'ялому перебігу хвороби — слабо виразний, невеликої амплітуди альфа-ритм. Частота аномальних ЕЕГ при шизофренії спостерігається, за дослідженнями різних авторів, від 5 до 80 %. При афективних порушеннях будь-які специфічні зміни ЕЕГ відсутні. Дослідження ЕЕГ у хворих на невротичні розлади також не виявляє патогномонічних змін.

**Ехо-енцефалоскопія**

Ехо-енцефалоскопія — метод вивчення анатомічних взаємовідносин мозкових структур без вживання контрастних речовин на основі принципу ехолокації. Найбільш широко цей метод використовують для діагностики пухлин та гематом у головному мозку, а також змін, які відбуваються в результаті черепно-мозкових травм, порушень гематоліквородинаміки. Також Ехо-ЕС дозволяє реєструвати наявність та вираженість лікворної гіпертензії, стан шлуночкової системи головного мозку.

**Реоенцефалографія**

Реоенцефалографія (РЕГ) — метод запису пульсуючих коливань електроопору судин головного мозку. Отримана інформація опосередковано свідчить про зміни кровонаповнення судинного русла, пружно-в'язкі особливості, реактивність, еластичність та тонус судин. Це об'єктивний метод додаткового дослідження порушень мозкового кровообігу при явищах органічного пошкодження головного мозку (травматичного, запального генезу): вегето-судинної дистонії, мігрені, епілепсії, атеросклерозу судин головного мозку та ін.

**Експериментально-психологічні та інші методи дослідження**

**Патопсихологічне дослідження**

Патопсихологічне дослідження посідає особливе місце серед параклінічних методів, бо воно безпосередньо спрямоване на вивчення психічної діяльності людини і її особистості. Воно дає змогу шляхом застосування окремих експериментально-психологічних методик вивчити внутрішню структуру пізнавальних і емоційно-вольових процесів, виявити і кваліфікувати їх порушення, встановити індивідуальні характерологічні та патохарактерологічні

особливості особистості.

Для клінічного діагностичного процесу ці дані мають допоміжне значення. Проте разом з анамнезом, психічним статусом та даними лабораторних і інструментальних методів дослідження вони є основою тих чи інших клінічних гіпотез. Було б помилкою вважати, що результати експериментально-психологічного обстеження можуть замінити собою клінічне обстеження психічного стану хворого.

Основна мета експериментально-психологічного обстеження полягає у такому:

1. Одержання патопсихологічних даних про особливості порушення психічних процесів у хворого (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, мови, інтелекту, стану емоційної діяльності, характеру особистості). В деяких випадках результати досліджень дають можливість вирішити одне з найскладніших завдань — виявити перші ознаки порушень психічної діяльності. Наприклад, за допомогою патохарактерологічного діагностичного опитувача А. Е. Личко вже в підлітковому віці можна виявити перші ознаки аномалії особистості, яка лише починає формуватись.

2. Деталізація хворобливих розладів, що спостерігаються у психічно хворого, з метою диференційної діагностики. У такий спосіб виявляються характерні розлади мислення, емоційності, вольової діяльності, що спостерігаються при шизофренії або епілепсії. Це дає змогу відрізнити аномалію особистості від простої форми шизофренії, яка може проявлятися тільки змінами особистості. Також можна виявити типові для органічних деменцій розлади пам'яті, розумової діяльності, мови, практичних навичок тощо.

3. Встановлення ступеня виразності психічного дефекту, що є особливо важливим при вирішенні питань військової, судової та трудової психіатричної експертизи. Залежно від глибини розумового зниження виноситься експертне рішення з приводу скоєного хворим правопорушення. Патопсихологічні дослідження визначають рівень інтелектуальної діяльності призовника, який вирушає на службу. Від ступеня порушення інтелектуально-мнестичних процесів чи рівня емоційно-вольового зниження залежить, чи буде визнаний

хворий інвалідом. Крім того, даний вид обстеження сприяє встановленню рівня розумової діяльності дитини, і медико-педагогічною комісією вирішується питання, де навчатись такій дитині, — в масовій школі чи у допоміжній для дітей із затримкою розвитку.

4. Одержання об'єктивних даних для оцінки ефективності лікування й характеристики впливу того чи іншого психотерапевтичного (реабілітаційного) методу на психічні розлади, які спостерігаються у хворих.

**ЛЕКЦІЯ: «Патологія пізнавальних процесів. Порушення відчуттів та сприймання».**

Відчуття і сприйняття (сенсорна сфера, перцепція) є початковим етапом, першим ступенем пізнавальної діяльності людини — «живим спостереженням» навколишньої дійсності. Чутливо-сприймаюча сфера пізнання людини здатна вибирати з масиву подразників зовнішнього і внутрішнього середовища основне і суттєве. У сукупності з уявленням, відчуття і сприйняття є основою наочно-діючого та конкретно-образного мислення, джерелом абстрактно-логічного мислення. У процесі сприйняття чітко проявляється цільова установка суб'єкта. Направленість відчуттів, бажань, намірів залежить від того, що пізнається. Крім того, на чуттєве пізнання значною мірою впливає попередній досвід особи, її особистісні якості. У дітей сприйняття нерідко фіксується в яскравих чуттєвих зорових уявленнях — ейдетичних образах.

Основні психологічні поняття процесу сприйняття включають відчуття, сприйняття та уявлення.

*Відчуття* — психічний процес відображення в свідомості людини окремих властивостей предметів і явищ при безпосередній дії на органи чуття.

*Сприйняття* — психічний процес відображення в свідомості людини предметів або явищ у сукупності їхніх властивостей при безпосередньому впливі їх на органи чуття.

*Уявлення* — це суб'єктивне зображення предметів або явищ, при цьому безпосередньо в даний момент вони не діють на органи чуття людини.

Анатомо-фізіологічними механізмами відчуттів і сприйняття є системний

характер взаємодії аналізаторів. Центральним апаратом зорового аналізатора є потиличні частки головного мозку. Первинні зони потиличної кори — це та структура, де закінчуються волокна, які йдуть від сітківки очей. Нейрони вторинних відділів потиличної кори не пов'язані безпосередньо з волокнами, які йдуть від сітківки ока. Вторинні зони потиличної кори здійснюють синтез зорових зображень і забезпечують їхню інтеграцію. Ураження потиличних часток головного мозку призводить до порушень процесів аналізу і синтезу зорової інформації.

Гіпестезії — зниження суб'єктивної яскравості та інтенсивності відчуття і сприйняття, які проявляються у втраті ними чуттєвої конкретності, яскравості аж до появи відчуженості їх. Зовнішній світ в очах хворого втрачає свою чуттєву яскравість, забарвленість та визначеність. Звуки стають приглушеними, нечіткими, голос відчувається ніби десь здалеку, втрачає індивідуальні особливості, нівелюється. Все оточуюче стає блідим, якимось застиглим та безформним. Гіпестезії входять до структури синдромів дереалізації та деперсоналізації.

Анестезія — виключення відчуттів і сприйняття за рахунок анатомічного або функціонального ушкодження аналізаторів, починаючи з периферичного відділу аналізатора і закінчуючи його центральною частиною. При психічних порушеннях анестезія спостерігається при гострих психотичних станах, які супроводжуються обманами відчуттів, емоційними порушеннями. В таких випадках хворі завдають собі значні пошкодження. Після видужання вони пригадують, що в період хвороби зовсім не відчували болю. По мірі видужання больова чутливість повністю відновлюється. Хвороблива психічна анестезія — це зниження або втрата емоційних реакцій на життєві враження.

Гіперестезія — підвищення сприйняття досі нейтральних подразників. Це, як правило, супроводжується підвищеною подразливістю і збудливістю. Звичайне світло, звуки, запахи, дотик до тіла відчуваються хворою людиною настільки інтенсивно і гостро, що стає неймовірно тяжко все це переносити.

Гіперестезія органів чуття спостерігається при органічних ураженнях головного мозку, астенічних станах без органічної неврологічної симптоматики

і в початковій стадії гострого психозу. До явищ гіперестезії можна віднести гіпералгезію та парестезії.

Гіпералгезія — підвищення больової чутливості. Зустрічається при депресивних станах, опійно-морфійній наркоманії в стані абстиненції, коли у хворого розпочинаються неймовірні болі, обумовлені раніше перенесеними хворобами, які супроводжувалися больовими синдромами.

Парестезія — відчуття повзання мурашок по шкірі. Фантомний біль — біль в кінцівці, відсутній внаслідок травми чи оперативного втручання.

Загострення сприйняття в ділянці інтеро- та пропріоцепції проявляється в більш складному патологічному феномені — сенестопатіях (пульсації, стягуванні, печії та ін.). Це є порушенням внутрішньої чутливості. Клінічно сенестопатії виражаються у вигляді непевних, дифузних відчуттів, котрі постійно турбують всередині тіла, в ділянці голови, грудної клітки, живота, під шкірою і т. ін. і які не мають об’єктивно встановлених причин. У своїх скаргах хворі вказують на неприємні хворобливі відчуття всередині тіла, які важко локалізувати (на відміну від парестезій) та неможливо описати словами. Тому хворі вимушені застосовувати при оцінці своїх скарг «розкіш образних порівнянь», наприклад, все переливається, стискується, повзає, поколює і т. ін.

Існують такі види сенестопатій: серцево-судинні, центрально-неврологічні, абдомінальні, кістково-суглобові, шкірно-підшкірні.

Найчастіше зустрічаються серцево-судинні та центрально-неврологічні сенестопатії. Їх клінічно розрізняють як елементарні та складні (психосенсорні, галюцинаторні та маячні).

Зорові психосенсорні розлади «метаморфопсії» — це спотворення сприйняття оточуючих предметів і людей при збереженні розуміння їх призначення, суті, а також критичного ставлення до них хворого. Клінічний приклад: періодично хворий відчуває, що всі предмети довкола стають то великими, то маленькими, то перекошеними, то перекрученими навколо своєї осі. Шафа, яка стоїть в кімнаті, здається викривленою, ніжки стільця — скрученими, а вікно чомусь має форму ромба.

Іноді в надзвичайно зміненому вигляді сприймається не тільки величина і

форма предметів, а й простір навколо них. Хворій людині здається, що стіни кімнати зближуються, падають на неї або навпаки — розходяться, підлога стає хвилеподібною і т. ін. Метаморфопсії належать до найпростих психосенсорних порушень. Виникають пароксизмально, свідомість і критична оцінка їх зберігаються. Як правило, зустрічаються вони при органічних (частіше інтоксикаційних та інфекційних) пошкодженнях головного мозку і нерідко супроводжуються парезом чи паралічем акомодації.

Метаморфопсії відрізняються від ілюзій адекватністю сприйняття — хворий знає, що він бачить стілець, хоча й з кривими ніжками, а не величезного павука замість стільця, як це може бути при ілюзорному сприйнятті. Від галюцинацій метаморфопсії відрізняються тим, що в спотвореному вигляді хворий сприймає реально існуючі речі, а не те, чого немає в даний момент.

Порушення «схеми тіла» — аутометаморфопсія — це спотворення форми або структури власного тіла. Аутометаморфопсії бувають парціальними, коли зміненими сприймаються окремі частини тіла (збільшений язик, щелепа, рука, нога) і тотальними — коли є відчуття зміни всього тіла (збільшення, зменшення, пропорційного викривлення розмірів власного тіла). При цьому може бути порушення сприйняття окремих частин тіла в просторі — руки можуть здаватися викривленими, голова дивиться нібито назад, внутрішні органи здаються перевернутими.

Ілюзії — розлади сприйняття, при яких реальні предмети або явища сприймаються людиною в спотвореному вигляді. Нормальне ілюзорне сприйняття — це спотворене сприйняття певного подразника оточуючого середовища із здатністю до корекції цієї спотвореності. Класичним прикладом цього є ложка в склянці води, яка здається надломленою. Р. Декарт з цього приводу сказав: «Моє око її надломлює, а мій розум її вирівнює». Ілюзії у здорових людей, як правило, виникають при незвичних, частіше несприятливих умовах сприйняття, а також при виражених емоційних напруженнях. Проте, на відміну від хворого, здорова людина має достатньо можливостей для перевірки правильності сприйняття та уточнення першого враження.

Від ілюзій необхідно відрізняти помилки суджень, невірні висновки. Коли

людина приймає за діамант яскраво освітлений сонцем уламок скла — це ще не ілюзія, не обман чуттєвого пізнання, а помилкове судження. Обов'язкова наявність помилково сприйнятого реального об'єкта відрізняє ілюзії від галюцинацій. За механізмами виникнення виділяють фізичні, фізіологічні та психічні ілюзії. Крім того, ілюзії ще поділяються за певними аналізаторами: зорові, слухові, смакові, нюхові, тактильні та ін.

Фізична ілюзія — спотворене сприйняття реально існуючого предмета або явища з повним, як правило, усвідомленням його спотворення. Виникає вона внаслідок певних фізичних властивостей предметів і речовин: зміна контурів предметів на межі двох середовищ з різними властивостями (міражі), при розміщенні одних об'єктів певного розміру серед інших об'єктів контрастного розміру. Наприклад, два однакових за величиною кола здаються різними, коли одне з них оточене маленькими колами, а друге — великими.

Фізіологічна ілюзія — спотворене сприйняття реально існуючого об'єкта або явища внаслідок особливостей функціонування аналізаторів чи системи комплексного сприйняття. Наприклад, дві однакові лінії з різнонаправленими кінцями здаються різними за довжиною; відчуття продовження руху при зупинці вагону; похитування грунту під ногами після довгого перебування на кораблі тощо.

Психічні ілюзії — спотворене сприйняття реально існуючого об'єкта з неадекватним дійсності розумінням його справжньої суті. Об'єкт, який сприймається, оцінюється недостатньо чітко або у спотвореному вигляді. Основними станами, здатними цьому сприяти, можуть бути емоційне напруження, емоційна установка, емоційно звужена свідомість. Вирішального значення набувають несвідомі жахи, побоювання, очікування, які випереджають події. Ілюзії, пов'язані з порушеннями психічної діяльності, поділяють на афективні (афектогенні), вербальні та парейдолічні.

Парейдолічні ілюзії (парейдолії) виникають без суттєвих змін афекту на фоні зниження тонусу психічної діяльності, її пасивності. Часто вони є фантастичними та рухливими. Замість візерунків на килимі, шпалерах, в тріщинах на стіні, грі світлотіней людина сприймає казкові сюжети,

фантастичні видовища, тварин і т. ін., які рухаються, постійно змінюються.

При ілюзіях людина чітко вказує на певний об'єкт, який є джерелом ілюзорного сприйняття. Слід підкреслити, що ілюзії не є абсолютною ознакою психічного захворювання. Вони зустрічаються і у цілком здорових людей в стані втоми, емоційного напруження чи зниження рівня бадьорості. Але це буває, як правило, епізодично, короткочасно. І, що найголовніше, відразу оцінюється людиною критично. Наявність критичної оцінки є найбільш важливим критерієм, що відмежовує ілюзії здорової людини від ілюзій хворого. При психічних захворюваннях ілюзорні розлади часто повторюються, вони масивні, множинні і вплітаються в загальну психопатологічну симптоматику того чи іншого захворювання. Вони можуть бути настільки яскравими, що іноді їх складно відрізнити від галюцинацій, особливо від так званих функціональних галюцинацій.

Галюцинації — це хворобливо змінені уявлення, які інтенсивно чуттєво забарвлені. Вони завжди сприймаються ззовні (екстрапроекція) і пов'язані з реальною, конкретно існуючою ситуацією — «голос» чується через конкретну стіну, «за ось тим вікном», в певному кутку кімнати. Хвора людина просить порятунку, бачить, що на вулиці зібрався великий натовп народу і чує «голос»: «злочинця до відповідальності!..». Галюцинації характеризуються наявністю живої тілесності, інколи сприймаються хворою людиною навіть яскравіше, ніж реально існуючі предмети і явища. Критика при цьому відсутня. Хвора людина анітрохи не сумнівається щодо реальності всього того, що вона бачить і чує.

За аналізаторами галюцинації розподіляються на зорові, слухові, тактильні, нюхові, смакові, вісцеральні. Відомі так звані елементарні галюцинації у вигляді неоформлених слухових та зорових зображень. Наприклад, сприйняття невизначених звуків, шумів, стукоту, погукувань — це акоазми; світіння іскор, спалахів — це фотопсії. Хворий може бачити, як перед ним зліва направо пропливають червоні кола. Родичі хворого розповідають, що їхній брат часто піднімає телефонну слухавку і запитує: «Хто говорить? Кого потрібно?» При цьому ніхто, окрім нього, не чує телефонного дзвінка. На запитання: «Для чого ти піднімаєш телефонну слухавку?» відповідає: «А хіба ви не чуєте, як до нас

дзвонять?»

Галюциноз — це стан, при якому хвора людина переживає значні й стійкі, найчастіше вербальні галюцинації.

Вербальний галюциноз (гострий, хронічний) належить до досить частих клінічних проявів як гострих психотичних станів (алкогольний галюциноз), так і до хронічних психічних захворювань. Він характеризується слуховими галюцинаціями у вигляді монологу чи діалогу, коментуванням минулих вчинків чи тих, що сталися в даний час, прямих або опосередкованих вимог. Хвора людина повністю орієнтується в оточуючому середовищі та власній особі. Вона постійно чує велику кількість голосів, веде з ними розмову, не може відрізнити їх від реальних. Чоловічі та жіночі голоси наказують хворому не підкорятися лікареві, не відповідати на його запитання. Затьмарення свідомості не спостерігається, можлива часткова критика. При гострому галюцинозі усвідомлення оточуючого може порушитися, критика буде відсутньою, спостерігатиметься страх, маячні ідеї переслідування.

Характер і зміст вербальних галюцинацій тісно пов’язані з емоційним станом людини: при гарному настрої «голоси» доброзичливі, дружні, приємні на слух, при поганому настрої — ворожі, загрозливі, можуть насміхатися з хворого.

Псевдогалюцинації детально описані В. Х. Кандинським. Він підкреслював, що псевдогалюцинації — це вельми живі й чуттєві яскраві образи. Вони відрізняються від галюцинацій тим, що мають своєрідну суб’єктивну реальність. Якщо при галюцинаціях одночасно сприймається і реальна оточуюча обстановка, і галюцинаторний образ, з нею пов’язаний, то при псевдогалюцинаціях хворий сприймає галюцинаторний образ поза оточуючою дійсністю (за межами лікарняної палати бачить якийсь образ, хоч сам знаходиться в лікарняній палаті, чує «голос» десь за межами своєї кімнати, хоча усвідомлює, що знаходиться у своїй кімнаті).

Псевдогалюцинації відрізняються від галюцинацій недостатньою стійкістю, об’ємністю і чуттєвістю образу, відсутністю властивостей об’єктивності, тілесності, екстрапроекції. Супроводжуються відчуттям суб’єктивності образу, який сприймається, насильництвом (психічний автоматизм).

Псевдогалюцинації найбільше нагадують уявлення — помилкові яскраві спогади. Критичне ставлення до них, як правило, відсутнє. Проте хвора людина, яка переживає псевдогалюцинації, відрізняє псевдогалюцинаторні образи від реальних. Для неї типове відчуття «їх підробленості, штучності, їх насильництва», що пов'язано з відносно малою їх залежністю від мислення і волі, спонтанністю виникнення та відсутністю відчуття внутрішньої активності. Образ людина бачить, як правило, «внутрішнім оком», чує «внутрішнім вухом», тобто переважає внутрішня проекція обманів сприйняття. Хвора людина постійно бачить «десь всередині голови» сцени з її минулого життя.

**ЕМОЦІЙНА СФЕРА ТА ЇЇ РОЗЛАДИ**

*Емоція*, або *афект*, за визначенням Я. М. Когана, — це особливий вид психічного реагування, який позбавлений самостійності, але супроводжує інші психічні процеси та надає їм чуттєвого забарвлення.

Слід підкреслити, що класифікація емоційних проявів щодо їх збудливості та стійкості має здебільшого кількісній характер і описує різні ступені зміни характеристик емоцій за відповідною шкалою. Водночас слід пам'ятати, що той чи інший ступінь збудливості та стійкості емоцій властивий також і здоровим людям. Їх афективні прояви можуть бути оцінені за тими ж шкалами, хоч вони не досягають крайніх значень. Не зайвим буде згадати, що «норма реакції» (діапазон нормальних коливань) залежить від темпераменту, статі, віку, національно-расової і культуральної належності та багатьох інших факторів.

Отже, серед ***розладів емоцій щодо їх збудливості*** виділяють емоційну холодність, сенситивність та дратівливу слабкість.

Під *емоційною холодністю* прийнято розуміти холодне, байдуже ставлення людини до того, що відбувається. Для хворих з такими ж особливостями емоційної сфери властиві високий поріг викликання емоцій та низька амплітуда (глибина) емоційних переживань. Прикладом емоційної холодності може бути поведінка хворого на шизофренію, який виходив на побачення з батьком й, не вітаючись з ним, не промовляючи жодного слова, брав їжу, яку той приносив, і швидко вертався у палату. Інша хвора була госпіталізована до психіатричної лікарні через те, що намагалася кинути у пічку свою дитину тому, що вона

заважала їй спати. Максимальним проявом емоційної холодності є емоційна тупість. Наслідком емоційної тупості є неохайність, байдужість до забруднення, відсутність соромливості у хворих, у зв'язку з чим їх зовнішність та житло набувають надзвичайно відразливого вигляду.

*Сенситивність* характеризується зниженням порогу емоційних реакцій. Найменша зміна обставин призводить до зміни емоційного стану. Люди, що мають таку особливість емоційного реагування, нагадують мімозу, вони нерідко змушені свідомо обмежувати свої контакти та сферу активності для того, щоб уникнути надмірної кількості емоційних переживань.

Для *дратівливої слабкості* характерним є зниження порогу емоційної реактивності, швидкій темп зростання та порівняно висока амплітуда емоційної реакції. Водночас така реакція нетривала, швидко виснажується, нерідко закінчується сльозами або словесним каяттям. Дратівлива слабкість часто зустрічається під час астенічних станів різного походження (інтоксикації, соматичні захворювання та атрофічні захворювання мозку).

Серед варіантів ***розладів емоцій щодо стійкості*** вирізняють: лабільність, експлозивність та в'язкість (ригідність).

*Емоційна лабільність* проявляється частими змінами емоційного фону, як правило, залежить від змін в оточуючих обставинах. Отже, провідну роль тут відіграє така характеристика, як недостатня стійкість емоційної реакції. Амплітуда емоційних проявів при цьому досить значна. Прикладом емоційної лабільності може бути поведінка дітей, у яких сум, радість, гнів та інші емоції швидко змінюють одна одну протягом невеликого періоду часу. У тих випадках, коли емоційна лабільність супроводжується зниженням порогу, високою амплітудою, великою швидкістю емоційного реагування, говорять про слабодухість. Як приклад можна згадати людей похилого віку, у яких не дуже значні події викликають бурхливий емоційний сплеск зі сльозами незалежно від того, позитивною чи негативною є емоція.

Під *експлозивністю* розуміють емоційну вибуховість, нерідко пов'язану з афектом гніву та агресивними вчинками. Серед характеристик цієї реакції поруч з нестабільністю спостерігаються також низький поріг, велика амплітуда

та дуже швидкий темп її зростання. На відміну від слабодухості, експлозивність супроводжується енергетичною зарядженістю та потягом до реалізації емоційного напруження у безпосередній поведінці.

*Емоційна в'язкість* (ригідність, тугорухливість) виявляється у «застряганні» емоційної реакції, її патологічній стійкості, неможливості появи інших емоцій, відповідних нинішнім обставинам. Цей розлад є найбільш характерним для хворих на епілепсію, які довгий час можуть бути в стані ейфорії, хвалити оточуючих, вживаючи солодко-ласкаві вирази. Настільки ж стійкими бувають і протилежні за знаком  емоційні стани з гнівом, нудьгою, страхом, а також їхні комбінації. Ці стани є небезпечними внаслідок високої енергетичної насиченості та неможливості швидкої розрядки. Тривале зберігання патологічно стійких емоцій призводить до специфічних для хворих на епілепсію змін особистості.

Стенічні та астенічні емоції ми розпізнаємо залежно від того, збуджують вони чи гальмують особистість, спонукають людину до вчинків та активності чи перешкоджають їм. До перших належать, наприклад, гнів та радість, до других -— сум, сором, страх.

В той час, як нижчі емоції (страх, гнів, задоволення та ін.) породжуються інстинктами і є загальними для людей та вищих тварин, вищі емоції характерні для людей, розвинулися внаслідок їх соціального життя. Це, наприклад, відчуття правоти, справедливості, правдивості, естетичної насолоди.

У сучасних класифікаціях беруть до уваги також такі характеристики емоцій:

— вони відрізняються за інтенсивністю (задоволення та щастя);

— бувають позитивними та негативними (радість і сум);

— вони існують в протилежностях (любов — ненависть, радість — сум).

*Апатія* — повна байдужість до усього навколишнього та свого положення, бездумність. Ніщо не викликає інтересу, емоційного відгуку. Цей стан слід відрізняти від відчуття втрати почуттів (болісної нечутливості з переживанням тяжкого емоційного спустошення, безповоротної втрати можливості почуттів, немає більше ні радості, ні любові, ні суму).

*Емоційне напруження* — суб'єктивно неприємне підвищення інтенсивності

переживань, психічної та моторної активності (наприклад, при тривожному збудженні — тривога, яка супроводжується підвищеною руховою активністю).

*Тривога* — розлите, дуже неприємне, часто невизначене відчуття побоювання, передчуття внутрішньої або зовнішньої небезпеки, яке супроводжується соматичними відчуттями (наприклад, порожнечі в животі, смоктання під грудьми, стиснення в грудях, пітливості, головного болю та ін.). Для цього стану також характерною є непосидючість, бажання рухатися.

*Страх* — хвилювання, пов'язане з усвідомленою і реальною для людини небезпекою, він обумовлений конкретним об'єктом.

Тривога і страх є сигналами, які попереджають про небезпеку, дають людині можливість вжити заходів для її уникнення. Розділення страху і тривоги психологічно виправдане. Емоція, спричинена раптовою появою автомобіля з-за рогу, коли людина переходить дорогу, відрізняється від легкого дискомфорту, який виникає іноді під час зустрічі з новими людьми у незнайомих обставинах. Страх відрізняється від тривоги тим, що він є реальним за своєю природою. Тривога ж — це реакція на невідому, внутрішню, невизначену або суперечливу за своєю природою загрозу. Іноді говорять про «вільну» тривогу, маючи на увазі не сфокусовану тривогу, тобто не спрямовану на жодну конкретну думку.

*Паніка* (панічний розлад) — гострий, епізодичний, інтенсивний напад нездоланного жаху, який супроводжується вираженими вегетативними реакціями та нестримними руховими реакціями (втеча або заціпеніння).

Паніка як одна з психогенних шокових реакцій спостерігається найчастіше у здорових людей у випадку раптової небезпеки, яка загрожує їх життю (під час природних катаклізмів, військових дій). У патологічних випадках панічні напади спостерігаються без видимої причини, наприклад, у хворих з мітральною вадою серця. Етіологія цього розладу не уточнена.

Патологічні страхи неоднорідні щодо своїх клінічних проявів. Частіше за інші зустрічаються та найбільш вивчені фобії (нав'язливі страхи).

*Фобія* — нераціональний, необгрунтований нав'язливий страх, який призводить до свідомого уникнення специфічного об'єкта діяльності або

ситуації. Як і інші нав'язливі явища, фобії супроводжуються переживанням чужості, відчуттям внутрішньої несвободи. Людина бажає подолати страх, розуміє його необгрунтованість, але подолати його силою волі практично не вдається.

*Дисфорія* — тужливо-злобливий, похмурий настрій з підвищеною чутливістю до зовнішніх подразників. Відтінки дисфорії можуть бути різними. Іноді це злостивий песимізм з причепливістю, конфліктністю, що у деяких випадках може призвести до нападів на оточуючих людей. У деяких хворих дисфорія супроводжується вираженою агресією, лайкою, руйнуванням навколишніх предметів. Інколи хворі імпульсивно йдуть з дому, блукають. Приступи дисфорії як психічний еквівалент судомних нападів виникають при епілепсії, також вони властиві органічним пошкодженням центральної нервової системи.

*Ангедонія* — втрата інтересу і відмова від розваг і усіх видів діяльності, які раніше приносили задоволення, втіху. Це явище часто спостерігається при депресивних станах.

*Ейфорія* — підвищений настрій з пасивним задоволенням, радістю, безтурботністю без прискорення мислення, а іноді навіть з його сповільненням.

*Екстаз* — переживання захоплення, повного щастя.

*Алекситимія* — утруднення або неможливість описати або усвідомити свій настрій, емоційну реакцію.

Депресивні стани належать до найбільш поширених розладів емоційної сфери. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, від депресії страждає близько 5 % населення земної кулі, а при психозах похилого віку її частота досягає 40–60 %.

Депресивний стан можна визначити як патологічно знижений, пригнічений настрій, який супроводжується зниженням психічної та рухової активності та соматичними розладами, у першу чергу — вегетативними.

Ключовими розладами при депресії є пригнічений настрій впродовж тривалого часу (протягом більшої частини дня і практично щодня) та зниження інтересу майже до усіх видів діяльності. Хворі скаржаться на почуття туги,

підвищену стомлюваність, відсутність позитивних емоцій у відповідь на події та діяльність, які раніше приносили їм задоволення. У деяких випадках переважає тривога, а не туга.

При типовому депресивному синдромі Е. Крепелін виокремив тріаду симптомів: 1) тужливий настрій; 2) розумово-мовне гальмування (зниження темпу мислення аж до моноідеїзму); 3) рухове гальмування, що у тяжких випадках доходить аж до меланхолійного ступору.

Тривожно-ажитована депресія відрізняється від гальмівної драматичністю поведінки. Настрій знижений, але переважає не пригніченість, а тривога, немотивований страх. Замість загальмованості з'являється рухове збудження. Хворі не знаходять собі місця, бігають по палаті, рвуть на собі волосся, б'ються головою об стіну, голосно стогнуть, плачуть, нав'язливо звертаються до інших з різними проханнями. Така форма депресії частіше виникає при психозах інволюційного періоду.

Іпохондрична депресія (депресивно-іпохондричний синдром) характеризується тим, що хворі мають багато соматичних неприємних відчуттів в різних частинах тіла. Такі відчуття не мають чіткої локалізації, це може бути стискаючий, тупий або свердлячий біль. Скарги хворих своєрідні, розпливчасті і не вкладаються у рамки конкретних соматичних захворювань. Клінічна картина іпохондричної депресії характеризується іпохондричними побоюваннями, у хворих переважають думки, що у них якесь тяжке соматичне захворювання. Сила депресивного, тужливого настрою може бути менше вираженою, аніж при типовій депресії. Якщо в клініці переважають сенестопатії, цю форму інколи називають сенестопатичною.

За етіологією можна виокремити соматогенні (що виникли внаслідок соматичних захворювань), ендогенні (при афективних розладах, шизофренії, інволюційних психозах) та психогенні (при розлада, пов'язаних зі стресом) депресії (П. Кільхольц, 1962).

Маніакальний синдром — сполучення підвищеного настрою, прискорення темпу психічної діяльності та надмірної рухової активності.

Ступінь виразності перелічених вище розладів (маніакальної тріади) у різних

хворих може бути різним.

При легкій манії (гіпоманіакальному стані) хворі справляють враження просто веселих, оптимістично налаштованих, активних людей. Вони товариські, дотепні, впевнені в собі, часто виглядають молодшими за свої роки. Щоправда, вони бувають непослідовні у вчинках, часто не доводять до кінця почату справу. Хворобливий характер їх стану звичайно виявляється лише при поглибленому обстеженні або при переході їх стану в субдепресивний або більш виразний маніакальний стан.

При виразному маніакальному синдромі в класичних випадках настрій підвищений (гіпертимія) незалежно від зовнішніх обставин, однак хворі можуть виявити і дратівливість, гнівливість, конфліктність, емоції їх будуть практично завжди стенічними.

Варіантами маніакального синдрому є: весела манія (гіпертимія з помірним мовним та руховим збудженням); гнівлива манія (комбінація підвищеного настрою з дратівливістю, незадоволенням, причепливістю та підвищеною вимогливістю до інших); маячна (комбінація підвищеного настрою з різними формами маячення); гальмівна (коли замість збудження у хворих на фоні підвищеного настрою спостерігається рухова загальмованість, яка може досягати ступору) та деякі інші форми.

При догляді за маніакальними хворими слід брати до уваги імпульсивність їхніх вчинків, а також можливість агресивних дій, особливо при гнівливій манії.

Діагностика маніакальних станів зазвичай не становить особливих труднощів і грунтується на клінічному дослідженні хворих. Найчастіше манії спостерігаються як один із епізодів афективних розладів, але маніоформні стани, хоча і значно рідше, ніж депресивні, бувають при шизофренії, соматогенних та деяких інших психозах.

**ЛЕКЦІЯ: «Патологія когнітивних процесів. Порушення уваги, пам'яті, мислення та інтелекту»**

## МИСЛЕННЯ

*Мислення* — це психічний процес опосередкованого та узагальненого пізнання дійсності. Мислення є вищою формою пізнання світу. Його не можна уявити без вихідного матеріалу, який дається у відчуттях і сприйнятті. Якщо відчуття є першою, початковою ланкою пізнання світу, то мислення продовжує і поглиблює це пізнання. Перехід до мислення відбувається там, де відчуття не спроможні з'ясувати те чи інше явище. В цьому випадку виникають передумови для розвитку мислення як шляху пізнання дійсності, при якому світ розглядається як єдине ціле, де всі явища залежать одне від одного і узагальнюються між собою. Цей взаємний зв'язок і узагальненість є визначальними для мислення, виступаючи як знаряддя опосередкованого пізнання дійсності. На думку С. Л. Рубінштейна (1940), дія є первиною формою існування мислення. Всі операції мислення (порівняння, аналіз, синтез) виникають спочатку як практичні операції. Зв'язок з практикою є критерієм правильності мислення. Мислення відображує існуючі зв'язки і відношення між об'єктами дійсності. Воно дає людині можливість пізнавати не тільки сучасне, а й минуле, і на базі цього знання передбачати майбутнє. Мислення — це соціальне явище, яке є продуктом трудової діяльності.

Мислення пов'язане з усіма психічними процесами, але особливі відносини існують між мисленням та мовою. Мислення і мова є нерозривними при провідній ролі мислення, між ними існує діалектична єдність. Цю ідею гранично чітко сформулював Л. С. Виготський (1936): «Думка не просто висловлюється у слові, але вдосконалюється у ньому, шлях від думки до розгорнутої мови уявляється таким: мотив виникнення думки — внутрішнє мовлення — зовнішнє мовлення».

У розвитку мислення людини виділяють періоди відповідно до її віку. Існують такі основні типи мислення: наочно-дійове, конкретно-образне і абстрактне, або логічне (словесно-логічне).

*Наочно-дійове мислення* — це первинний, найбільш ранній вид інтелектуальної діяльності людини, не пов'язаний з мовою. В цьому випадку мислення мавпи і дітей віком до 2 років збігається, на своєму ранньому етапі воно є хаотичним. Це мислення властиве і представникам нецивілізованих племен. У дитини із цивілізованого суспільства хаотичне наочно-дійове мислення швидко змінюється цілеспрямованим завдяки тому, що батьки дають дитині інформацію, називаючи певне слово, а дитина довіряє досвідові дорослих. У зв'язку з цим дитина, ще не володіючи мовою, може чітко вибрати свою іграшку серед десяти аналогічних. Німий період може затягнутись у дитини до 3 років, але це не означає, що вона не розуміє мови оточуючих. У дитини віком близько трьох років лінії розвитку мислення і мови перехрещується, вона у цей період робить за допомогою батьків великі відкриття у своєму житті — дізнається про те, що кожна річ має своє ім'я. Мислення стає мовним, а мова — осмисленою. При цьому мислення — це внутрішня мова, а мова — думки, висловлені вголос. На відміну від мови мислення далеко не завжди супроводжується повним словесним оформленням. Тому розрізняють два види мови — активну та пасивну (розвивається раніше). Мова, за Ж. Піаже, може мати вигляд ехолалії (повторювання слів оточуючих), монологу або колективного монологу. Останній є мовним супроводом власних дій дитини. При колективному монологу дитина говорить в присутності співрозмовника, але при цьому конкретно ні до кого не звертаючись, вона говорить для себе. Таким чином, мова дитини є егоцентричною.

*Конкретно-образне мислення* віддає перевагу конкретним поняттям, бо у дитини віком від двох до семи років на ранньому етапі ще не достатньо розвиненою є здатність засвоювати і використовувати поняття, які характеризуються високим ступенем узагальнення.

*Словесно-логічне (абстрактне) мислення* поступово формується до 10–12 років життя дитини і стає провідним видом мислення. Основними його особливостями є жорстке дотримання принципу спрямованості на пізнання об'єктивної дійсності та можливості охопити проблеми і питання різних сфер діяльності людини, з урахуванням всіх важливих деталей і вмінням проникнути в їх суть.

В українській психіатричній школі (Є. О. Шевальов, 1930, 1935; П. П. Фрумкін, Г. Л. Воронков, І. Д. Шевчук, 1977) розлади мислення поділяють на порушення за темпом та структурою.

**Порушення мислення за темпом**

Найбільш зручною для розуміння цього порушення є така схема:

1. Збудженість мислення: пришвидшення мислення («перегони думок»); ментизм (напливи думок).

2. Загальмованість мислення: депресивна загальмованість; затримка мислення (шперрунг); вербігерація; персеверація; стереотипії; патологічна докладність мислення.

*Збудження, пришвидшення мислення* характеризується напливом розумових асоціацій, полегшеним виникненням і швидкою зміною думок, спогадів, образів. Хворому важко зосереджуватись, увага легко відволікається, судження поверхневі, переважають зовнішні зв'язки, асоціації за суміжністю і співзвуччям. Мова у хворих прискорена, голосна, характерна надмірна балакучість. При помірно пришвидшеному мисленні створюється враження підвищеної творчої активності та високої інтелектуальної продуктивності. Але по мірі зростання темпу мислення виникає вихор асоціацій і «перегони думок», коли втрачається цілеспрямованість мислення, мова хворого стає безладною, непослідовною. Прикладом прискорення темпу мислення може бути мова Триндичихи у популярній опереті «Весілля в Малинівці». Але у психіатричній практиці пришвидшене мислення відмічається в гіпоманіакальних та маніакальних станах при афективних розладах

настрою, маніоформних станах екзогенного походження, шизоафективних розладах.

*Ментизм* — насильницький наплив думок, спогадів, образів. Ментизм може проявлятись як короткочасними епізодами напливів думок, так і достатньо довготривалими станами. Хворі чітко визначають недоцільність, часто — «зробленість» думок, неможливість подолати їх чи керувати ними будь-якими вольовими зусиллями. «Я постійно ніби під напруженням, безупинно думається і думається, і вдень, і вночі». Зміст цих насильницьких думок може бути найрізноманітнішим: від думок радісно-піднесеного змісту до ідей самозвинувачення. Ментизм вважають варіантом асоціативного автоматизму, він входить до складу синдрому Кандинського — Клерамбо і може зустрічатися при шизофренії, екзогенно-органічних захворюваннях, психотичних розладах алкогольного генезу тощо.

*Депресивна загальмованість* мислення зустрічається найчастіше при депресивному синдромі в межах афективних розладів. Для цих хворих характерними є складності при утворенні асоціацій. Їм складно перейти від однієї думки до іншої. Хворий розуміє зміст заданих питань, але у своїх судженнях млявий, має складності з осмисленням запитань і через це відповідає на них з великою затримкою.

Необхідно відрізняти депресивну загальмованість мислення від сповільнення, загальмованості мислення при органічних захворюваннях головного мозку (епідемічний енцефаліт, пухлина головного мозку). В таких випадках відмічається сповільнення темпу всіх психічних процесів у зв’язку з патологією лобних відділів мозку, мозкового стовбура.

Депресивну загальмованість мислення ілюструє такий клінічний випадок.

Хвора Я., 37 років. Госпіталізована до психіатричної лікарні у зв’язку з суїцидальними спробами. У відділенні загальмована, лежить нерухомо у ліжку із заплющеними очима. Вираз обличчя скорботний. При обстеженні вказівок лікаря не виконує, але активного опору не виявляє,

на питання не відповідає або дає після паузи короткі формальні відповіді, часто говорить: «не знаю», «не пам'ятаю», майже не реагує на події, що відбуваються у відділенні, не переймається присутністю збуджених хворих.

*Затримка мислення (шперрунг)* — раптова зупинка (блокування) розумової діяльності, яку хворі яскраво характеризують як провал думки, перерву, закупорку думок. Хворий раптово замовкає, у нього на якийсь час виникає відчуття відсутності думок, іноді наступне висловлювання хворих не має зв'язку з попередніми. На думку Е. Блейлера (1920), шперрунги не впливають на темп та швидкість процесів мислення і розглядаються як результат порушення цілеспрямованості психічних процесів.

*Вербігерація* — повторювання хворими одних і тих самих слів, висловів. Так, при кататонічному збудженні хворий може годинами вигукувати одні й ті самі, безглузді за змістом, часто ритмізовані слова, при тривожно-депресивному синдромі вербігерація спостерігається у вигляді багаторазового повторення слів на зразок «я грішник», «вбийте мене».

*Персеверація* — хворий загальмовується на одній відповіді при питаннях різного змісту. Наприклад, назвавши своє ім'я, він і на наступні, різні питання відповідає: «Володя», «Володя», «Володя».

*Стереотипія* — у мові хворого багаторазово повторюються одні і ті ж самі слова або звороти мови. Подібні до цього слова-паразити спостерігаються у психічно здорових людей з невеликим запасом слів, наприклад, мова Елочки-людожерки з роману Ільфа і Петрова «Дванадцять стільців».

*Ехолалія* — мимовільне повторення слів, окремих фраз оточуючих. Спостерігається при кататонічному синдромі.

*Патологічна докладність мислення* проявляється надмірною деталізацією при описі якогось явища, нездатністю відділити головне від другорядного, тугорухомістю асоціацій, тупцюванням на місці. Під час

розмови хворий викладає інформацію у просторово-часовій послідовності, починає здалеку і знову переповідає вже говорене. Так, коли під час обходу спитати хворого про його самопочуття, то можна почути у відповідь: «Коли сьогодні мене розбудили о 7 ранку, я вмився, вдягнувся і попросив чергову медсестричку дати мені медикаменти, а вона була зайнята іншим хворим» і т. ін. Затримуючись на дрібницях, неістотних подробицях, хворий ніколи не відступає від основної теми своєї розповіді. Розповідаючи про будь-що, хворий тупцює на місті, захоплюється загальними питаннями, але все одно повертається до цілі своєї розповіді.

Така патологічна докладність мислення характерна для хворих на епілепсію, у яких в'язкість мислення поєднується з гальмуванням всіх психічних процесів. При аналізі автобіографії Наполеона Бонапарта, який хворів на епілепсію, дослідники відмічають в нього тугорухомість, докладність мислення, що проявилися під час битви при Ватерлоо. Вчені вважають, що ця обставина зіграла надзвичайно важливу роль у зволіканні прийняття Наполеоном необхідних тактичних рішень.

**Порушення мислення за структурою**

Воно є результатом дезорганізації складної ієрархії рівнів і видів розумової діяльності. Наш клінічний і педагогічний досвід показує, що найбільш зручною для розуміння цього порушення є така схема:

1. Аутистичне мислення.
2. Паралогічне мислення.
3. Символічне мислення.
4. Резонерське мислення.
5. Розірваність мислення:

а) зісковзування мислення;

б) словесна окрошка (мовна мішанина);

в) шизофазія;

г) незв'язність (інкогеренція)

*Аутистичне мислення* являє собою відірвані від зовнішнього світу, замкнені у своєму суб'єктивному світі думки, переживання, позбавлені адекватного зв'язку з реальною дійсністю. Ідеї часто вироджуються і трансформуються, набувають ірраціонального, символічного і галюцинаторно-маячного змісту.

Прикладом може стати випадок з хворим К., який після виписування прийшов на квартиру медичної сестри відділення і заявив чоловікові, який відкрив двері, що він є справжнім чоловіком медсестри, що за час перебування у стаціонарі, він одружився з нею. При цьому він дав яскравий опис весілля, їх сімейних стосунків. Хворий був глибоко впевнений у правдивості своїх висловлювань.

Ця своєрідна особистісна перебудова, глибокі зміни мислення та емоційно-вольової сфери вперше позначені Е. Блейлером (1911) терміном «аутизм». При цьому такі відірвані від життя аутистичні мрії можуть спостерігатися у людей з багатою фантазією, особливо в особистостей з конверсійними розладами. Але в останніх випадках не втрачається можливість критичної оцінки своєї фантазії з поверненням до дійсності. При аутистичному мисленні хворих на шизофренію критична оцінка своїх висловлювань відсутня.

*Паралогічне мислення* — це невірний, помилковий висновок, який робиться ненавмисно на підставі другорядних ознак внаслідок порушення законів і правил логіки. Прикладом може бути такий витяг з історії хвороби.

Здобувач 5-го курсу біологічного факультету університету Юрій Н. надійшов на лікування після конфлікту з викладачем, який повернув йому дипломну роботу. Тема останньої була присвячена впливу складу та якості їжі, яку споживає людина, на стан її щелепно-лицьового апарату і шлунково-кишкового тракту. На великому фактичному матеріалі Юрій прослідкував еволюційний зв'язок між харчуванням первісної людини, представників середньовіччя та сучасних людей,

відзначив зміни з боку щелепно-лицьового апарату (зменшення кількості зубів, форми нижньої щелепи) і шлунково-кишкового тракту (зменшення довжини тонкої кишки і т. ін.). На основі вивчених даних він пропонував перевести всіх людей на їжу космонавтів (туби, таблетки) і вважав, що протягом 5 років у людини повністю атрофується нижня щелепа, шлунково-кишковий тракт перетвориться на «всмоктувальну» трубку через непотрібність.

В 1930 р. Є. О. Шевальов у своїй статті «Про паралогічне мислення» виділив варіант паралогічного мислення, який він назвав формальним. В цьому випадку хворі прагнуть в своїх судженнях передати багатство інформації за допомогою трафаретних висловів, використовуючи словесні штампи, описати будь-яке явище повсякденного життя. Паралогічне мислення базується на помилковості посилань і є результатом порушень асоціативного процесу.

Паралогічне мислення зустрічається при шизофренії, параноїдних розладах особистості.

Символічне мислення при психічних захворюваннях є результатом творчості душевнохворих, коли вони надають особливого значення якомусь знаку, малюнку, слову. Вияснити зміст створеного символу можливо тільки при розмові з хворим.

Наприклад, хворий Н. вимагав від лікаря негайно відіслати до міського голови його вимогу. Вимога мала вигляд зображеної на білому папері червоної, зігнутої під прямим кутом лінії, яка закінчувалася літерою «Д». На прохання пояснити, що це означає, відповів: «Вимагаю готель «Червоний» перетворити на дитячий будинок».

Інший хворий С. при вході в аудиторію привітав здобувачів словами: «Слава цариці Тамарі», що означало, що він бажає щастя усім присутнім.

У символічних висловлюваннях можуть вживатися неологізми, аглютинація (злиття) слів.

Звичайно, символіка характерна для нормального мислення, ми нею користуємося для яскравого вислову наших почуттів, ставлення до певного об'єкта. Але ці символи широко відомі, популярні, вони можуть бути постійними, як, наприклад, символ жіночої вроди «Венера», так і скороминучими, створеними творчістю різних авторів або акторів.

Символічне мислення найчастіше зустрічається при шизофренії.

*Резонерське мислення* (безплідне мудрування). Основною його ознакою є схильність до пустих, безплідних, поверхневих суджень. Висловлювання нерідко багатослівні, пихаті, багатозначні. Класичний образ резонерства змалював М. В. Гоголь в образі Хлестакова, судження якого мали загальний багатозначний характер і сприймались оточуючими як прояви великого розуму. Резонерство може не виходити за рамки банальної, хоча і претензійної риторики, яка кружляє навколо простих і очевидних істин. В цьому випадку резонерство визначається як надмірна потреба у самовираженні і самоствердженні.

Резонерство спостерігається також при шизофренії, епілепсії, органічних ушкодженнях головного мозку, особливо в літньому віці.

*Розірваність мислення* характеризується розпадом асоціативних зв'язків між уявленням і поняттям, і тому зовнішня мова хворого втрачає здатність складатись у граматично правильні фрази і речення. Розірваність мислення може проявлятись у вигляді зісковзування, коли після довгих, логічно правильно побудованих речень хворий непомітно для себе переходить на іншу тему: «Сьогодні ми з великим задоволенням прослухали лекцію професора, в якій він викладав своє розуміння етіології і патогенезу ревматичних захворювань, але в його мові відсутні положення про біохімічну природу передачі імпульсів з одного нейрона на другий і т. ін.». Розірваність мислення може сягати рівня втрати логічного зв'язку між словами всередині речення (інкогеренція). Ось приклад мови хворого: «Заберіть аміназин, у ліжку не можна курити на голодний шлунок, я вам казав, щоб психів гнати звідсіля, кидайте знущатись, я сам вам покажу, хоч ви кривий, а я косий, ін'єкцію

галоперидолу закачати на стіл (почув, як лікар казав медсестрі, що хворому треба зробити ін'єкцію галоперидолу), я весь тут перемажусь, як свиня і т. ін.».

Більш виражена розірваність може порушити граматичну форму, і мова хворих справляє враження безглуздого набору слів —– «словесна окрошка» : «травма, рух, мотор…».

При розвитку дефектних станів у хворих можна виявити симптом «шизофазії» — мова складається з набору окремих складів.

Описані варіанти розірваності мислення здебільшого зустрічаються при шизофренії.

**Патологічна продукція мислення**

Результатом порушення мислення за темпом, структурою і змістом є патологічна продукція мислення: нав'язливі, надцінні, маячні ідеї.

**Нав'язливі ідеї**

*Нав'язливі стани*, або *обсесії* — це думки, спогади, страхи, потяги, які виникають у хворого всупереч його бажанню, відзначаються значною стійкістю. Хворі ставляться до них критично, розуміють їхнє безглуздя, але позбутись їх не в змозі. Нав'язливі стани переббувають в найтіснішому зв'язку з емоційною сферою хворого, вони не вступають в асоціативний зв'язок з іншими елементами мислення, перешкоджають правильному плину мислення і гальмують його. Нав'язливість явища, його хворобливий характер, як правило усвідомлюються хворим, який зазвичай критично ставиться до цього явища.

Ілюстрацією виникнення нав'язливих ідей може бути такий клінічний випадок.

Хворий К., 34 роки, художник-дизайнер за спеціальністю. За характером роботи постійно перебував у відрядженнях. Одного разу пароплав потрапив у надзвичайно сильний шторм під Новоросійськом. Ось як хворий описував свій стан: «Я знаходився один в каюті, від чергової штормової хвилі у мене виникло почуття, що вона сплющить, розчавить судно, мою каюту. У мене виник сильний страх, який супроводжувався

різким серцебиттям, цей страх посилювався тим, що я не міг вийти з каюти і звернутися по допомогу. Десь глибоко у свідомості я розумів, що мої страхи перебільшені, але нічого з собою вдіяти не міг. Після закінчення шторму я вирішив повернутися додому поїздом. За маршрутом поїзд проходить крізь численні тунелі. В моменти, коли наставала темрява, у мене виникав страх, що тунель обвалиться, каменюки розтрощать мій вагон і я обов'язково загину, ці думки супроводжувалися вираженою тахікардією. Вдома я негайно відкрив вікно у своїй кімнаті і завжди тримав його відкритим, незважаючи на негоду».

Протягом 2 років хворий страждав на агорафобію. Він відмовився від багатьох закордонних відряджень, боявся зайти на судно, якщо воно не стояло біля причалу. В екстремальних ситуаціях, коли вкрай необхідно було вийти у рейс, він був неспроможний працювати творчо: «Мене сковував страх, що я помру, підтвердженням цього була зростаюча тахікардія». Хворий критично ставився до своєї нав'язливої ідеї, усвідомлював її безглуздість, намагався самостійно її перебороти, але зрештою був змушений звернутися по допомогу.

Нав'язливі явища розділяються на абстрактні (індиферентні, байдужі за своїм змістом) і образні, чуттєві.

До ***абстрактних нав'язливостей*** належать такі.

*Безплідне мудрування,* або розумова жуйка, яка проявляється у нав'язливому прагненні знову і знову вирішувати непотрібні, безглузді питання, наприклад, нав'язлива думка, чому «Москва» зветься «Москвою», тощо.

*Нав'язлива лічба*, що проявляється докучливим бажанням рахувати, наприклад, кількість кроків від дому до роботи, при помилці у лічбі хворий повинен повернутися додому і знову повторити шлях; нав'язлива лічба вікон у будинках тощо.

*Нав'язливі репродукції* — пригадування забутих чи непотрібних термінів, визначень, епізодів з життя.

До ***образних нав'язливостей*** належать зокрема такі.

*Нав'язливі спогади* — мимовільна поява у свідомості неприємних спогадів.

*Контрастні уявлення, сороміцькі думки* — нав'язлива поява думок, уявлень, зміст яких не відповідає морально-етичним поглядам особистості.

*Нав'язливі потяги* — прагнення вчинити безглузді, часто небезпечні вчинки, наприклад, нав'язливе бажання перебігти колію перед тепловозом, що рухається.

*Нав'язливі дії* включають в себе групу нав'язливостей різного генезу. Це різні варіанти тиків, слова-паразити, прагнення гризти нігті (оніхофобія), видирати волосся (трихотиломанія), ритуальні дії — багаторазове миття рук, словесні заклинання і т. ін.

Патофізіологічні механізми нав'язливих станів пояснюються появою у корі головного мозку вогнища інертного, застійного збудження, фазовими станами якого, наприклад, парадоксальною або ультрапарадоксальною фазами, можна пояснити появу контрастних потягів, думок і т. ін. (І. П. Павлов, 1933).

Нав'язливі стани зустрічаються при невротичних розладах, обсесивно-компульсивних розладах, психастенічних особливостях особистості, при шизофренії, епілепсії, органічних захворюваннях головного мозку. В цих випадках клінічні особливості нав'язливостей залежать від характеру захворювання.

Наприклад, хворий К., 28 років, про себе розповідає: «З дитинства я був якийсь дивний. Хлопці мене не поважали, а я їх боявся. Взагалі я всього боявся. Коли вчився у молодших класах школи, боявся, що моя мама помре. Але якщо я встигну порахувати до 10, доки мама наливатиме у чашку чай, то вона житиме. До школи йшов — боявся, що на мене чужі хлопці нападуть. Портфель тримав пряжкою до себе, це ніби означало,

що я йду з мирними намірами і битися не бажаю. Школу закінчив, армію відслужив. Там одержав спеціальність водія. Все було б нічого, але останнім часом стали якісь дурні думки заважати: тільки і думаю, щоб усі предмети у мене лежали симетрично. Дома жінка через це лається. На роботі треба машину відремонтувати, а я не ділом займаюся, а гайкові ключі розкладаю симетрично. Нещодавно такий випадок був, що соромно розповідати. Поїхав я місцевим поїздом до себе на дачу. По дорозі на станції вийшов, забіг до туалету. Бачу — в унітазі два сірники лежать. Став виходити з туалету, а тут мене раптом немов щось вдарило: повернутися і покласти сірники симетрично. Повернувся. В унітаз лізти огидно, а піти не можу. Стало навіть серце калатати, весь спітнів. Усе таки не витримав, заліз в унітаз рукою і сірники поклав симетрично, а поїзд тим часом поїхав.

**Надцінні ідеї**

Надцінні ідеї вперше описав К. Верніке (1892).

До них належать окремі судження, які афективно насичені, мають стійкий, фіксований характер і не піддаються в цей період критичній оцінці. Тільки по мірі зниження афективного значення ідеї з’являється критичне ставлення до них.

Класичним прикладом може бути надцінна ідея ревнощів Отелло в драмі В. Шекспіра. Емоційне оточення полководця — мавра Отелло — було насичене підозрами, інтригами, воно сприяло розвиткові у Отелло комплексу надцінних ідей самоприниження, пов’язаних з кольором його шкіри, а згодом на цьому фоні у нього сформувалась ідея про невірність Дездемони, яка призвела до трагічного фіналу. Але щойно лише зникло емоційне напруження, як Отелло критично оцінив зроблену ним фатальну помилку.

Надцінні ідеї слід відрізняти від домінуючих ідей. Пануюча роль останніх визначається інтересами, захопленням людей, які активно намагаються подолати всі перешкоди та досягти мети. Надцінні ідеї

мають патологічний характер, є проявом дисгармонійної особистості. Надцінні ідеї зливаються з особистістю хворого, сприймаються ним як виключно вірне уявлення.

Зміст надцінних ідей вірно відображає реальні факти. Часто вони пов'язані з ідеями винаходу, з думкою про створення чогось нового, корисного, наприклад, «перпетуум мобіле». Надцінні ідеї стійкі, їм властива емоційна насиченість, афективна захопленість. Коригування надцінної ідеї полягає в тому, що хворий може усвідомити її помилковість в результаті власних логічних міркувань або під впливом іншої людини, яка є для нього безумовним авторитетом в цій сфері.

Надцінні ідеї частіше виникають у пацієнтів з розладами особистості (параноїчними). На думку П. Б. Ганнушкіна (1933), надцінні ідеї найчастіше виникають у релігійних фанатиків, але переважно їх визначає певна безкорисливість. Їх боротьба визначається суспільними інтересами, і вони прагнуть висунути ці інтереси на перший план. Служать людям віддано, жертвуючи своїм особистим щастям заради надцінної ідеї. Прикладом надцінної ідеї може бути такий клінічний випадок.

Хворий Ш., 46 років, технік-лісовод. Займаючись вимірюванням стовбурів дерев, він звернув увагу на залежність між їх діаметром і віддаленістю від узлісся. Він подумав, що коли йому вдасться вивести формулу, яка характеризує це співвідношення, то така формула матиме велике значення для вирахування об'єму деревини. Він продовжував свої спостереження і через деякий час вивів формулу. Свої розрахунки і статті Ш. направив в різні наукові журнали, але визнання не добився. В рецензіях на його роботи зазначалося, що тема актуальна, але розрахунки не переконливі і потребують перевірки. Однак Ш., будучи людиною наполегливою і разом з тим надмірно самолюбною, залишався незадоволеним поясненнями в рецензіях. Особисті контакти із спеціалістами також не переконали його в помилковості одержаних розрахунків. Вважаючи відгуки необ'єктивними, він став звертатися в

судові інстанції з вимогами відновити справедливість, вів велике листування. В своїх відповідях опонентам Ш. вишукував найдрібніші похибки у висновках не згодних з ним вчених, вбачаючи у них докази необ'єктивності, консерватизму, бажання уникнути відповідальності. Весь вільний від роботи час Ш. приділяв листуванню, пошуку нових доказів своєї правоти. У зв'язку з цим він перестав приділяти достатньо уваги своїм обов'язкам, в розмовах з членами сім'ї, друзями постійно повертався до теми свого винаходу, висловлював своє обурення, хвилювався, ображався на будь-які заперечення. Став дратівливим, погано спав.

**Маячні ідеї**

Маячні ідеї — це невірні, помилкові висновки, що виникли на патологічній основі і не піддаються корекції та переконанню.

У визначенні маячних ідей найбільш істотними є чотири характеристики: невірний зміст ідей, хвороблива основа їх виникнення, переконаність в їх правильності, недоступність психологічній корекції.

Невідповідність дійсності, хибний зміст відрізняє маячні ідеї від надцінних. Ствердження хворих часто абсурдні, грубо суперечать фактам, що свідчить про глибоке ураження інтелектуальної діяльності, значне зниження критичних функцій. Провідна роль у виникненні маячних ідей належить ураженню усіх сфер пізнання, причому розлад чуттєвого компонента має особливе значення. Аналізуючи хворих з гострими параноїдними ідеями, О. В. Кебриков відмічає, що в їх основі лежать афективні порушення. Звідси він робить висновок, що першоджерела маячних ідей можуть знаходитися на нижчому етапі пізнавальної діяльності, в сфері сприйняття та відчуття. Таким чином, маячна ідея виникає на хворобливій основі, тобто первинне порушення пов'язане з пошкодженням мозку, воно є виявленням патологічно зміненого мислення.

Впевненість хворих у правильності маячних ідей має патологічний характер, хворі не відмовляються від своїх переконань, завжди вважають, що істина знаходиться на їх боці, тому ані логічним, ані сугестивним шляхом переконати хворого неможливо.

Маячні ідеї поділяються на дві основні форми — первинні і образні (чуттєві).

Первинна маячна ідея є інтерпретативною, в її основі лежить порушення мислення за структурою (аутистичне, паралогічне, символічне та інші варіанти), а відправною точкою слугують факти, події зовнішнього світу або внутрішні переживання. При первинній маячній ідеї порушується раціональне пізнання оточуючого при збереженні чуттєвої оцінки пізнання. Ця форма маячної ідеї відрізняється стійкістю і прогресуванням з утворенням маячної системи (систематизоване маячення).

У рамках первинної маячної ідеї виділяють кілька її видів. Маячні думки — раптове виникнення маячної ідеї. Маячна свідомість — щось на зразок прояснення, здатності раптово інтуїтивно збагнути «справжній» сенс якоїсь реальної події. Маячне уявлення — виникає як раптове вторгнення спогадів, думок, яким надається особливе значення, що має відношення до хворого (розпитували колись про ракові захворювання серед родичів, отже, він хворий на рак). Маячне сприйняття — різко, радикально змінюється зміст всього, що було сприйнято у даний момент. До первинних маячних ідей належать маячні ідеї винахідництва, реформаторства, еротичні та ін.

Чуттєва (образна) маячна ідея — це вторинна маячна ідея, в основі якої лежать галюцинаторні переживання, вона має чуттєво-образний характер, супроводжується грою уяви. При прагненні пояснити різні варіанти порушення сприйняття у хворих формуються маячні ідеї. Тому при чуттєвому маячінні часто спостерігаються розгубленість, тривога.

Афективна маячна ідея (голотимна) практично є різновидом чуттєвої маячної ідеї, вона виникає на фоні депресивного або маніакального стану.

Розрізняють окремі клінічні варіанти вторинних маячних ідей: галюцинаторна маячна ідея — в основі лежать галюцинації, сенестопатична маячна ідея — пов'язана з порушенням інтерорецепції (сенестопатії), конфабуляторна маячна ідея — формується на основі конфабуляцій, психогенно обумовлена маячна ідея — на основі психотравмуючої ситуації, підвищеної навіюваності (маячна ідея глухих, залізничний параноїд, описаний Жисліним (1965), пов'язаний з довгими переїздами та незвичними зовнішніми обставинами).

За структурою маячні ідеї поділяються на незв'язані; зв'язані (не систематизовані); систематизовані; резидуальні.

Незв'язані маячні ідеї не з'єднані якоюсь фабулою, вони уривчасті і часто зумовлені окремими вихопленими із загальної ситуації фактами, як, наприклад, при порушенні свідомості (делірій, аменція).

Зв'язані (не систематизовані) маячні ідеї спостерігаються при порушенні мислення, коли низка маячних ідей випливає одна з одної, наприклад, маячна ідея фізичної дії і маячна ідея гіпнотичного впливу.

Систематизовані маячні ідеї часто зустрічаються при парануяльному синдромі, коли всі аспекти суспільного і особистого життя хворого пояснюються з позицій маячної ідеї переслідування, величі або самоприниження.

Резидуальні маячні ідеї — ідеї образні, вони спостерігаються деякий час у вигляді моносимптому після зворотного розвитку інших проявів психозу і відновлення критичного ставлення до них.

Маячні ідеї за динамікою поділяються на стійкі; нестійкі; трансформуючі; осцилюючі; індуковані.

Стійкі маячні ідеї характеризуються тривалістю і значною виразністю хворобливих ідей, як це спостерігається, наприклад, при параноїдній шизофренії.

Нестійкі маячні ідеї можуть спостерігатися при короткочасних розладах свідомості, наприклад, при сутінковому або делірійному розладі свідомості.

Трансформуючі маячні ідеї характеризуються трансформацією змісту однієї маячної ідеї в іншу: маячна ідея переслідування поступово переходить в маячну ідею величі або навпаки.

Осцилюючі маячні ідеї характеризуються періодичною появою одних і тих самих маячних ідей протягом патологічного процесу.

Індуковані маячні ідеї можуть виникати у родичів або у осіб, що тісно співіснують з психічно хворим, за умови певної їхньої психологічної залежності від хворого (діти, розумово відсталі, психологічно незрілі особи тощо).

Таким чином, як первинні, так і вторинні маячні ідеї супроводжуються значним афективним забарвленням. На цьому принципі побудована найбільш розповсюджена класифікація маячних ідей за змістом:

— група маячних ідей величі;

— група маячних ідей самоприниження;

— група маячних ідей переслідування;

Група маячних ідей величі часто характеризується піднесеним настроєм. Зустрічаються вони при афективних розладах настрою, прогресивному паралічі, шизоафективних розладах, при маніоформних синдромах екзогенного генезу. До цієї групи належать такі ідеї:

1. Маячні ідеї величі — упевненість хворого у володінні величезною владою, в тому, що він є посланцем Бога в образі Ісуса Христа тощо.

2. Маячні ідеї могутності — віра хворого в те, що всі природні і суспільні події залежать від їх волі і бажання.

Наприклад, хворий Б., 53 років. У відділенні психіатричного стаціонару тримається впевнено, говорить з апломбом, обуренням, буває агресивним. Себе називає «фельдмаршалом», «володарем світу», чує «голоси» які линуть із інших частин світу, переговорюються з ним. Заявляє, що він вільно може переноситись на Місяць, Юпітер та інші

планети. Звідси він править Всесвітом, рухом небесних тіл. Вимагає негайного виписування, бажає їхати до Москви, де йому «дадуть стільки грошей, скільки він побажає».

3. Маячні ідеї багатства — часто зустрічаються у хворих з прогресивним паралічем, які запевняють оточуючих, що володіють незліченними багатствами.

4. Маячні ідеї безсмертя — хворий стверджує, що він прожив мільйони років і далі житиме, страждаючи за все людство (при депресивному синдромі).

5. Маячні ідеї винахідництва — хворі вважають себе геніальними винахідниками.

Наприклад, хворий Л., 53 років, агроном. В психоневрологічний диспансер звернулась його дружина. Вона розповіла, що протягом останнього року її чоловік закинув роботу, цілими днями і навіть вночі щось пише й старанно ховає написане. Викликаний до лікаря, хворий розповів, що він створив апарат Л-2, який може ловити думки на відстані. Цей винахід, на думку хворого, може стати основою для нової технічної революції і має велике значення для захисту країни. Приніс з собою велику кількість креслень, схем, товстий рукопис, в якому за допомогою рівнянь з елементарної математики, простих законів фізики намагається обгрунтувати свою «гіпотезу». Розповів лікареві, що перший екземпляр рукопису він повіз у Москву, але по дорозі валізу вкрали. Абсолютно впевнений, що крадіжку здійснили агенти іноземної розвідки. Все це хворий розповідає з безліччю деталей, докладно. Глибоко переконаний у своїй правоті, заперечує думку про можливість помилки.

6. Маячні ідеї реформаторства — проявляються в прагненні здійснити соціальну і державну перебудову, наприклад, пропонується новий метод продовження життя людини через заморожування її при температурі 273°С і т. ін.

7. Маячні еротичні ідеї — хворі впевнені в тому, що поважна персона закохана в них за їх рідкісну вроду, надзвичайну привабливість.

Група маячних ідей самоприниження супроводжується зниженим, депресивним настроєм, зустрічається при депресивних, меланхолічних станах, маячних синдромах ендогенного генезу. До цієї групи належать ідеї:

1. Маячні ідеї самозвинувачення — дуже часто зустрічаються при депресивних синдромах, коли хворі звинувачують себе в тому, що вони скоїли непорядний вчинок, і готові до будь-якого покарання, аж до самогубства.

2. Маячні ідеї меншовартості — хворий вважає себе нікчемним, дурним, негідним поваги з боку оточуючих.

3. Іпохондричні маячні ідеї — хворі впевнені, що страждають на невиліковне захворювання, наприклад, раку сифіліс тощо.

Характерним є такий клінічний випадок. Хвора Х., 32 років, робітниця заводу. За характером запальна, вперта, деспотична, дуже підозріла: «прищ на руці вскочить — біжу до лікаря, чи не екзема це!». В анамнезі гінекологічне захворювання, з приводу якого лікувалась у спеціалістів. Одного разу в зв’язку з випадковим забрудненням зовнішніх органів у хворої з’явилася думка, що вона заразилася сифілісом. Стала відчувати болі по всьому тілі, ломоту. Здавалося, що язик розкладається, ніс гниє, на шкірі з’являються червоні плями, які можна роздивитися тільки «дуже гострим оком». Читала посібник з венеричних хвороб і знайшла у себе всі симптоми сифілісу. Лікар-венеролог ретельно обстежив хвору і відкинув цей діагноз. Тоді хвора вирішила, що у неї «латентний сифіліс». Повідомила всіх своїх друзів, щоб не заразити їх. Відділилась від чоловіка, годинами кип’ятила свою білизну і посуд. Всі спроби переконати хвору залишалися марними. Хвора була абсолютно переконана в наявності хвороби і мала намір покінчити життя самогубством. Всі заперечення лікаря і родичів з приводу

безпідставності її підозр хвора відкидала, навіть не намагаючись дослухатись до їх змісту.

4. Нігілістичні маячні ідеї (маячення Котара) — хворі впевнені в тому, що у них відсутні внутрішні органи, вони самі мертві. Вони відчувають, як їжа падає в порожнечу і т. ін.

Характерним є такий клінічний випадок. Хворий Б., 22 років, солдат. Психічне захворювання виникло гостро у зв'язку з перенесеним грипом. Став скаржитися на постійні болі в горлі, висловлював думку, що він хворіє на туберкульоз горла, горло у нього згнило, дихати вільно не може, випали всі зуби, в грудях пусто, все згнило. Відмовляється від їжі тому, що у нього відсутній зв'язок зі шлунком, «шлунок мертвий», «всі нутрощі склеїлись». Заявляв, що він труп, але рухається тільки тому, що через нього пропускають електричний струм. У стаціонарі нічого не робить, самітний, тривожний, настрій пригнічений.

5. Маячні ідеї гріховності — хворі впевнені в тому, що вони є грішними, страшенно завинили перед людьми, перед цілим людством і тому вимагають для себе покарання.

6. Маячні ідеї зубожіння — впевненість у відсутності матеріальних статків для життя при достатній побутовій забезпеченості.

7. Маячні ідеї фізичної потворності — впевненість в наявності фізичної потворності, на яку зважають усі оточуючі.

8. Дерматозойні маячні ідеї — хворі доводять, що у них під шкірою знаходяться особливі живі істоти.

Маячні ідеї переслідування в перші роки їх формування забарвлені страхом, тривогою, які згодом можуть трансформуватись в гнів, лють стосовно уявних переслідувачів і призвести навіть до насильницьких дій. До групи маячних ідей переслідування належать такі ідеї:

1. Маячні ідеї переслідування — хворі вважають, що знаходяться під постійним наглядом якоїсь людини чи групи людей: агентів ворожої розвідки, незнайомців, які вороже налаштовані щодо них.

Прикладом може бути такий клінічний випадок. Хворий Р., 19 років, здобувач. Звернувся до міліції з листом такого змісту: «Прошу вжити заходів та захистити мене від переслідування шайкою бандитів і хуліганів. Вони замкнули мене у божевільні і ставлять наді мною експерименти. Таємно вживили мені в голову пристрій для радіозв'язку, «якийсь центральний мозок» і постійно ведуть зі мною переговори за допомогою надвисоких частот, не дають ані хвилини спокою. Забивають мені в голову брудні думки і примушують відповідати на них, мої почуття поклали під залізний ковпак. Вони з хуліганськими намірами рухають моїм язиком, примушують вимовляти нецензурні слова, забивають мені голову своїми провокаційними розмовами. Вночі виймають моє серце, легені і замість них вкладають інші, «кібернетичні». Говорять, що нібито я гіпноз, примушують діяти на людей. Я весь став сам не свій, навіть їм та ходжу автоматично. А вони весь час подумки говорять мені, що зробили з мене робота. Ще раз прошу негайно вжити заходів проти цих хуліганів».

2. Маячні ідеї фізичного впливу — хворі впевнені у тому, що переслідувачі використовують технічні засоби впливу, шкодять діяльності мислення, волі, викликають неприємні відчуття.

3. Маячні ідеї психічного впливу — за змістом приєднуються до маячних ідей фізичного впливу, тільки в цьому випадку за допомогою телепатії, гіпнозу впливають на психічну діяльність хворого.

4. Маячні ідеї отруєння — хворі впевнені в тому, що їх намагаються отруїти або отруюють спеціальними отрутами. Цей вид маячних ідей часто зустрічається при шизофренії, органічних психічних розладах.

5. Маячні ідеї пограбування (зубожіння) — хворі впевнені, що оточуючі, найчастіше родичі, обкрадають їх, бажають захопити квартиру, майно. Маячні ідеї пограбування часто зустрічаються при органічних психічних розладах.

6. Маячні ідеї ревнощів — хворі твердо переконані в тому, що їх подружня половина їм зраджує, є невірною в подружніх стосунках.

Наприклад, хворий К., 42 років, інженер. Протягом 10 років зловживав алкогольними напоями. Був глибоко впевнений у тому, що його жінка зраджує йому із завідувачем кафедрою, де вона працювала лаборантом. Він став за нею стежити, фіксував час приходу з роботи, систематично оглядав її білизну. У подальшому під загрозою ножа примусив її класти до піхви кульки, які перераховував при поверненні з роботи. Втрата 1–2 кульок була підтвердженням подружньої зради. Остання погроза вбити її та придбана для цього сокира примусили жінку звернутися по допомогу.

7. Маячні ідеї звичайних стосунків (маячні ідеї малого розмаху) — переважають теми дрібних збитків, навмисного псування речей, цькування, спроб отруєння.

8. Маячні ідеї сутяжництва — в цьому випадку хворі впевнені, що оточуючі порушують їх права і є несправедливими до них. Хворі пишуть численні скарги в різні інстанції, в пресу, судяться з усіма гаданими недоброзичливцями.

9. Маячні ідеї стосунку — хворі вважають, що знаходяться постійно у центрі уваги, все навколо має до них стосунок. По радіо і телебаченню постійно чують та бачать різні натяки на свою адресу. Різновидом є сенситивні маячні ідеї, коли хворі вважають, що оточуючі поганої думки про них, негативно налаштовані, обговорюють їх або з них насміхаються.

10. Маячні ідеї особливого значення виникають, коли хворий знаходить в оточуючому особливі символічні «знаки», які позначають певні дії, спрямовані на хворого, попереджають про небезпеку або загрожують тощо.

11. Маячні ідеї двійників можуть включати симптом позитивного і негативного двійника. В цих випадках хворі вважають, що незнайомі люди з ворожими намірами мають подобу знайомих або родичів або, навпаки, знайомі люди чомусь приховують від них справжнє обличчя.

12. Маячні ідеї інсценування — оточуюче сприймається як штучне, підстроєне, подібне до сценічних декорацій. Близькими до цього

варіанту є маячні ідеї інтерметаморфози, при яких на думку хворого все оточуюче постійно змінюється, люди перевтілюються.

**Увага**

*Увага* — нервово-психічний процес, що організує поведінку людини та її активне пристосування до зовнішнього середовища в умовах найкращого сприйняття певних подразників і зворотного реагування. Це зумовлює вибірковий, спрямований характер психічної діяльності людини.

Увага проявляється в зосередженні свідомості на обраному об'єкті чи явищі, внаслідок чого цей об'єкт чи явище відображуються людиною ясніше й повніше.

Особлива властивість психічних явищ, оскільки вони належать свідомості одного індивідуума, полягає в тому, що ці явища заважають одне одному. Ми не в змозі думати одночасно про різні речі, не в змозі виконувати водночас різні роботи і т. ін. Ця властивість свідомості дістала назву вузькості свідомості. З психічними явищами все відбувається таким чином, неначе вони намагаються взаємно витіснити одне одного чи пригнітити, ніби ведуть поміж собою боротьбу за місце у свідомості, якого не вистачає одночасно для всіх. Ця взаємна боротьба, витіснення та пригнічення, наявні лише в тому випадку, якщо психічні явища не пов'язані для нас в одне ціле, а навпаки, являють собою незалежні між собою  думки, почуття та бажання. Одночасно розглядати предмет і водночас слухати не пов'язані з ним звуки для нас важко: одне заважає іншому, але коли ми слухаємо промову оратора і уважно стежимо за виразом його обличчя, це майже не заважає одне одному. Про психічне явище, яке домінує в даний момент кажуть, що воно знаходиться в центральному полі зору. Інші, відтиснені, явища займають периферію свідомості й до того ж знаходяться там тим довше, чим менше вони нами усвідомлюються. Об'єктивно увага, власне, не щось інше, як відносне панування даного уявлення у даний момент часу; суб'єктивно ж бути уважним означає бути зосередженим на даному об'єкті, явищі, враженні.

Увага свого особливого змісту не має, вона проявляється у сприйманні, мисленні, діяльності, забезпечує усі пізнавальні процеси, усвідомлення і

сприймання, характеризує їх. В ній вони виступають як діяльність, зосереджена на об'єктах. В увазі найбільш чітко та виразно проявляється зв'язок свідомості та об'єкта, чим активнішою є свідома діяльність, тим виразніше виступає об'єкт, чим виразніше виступає в свідомості об'єкт, тим більш інтенсивною є і сама свідомість. Увага — прояв цього зв'язку свідомості та усвідомлюваного об'єкта.

Увага — якісно своєрідний процес, в основі якого лежать певні фізіологічні механізми. Найближче вони стоять до таких званих домінантних зон збудження (О. О. Ухтомський). Коли при певних умовах деякі центри приходять у стан самостійного збудження, реакції, пов'язані з цими зонами збудження, стають домінуючими, решта ж реакцій гальмується. Збудження, які попадають на змінені зони мозку, не приводять до утворення тимчасових зв'язків, і людина їх не пам'ятає. Зони з оптимальним збудженням посилюються сторонніми подразниками і гальмують реакції, не пов'язані з дією домінуючих центрів, таким чином проявляється закон домінанти.

Розрізняють кілька основних властивостей уваги. Оскільки наявність уваги означає зв'язок свідомості з конкретним об'єктом, перш за все постає питання про ступінь зосередження або концентрацію уваги. Концентрація уваги означає наявність зв'язку з конкретним об'єктом і відображає інтенсивність цього зв'язку, таким чином, з'являється фокус, в який зібрана психічна, свідома діяльність. Концентрація — це зосередження, центральний факт, в якому виражається увага.

Об'єм уваги визначається кількістю однорідних об'єктів, які охоплює увага. Об'єм уваги є змінною величиною залежною від ступеня зв'язаності між собою елементів, на яких зосереджується увага, та від вміння свідомо зв'язати і структурувати матеріал.

З об'ємом уваги тісно пов'язаний і розподіл уваги між тією чи іншою кількістю різнорідних об'єктів, що водночас перебувають в центрі уваги.

Під спрямованістю уваги слід розуміти вибірковий характер психічної діяльності, вільний чи невільний вибір її об'єкта.

Під спрямованістю психічної діяльності розуміється не тільки вибір цієї діяльності, але й здатність її зберігати. Привернути увагу не так вже й важко, але зберегти її протягом

дуже слабко володіє своєю увагою. Розвиток довільної уваги є одним з найважливіших подальших надбань, тісно пов'язаних з формуванням у дитини вольових якостей.

В розвитку уваги у дитини істотнім є її інтелектуалізація, яка спирається спочатку на чуттєвий зміст, потім починає переключатися на розумові зв'язки. Внаслідок цього розширюється обсяг уваги дитини.

Швидке зростання стійкості дитячої уваги спостерігається вже на четвертому році життя. Зокрема, відносно високий рівень її формується близько 6 років, на межі шкільного віку. Це істотна умова «готовності до навчання».

Відволікання уваги у 2–4-річної дитини у 2–3 рази більше, ніж у віці 4–6 років. У шкільному віці увага, як мимовільна, так і довільна, продовжує розвиватись. Але в молодших класах школи у дітей ще може зустрічатися значне відволікання уваги.

В 10–12 років, тобто в період, коли у більшості дітей спостерігається помітне, часто стрибкоподібне зростання розумового розвитку, відбувається розвиток абстрактного мислення, логічної пам'яті та ін., також спостерігається помітне зростання обсягу уваги, її концентрації та стійкості.

При різних захворюваннях відбувається порушення уваги. Так при пошкодженні потиличної ділянки кори мозку виникають порушення зорової уваги, при пошкодженнях скроневої кори — порушується слухова увага та ін.

Виділяють такі форми порушення активності уваги.

*Відволікання уваги* — надмірна рухливість уваги, переключення її з одного об'єкта на інший, характерне зокрема для маніакальної фази афективних порушень. Протилежне явище — загальмованість уваги, що спостерігається в депресивній фазі афективних порушень, при хронічному епідемічному енцефаліті, інших органічних ушкодженнях головного мозку.

*Недостатня здатність до переключення (торпідність)* уваги, пов'язана із в'язкістю мислення та схильністю до деталізації, притаманна хворим на

епілепсію, з органічними ураженнями головного мозку. Зниження рівня уваги та порушення її розподілу спостерігаються при ураженні судин мозку, особливо при церебральному атеросклерозі.

*Виснаження уваги* властиве астенізованим пацієнтам з тяжкими тривалими соматичними недугами, хворим на неврастенію, з органічним ураженням головного мозку.

*Апрозексія* — повне випадіння уваги.

Виражене недоумство супроводжується повною дезінтеграцією активної уваги. Довше зберігається пасивна увага, коли хворий знову повертається до джерела інтенсивного світла чи звуку.

Своєрідне *спотворення уваги* спостерігається при шизофренії. Хворий зосереджується на власних патологічних переживаннях (галюцинації, нав'язливі стани, маячні ідеї). В окремих випадках шизофренія супроводжується й загальним ослабленням уваги, її відволіканням, загальмованістю.

Зміни в стані уваги можна встановити шляхом простих спостережень. Але більш точні дані дають експериментально-психологічні методи дослідження.

**Пам'ять**

*Пам'ять* — психічний процес, який виконує функцію накопичення, збереження і репродукції досвіду пізнання людиною навколишнього середовища та самої себе, що забезпечує її диференційоване пристосування.

Пам'ять є одним із найважливіших компонентів вищої нервової діяльності. Жодна актуальна дія є неможливою поза процесами пам'яті, тому що перебіг будь-якого, навіть найпростішого, психічного акту обов'язково має передумовою утримання кожного його елементу для «зчеплення» з наступним. Без здатності до такого «зчеплення» стає неможливим розвиток. Пам'ять забезпечує накопичення вражень про навколишнє середовище, служить основою набуття знань, навичок та вмінь з їх наступним використанням. Збереження досвіду створює можливість для навчання людини і розвитку її психіки (сприйняття, мови та ін.). Пам'ять як найважливіша характеристика усіх психічних процесів, забезпечує єдність і цілісність особистості.

Провідним положенням психологічної теорії пам'яті є вчення про активний характер процесів, які лежать в основі мнестичної діяльності. Так, запам'ятовування — процес, спрямований увагою, метою і зацікавленістю щодо події. У процесі ж забування головну роль відіграє інтерференція, відволікаюча дія іншої інформації.

Фізіологічною основою пам'яті є утворення тимчасових нервових зв'язків, які здатні відтворюватись, актуалізуватись у подальшому під впливом різноманітних подразників.

Дослідження останніх років, які проводились на нейрофізіологічному та біохімічному рівнях, дозволяють виділити дві фази у формуванні таких зв'язків. У першій (лабільній) фазі слід утримується завдяки реверберації нервових імпульсів. Протягом другої (стабільної) фази збереження сліду здійснюється за рахунок структурних змін, що виникають на основі змін першої фази. Згідно з різними даними, це або ріст протоплазматичних нервових відростків, або зміни у синаптичних закінченнях, у властивостях клітинних мембран або у складі рибонуклеїнових кислот клітини. Набуті біохімічні зміни надають нервовій клітині властивість резонувати на повторну дію «знайомих» подразників. Полегшують формування сліду й уповільнюють його зникнення пептиди (вазопресин, АКТГ і його фрагменти та ін. ). До них також належать нейропептиди (ендо-екзогенні нейрогуморальні регулятори), що мають потенційну властивість стимулювати процеси навчання та пам'яті, посилювати концентрацію уваги і регулювати рівень бадьорості.

У здійсненні процесу консолідації пам'яті важливу роль відіграє період, наступний за сприйняттям інформації, а саме, період її закріплення у пам'яті. Без цього періоду інформація, що надходить, не може бути перетворена в стійкий слід пам'яті. У забезпеченні цього процесу беруть участь глибинні структури мозку і, перш за все, утворення гіпокампова кола (*коло Пейпза*). Воно складається, окрім утворень гіпокампа, з передніх ядер таламуса та мамілярних тіл. Гіпокамп і пов'язані з ним відділи ретикулярної формації забезпечують необхідну фонову активність і відбирають нову потрібну

інформацію. Мамілярні тіла, передні ядра таламуса і частина лімбічної кори здійснюють кодування сприйнятої інформації.

За тривалістю закріплення і збереження матеріалу розрізняють сенсорну, короткочасну і довгочасну пам'ять.

*Сенсорна пам'ять* — периферична, модально-специфічна, миттєва пам'ять (не більше 2 с) з великим обсягом інформації, яка зберігається. Ця система утримує досить точну і повну картину світу, що сприймається органами чуття. Припускають, що у сенсорній пам'яті відображуються фізичні характеристики стимулів. Завдяки даному виду пам'яті забезпечується здатність безперервного сприймання навколишнього середовища при рухах очей та кліпанні.

*Короткочасна пам'ять* характеризується коротким терміном збереження (не більше 30 с) після одноразового короткочасного сприйняття і негайним відтворенням матеріалу. У цьому разі інформація, що утримується, являє собою не повне відображення подій, які відбулися на сенсорному рівні, а безпосередню інтерпретацію цих подій. Ємність короткочасної пам'яті обмежена. Зазвичай запам'ятовується лише 5–9 останніх одиниць інформації з поданого матеріалу.

Доклавши свідомих зусиль, знову і знову повторюючи матеріал, який міститься в короткочасній пам'яті, його можна утримувати протягом довшого часу.

Особливим видом короткочасної пам'яті є оперативна пам'ять, під якою розуміють мнемонічні процеси, які обслуговують безпосереднє здійснення людиною актуальних дій, операцій. Оперативна пам'ять відрізняється від довгочасної пам'яті тим, що в ній утворюється «робоча суміш» з матеріалів, які надходять як з короткочасної, так і з довгочасної пам'яті. Доки цей робочий матеріал функціонує, він залишається у підпорядкуванні оперативної пам'яті.

Для *довгочасної пам'яті* характерним є тривале збереження матеріалу після багаторазового його повторення і відтворення. Довгочасна пам'ять найбільш важлива і найбільш складна в системі пам'яті. Її ємність практично необмежена, а інформація може зберігатися невизначено довго.

За характером психічної активності, яка переважає у діяльності людини, пам'ять поділяють на рухову, емоційну, образну, словесно-логічну. Ця

послідовність відображує генетичні сходинки розвитку пам'яті: від рухової до емоційної, образної і словесно-логічної як вищого виду пам'яті людини.

*Рухова пам'ять* — це запам'ятовування, збереження і відтворення різноманітних рухів та системи рухів. Цей вид пам'яті служить основою для формування різних практичних та трудових навичок, ходіння, письма та ін. Звичайно, ознакою доброї рухової пам'яті є фізична спритність людини, вправність у праці.

*Емоційна пам'ять* — це пам'ять на почуття. Емоції сигналізують про ступінь задоволення потреб та інтересів індивідуума. Тому пережиті й збережені у пам'яті почуття виступають як сигнали або фактори, що спонукають до дій.

*Образна пам'ять* — це пам'ять на уявлення, образи, запахи, звуки. Залежно від того, який аналізатор брав найактивнішу участь у сприйнятті матеріалу, виділяють зорову, слухову дотикову пам'ять та ін. Якщо зорова і слухова пам'ять зазвичай добре розвинуті і відіграють провідну роль у життєвому орієнтуванні усіх нормально розвинутих людей, то дотикова, нюхова та смакова пам'ять певною мірою є «професійними» видами пам'яті. Як і відповідні відчуття, вони особливо інтенсивно розвиваються у зв'язку зі специфічними умовами діяльності. Особливо високого рівня розвитку ці види пам'яті можуть досягати в умовах, коли вони повинні компенсувати або доповнювати види пам'яті, яких бракує, наприклад, у сліпих, глухих та ін.

В основі *словесно-логічної пам'яті* лежать вербалізовані розумові операції. Словесно-логічна пам'ять є специфічно людською пам'яттю. Рухова, емоційна та образна пам'ять у своїх найпростіших формах властиві й тваринам.

Пам'ять кожної людини індивідуальна, неповторна, оскільки становить відображення неповторного «малюнку» діяльності конкретного індивіда. Індивідуальні ознаки пам'яті базуються на переважному розвитку одного з видів пам'яті, який виділяється у відповідності з характером та засобом сприйняття матеріалу, що запам'ятовується. Для багатьох людей характерним є більш значний розвиток одного з таких типів пам'яті: словесно-логічної, образної, емоційної або рухової.

Інформація краще запам’ятовується, якщо використовується переважаючий тип пам’яті. Вказані основні типи пам’яті розділяються на окремі підтипи (наприклад, пам’ять на обличчя, числа та ін.). Широко відомі індивідуальні особливості пам’яті, обумовлені способом (модальністю) сприйняття інформації: зорова, слухова, дотикова та ін. Наприклад, особи з більш розвиненою зоровою пам’яттю запам’ятовують невербальний матеріал, який сприймається візуально, а ті, у кого краще розвинена слухова пам’ять, легше запам’ятовують той самий текст, якщо сприйматимуть його на слух.

Одним із факторів, який визначає індивідуальні відмінності пам’яті, є особливість функціонування нервової системи. У осіб з переважно образним видом пам’яті домінує перша сигнальна система, а із словесно-логічним — друга сигнальна система. Але насамперед індивідуальні відмінності пам’яті є наслідком різноманітності діяльності, здійснюваної людьми. Відповідно, найбільшого розвитку досягають ті види пам’яті, які найчастіше використовуються людиною: математику значно легше запам’ятати абстрактні символи, художнику — образи.

Крім видів пам’яті, розрізняють процеси пам’яті — це функції, які виконує пам’ять у житті й діяльності. До процесів пам’яті належать запам’ятовування, відтворення, а також збереження і забування матеріалу.

Головний серед цих процесів — *запам’ятовування*. Він визначає повноту і точність відтворення матеріалу, повноту і тривалість його збереження. Основні умови продуктивності запам’ятовування пов’язані з тим, у якій формі воно відбувається, а саме, у формі мимовільного чи довільного процесу. Довільне запам’ятовування — це продукт спеціальних мнемічних дій, тобто дій, основною метою яких є запам’ятовування. Продуктивність такого запам’ятовування зумовлена властивостями його цілей, мотивів і заходів здійснення. Виділяють такі етапи смислового запам’ятовування: усвідомлення мети запам’ятовування, розуміння суті, аналіз матеріалу, виділення найбільш істотних ідей, узагальнення, запам’ятовування цього узагальнення.

Мимовільне запам’ятовування є продуктом і умовою здійснення пізнавальних і практичних дій, при цьому саме запам’ятовування не є основною метою.

Мимовільно запам’ятовується краще той матеріал, який входить до складу основної мети діяльності, а не до умов і засобів досягнення цієї мети. Тоді матеріал викликає більш активну розумову роботу над ним, а відтак — більшу зацікавленість до змісту виконуваного завдання.

Використання людиною набутого досвіду здійснюється завдяки відновленню раніше засвоєних знань, вмінь і навичок. Найпростішою його формою є впізнавання, яке відбувається за умов повторного сприймання об’єктів, закріплених у пам’яті раніше. Складнішим є відтворення у свідомості тих об’єктів минулого досвіду, які в даний момент не сприймаються нами. Впізнавання і відтворення також можуть бути довільними і мимовільними.

*Відтворення*, яке супроводжується активними пошуками необхідного матеріалу, називається пригадуванням. Повнота та якість пригадування залежать від того, які заходи використовуються для пригадування. Серед них найважливішими є такі: складання письмового або усного плану пригадування матеріалу, активне викликання у себе образів відповідних об’єктів, свідоме викликання відповідних асоціацій, які обхідним шляхом ведуть до відтворення того, що нам потрібне. Пригадування не є простим відтворенням минулих вражень. У процесі пригадування встановлюються асоціативні зв’язки ніж новим і вже засвоєним матеріалом, з нових позицій аналізується весь інформаційний масив у відповідному напрямку.

*Згадування* — це відтворення індивідом образів минулого, локалізованих у часі і просторі. Згадування є складним процесом, який включає відтворення об’єктів минулого з віднесенням їх до певного життєвого періоду та місця і супроводжується відповідними емоційними реакціями.

Окремі помилки пригадування і впізнавання, аж до неможливості не тільки пригадати, але й впізнати раніше сприйняте, є різними проявами забування. Забування може бути стійким, тривалим і тимчасовим. Цей процес розглядають як результат гальмування, зокрема проактивного (з боку попереднього збудження), ретроактивного (з боку наступного збудження) і гальмування інтерферуючими (сторонніми) впливами.

У віковому аспекті різноманітних проявів пам’яті першим розвивається впізнавання, пов’язане з повторами сприйнятих вражень.

Можливість впізнавання об’єктів дійсності прогресивно зростає і закріплюється. Якщо у тримісячної дитини вона нараховує кілька хвилин після контакту з об’єктом, то у віці 12 міс зростає до кількох тижнів, у 24 міс — до кількох місяців, а з 4 років зберігається протягом року. Пам’ять на категорії простору, часу формується лише після того, як стане доступною початкова орієнтація в них, складеться уявлення про простір і час. У свою чергу, оволодіння цими категоріями є неможливим без участі пам’яті. Тому не випадково пам’ять на дні тижня виявляється з 5–6 років — тобто з початку орієнтації у цих часових категоріях, а на місяці і роки — з 9–10 років. Запам’ятовування у дошкільному віці головним чином механічне. Це обумовлено як недостатньою ще здатністю до усвідомлення матеріалу, так і невеликою кількістю знань, а тому меншою можливістю користування асоціаціями, недостатнім досвідом та необізнаністю щодо прийомів запам’ятовування. Повністю сформованою механічна пам’ять стає лише з 10–14 років. У юнацькому віці встановлюється пам’ять на форму та образ, а словесно-логічна пам’ять продовжує формуватися і в зрілому віці.

Максимального розвитку пам’ять як інтегративна функція досягає у 20–25 років. У подальшому настає період стабілізації, який триває до 45–50 років, після чого пам’ять поступово слабшає. У старечому віці змінюється структура пам’яті, раніше згасає механічний компонент, слабнуть безпосереднє відтворювання та фіксація поточного досвіду і чуттєва пам’ять. Таким чином, функції, які сформувалися раніше, першими й погіршуються. У глибокій старості слабшають і асоціативні зв’язки. У цьому віковому періоді на функції пам’яті несприятливо впливають і такі фактори, як зниження емоційності, рівня бадьорості і уваги, звуження кола інтересів та розрив багатьох життєвих зв’язків. Поряд з цими факторами погіршенню пам’яті у старечому віці сприяють також порушення кровопостачання мозку. У таких випадках у найбільш несприятливих умовах опиняються структури мозку, які здійснюють фіксацію нового досвіду. Це пояснює переважне порушення пам’яті на недавні

події. Водночас пам’ять на події багаторічної давнини значною мірою зберігається (закон зворотного ходу пам’яті, або закон Рібо).

Разом з тим тривалий час можуть зберігатися навички логічно-смислового запам’ятовування і професійної пам’яті, за рахунок чого компенсується недостатність інших мнестичних функцій.

Мнестичні функції коливаються у певних межах під впливом різних факторів повсякденного життя — стомлення, недосипання, емоційного напруження, соматичних захворювань. До найбільш ранніх проявів погіршання пам’яті належать послаблення фіксації і вибіркової репродукції — труднощі у відтворенні необхідного на даний момент матеріалу пам’яті. Слабкість вибіркової репродукції іноді супроводжується полегшенням образних спогадів, які виникають мимовільно у вигляді яскравих чуттєво-конкретних уявлень.

До порушень пам’яті відносять порушення або втрату здатності запам’ятовувати, зберігати та відтворювати інформацію. Виділяють такі види порушення пам’яті: гіпермнезія — посилення, загострення пам’яті; гіпомнезія, або дисмнезія — послаблення мнестичних функцій; амнезії — відсутність пам’яті; парамнезії — обмани пам’яті.

*Гіпермнезія* проявляється посиленням спогадів про минуле життя, частіше уривчастих, або тимчасовим посиленням запам’ятовування поточних подій. Гіпермнезія виникає при полегшеному, іноді хаотичному, плині асоціацій, здебільшого найпростіших — за подібністю та спільністю, що обумовлює посилення механічної пам’яті, а не словесно-логічної. Гіпермнезія спостерігається при збудженні, зокрема при маніакальних і гіпоманіакальних станах, іноді при синдромах порушеної свідомості. При депресивному синдромі хворі іноді скаржаться на напливи спогадів із далекого минулого. Аналогічні явища зустрічаються інколи під час гарячки при інфекційних захворюваннях.

Для *гіпомнезії* характерною є своєрідна динаміка погіршення пам’яті. Спочатку спостерігається погіршення довільної репродукції: хворий не може згадати потрібне слово або ім’я. Зосередження уваги лише погіршує результати пошуків забутого слова, але через деякий час, коли це слово або ім’я втрачають для хворого свою актуальність, вони самі собою немов би виринають з пам’яті.

Наступним етапом гіпомнезії є послаблення утримання інформації в пам'яті, а потім вже проявляється наростаюча недостатність запам'ятовування. Стан пам'яті може стабілізуватися на одному з етапів. Гіпомнезія може бути загальною (страждає і запам'ятовування, і відтворення) і частковою (страждає або запам'ятовування, або відтворення). Для гіпомнезії також характерним є першочергове зниження механічної пам'яті і довше збереження пам'яті словесно-логічної та асоціативної. Гіпомнезія часто спостерігається при астенічних синдромах, судинних захворюваннях головного мозку, епілепсії.

*Амнезія* — пропуски відтворення, випадіння із пам'яті подій певного відрізку часу. За динамікою перебігу амнезії поділяють на ретроградну (відсутність спогадів про період, який передував втраті або дезінтеграції свідомості); антероградну (відсутність спогадів про період після виходу із стану затьмареної свідомості); антероретроградну (сполучення антероградної і ретроградної амнезії); репродукційну часткову (труднощі у відтворенні або пригадуванні окремих подій) та репродукційну загальну (відсутність спогадів усіх подій якогось минулого відрізку часу); фіксаційну (порушення здатності запам'ятовувати); прогресуючу (зростаюче забування спочатку власних психічних процесів і розумових операцій, потім — розташування подій і фактів у часі, самих подій і фактів, емоційних стосунків, життєвих навичок і звичок).

Амнезії можуть бути результатом перенесеного стану порушення свідомості різного генезу або грубого органічного пошкодження головного мозку. Іноді амнезія виникає психогенно (афектогенна амнезія). При амнезії у хворого ускладнюється орієнтація у навколишній обстановці та пристосування до неї (амнестична дезорієнтація).

*Парамнезії* належать до клінічних форм викривлення процесів пам'яті. Це порушення розподілу пригадування подій у часі й просторі (наприклад, переміщення їх з минулого в сучасне, з одних обставин в інші тощо); перекручування раніше пережитих подій, заміна їх або заповнення пропусків пам'яті при амнезії фантазіями (фантастичними псевдоспогадами); відчуження згадуваних переживань від власного життєвого досвіду і навпаки. Парамнезії включають до свого складу псевдоремінісценції, конфабуляції та криптомнезії.

При псевдоремінісценціях реально пережита у минулому подія згадується, як така, що сталася недавно. Наприклад, хворий, який довго перебуває у лікарні, стверджує, що він щойно приїхав сюди з вокзалу, що сьогодні вранці він був ще у поїзді, а вчора увечері виїхав у відрядження.

При конфабуляціях пропуски пам'яті заповнюються вигаданими, а іноді й фантастичними псевдоспогадами. Надзвичайно образно, з усіма подробицями хворі розповідають про неймовірні події, що нібито траплялися з ними у минулому. Змістом можуть бути великі відкриття, знайдені скарби, дивовижні пригоди. Все це пов'язується з якимось певним періодом минулого життя. Інтенсивна поява великої кількості конфабуляцій, що супроводжується помилковими впізнаннями навколишніх обставин і осіб, непослідовністю поведінки і мислення, дістала назву конфабуляторної сплутаності. У такому стані хворий сприймає оточуючих людей як рідних, знайомих, давно померлих родичів, лікарню — як своє робоче місце, квартиру. Помилкове впізнання осіб і навколишніх обставин постійно змінюється. Висловлювання хворих вкрай непослідовні, інколи незв'язні.

У випадку криптомнезій раніше особисто пережите згадується як таке, що чулося, бачилося або було прочитане (за механізмом відчуження) або, навпаки, прочитане, побачене уві сні або в кіно згадується як особисто пережите (за механізмом присвоєння).

Одним із найчастіших синдромів зі значними порушеннями мнестичної діяльності є корсаковський синдром. Він складається з порушень пам'яті на поточні події (фіксаційна амнезія) й помилкових спогадів — псевдоремінісценцій і конфабуляцій. Значна патологія пам'яті позначається на функціях орієнтування у часі й просторі. Особливо у часі, оскільки цей вид орієнтування потребує запам'ятовування послідовності подій та їх співвідношення з часовими параметрами. Хворий не може запам'ятати ім'я та по батькові лікаря, не може знайти свою палату, не пам'ятає, де їдальня, їв він сьогодні чи ні. Разом з тим, пам'ять на події, які були до хвороби, зберігається. Не порушуються й такі інтелектуальні функції, як дотепність, винахідливість, критичні здібності. Пропуски, які утворюються внаслідок фіксаційної амнезії,

заповнюються псевдоремінісценціями і конфабуляціями. Частіше зустрічаються конфабуляції — суто фантастичні вигадки, які у цих хворих зазвичай виникають не спонтанно, а тоді, коли їм потрібно відповісти на запитання, особливо якщо воно стосується недавніх, поточних подій. Корсаковський синдром спостерігається при інфекційних і травматичних захворюваннях центральної нервової системи з переважним ушкодженням лімбіко-ретикулярних структур мозку.

Найбільш часті і значні порушення пам'яті спостерігаються при гострих екзогенних психозах (наприклад, інфекційних та травматичних), при ендогенно-органічних захворюваннях головного мозку. Після травм черепа, отруєнь, спроб самогубства (повішання) виявляються також різні порушення пам'яті.

Значною мірою на характер порушення пам'яті впливає локалізація ураження структур мозку. При ураженні кіркових зон аналізаторів виникають парціальні порушення пам'яті, які обмежуються дефектами зберігання та відтворення слідів, що належать до певної модальності (зорові, слухові, дотикові та ін.). Таким чином виділяють порушення акустичної, слухово-мовної, зорової, рухової пам'яті та ін., так звані модально-специфічні порушення пам'яті. Пошкодження асоціативних зон між кірковими відділами аналізаторів призводить до порушення комплексного запам'ятовування та відтворення. Пошкодження лобних часток призводить до порушення довільної, вибіркової мнестичної активності. Зниження тонусу кори головного мозку і пошкодження підкірково-стовбурових структур позначається дифузним погіршенням усіх мнестичних процесів — фіксації, ретенції й репродукції.

При пошкодженні правої півкулі у праворуких відмічається погіршання несловесної, образної пам'яті. При пошкодженні лівої півкулі спостерігається слабкість словесно-логічної пам'яті.

Для дослідження стану пам'яті використовують експериментально-психологічні методи, від найпростіших методик до складних, які потребують професійного досвіду та навичок їх застосування. До простих методик належать проби на запам'ятовування слів, чисел; повторення за співрозмовником

зростаючих рядів чисел у прямому та зворотному порядку та ін. До складних методик належить шкала пам'яті Векслера та ін.

Стан здатності до ретенції визначають, перевіряючи збереженість у пам'яті досліджуваного: анамнестичних відомостей; шкільних знань; практичних відомостей і побутових знань.

Для виявлення ретроградної амнезії необхідно ретельно розпитати хворого про минуле, аж до моменту захворювання. Щоб встановити наявність конфабуляцій, доцільного порівняти одержані кілька разів відповіді на одні й ті самі запитання поміж собою та з об'єктивними даними.

Одним із методів дослідження пам'яті, що найвиразніше відображає зміни, які відбулися в ній при патологічних станах, є метод згадування (А. Р. Лурія). Він полягає у тому, що хворому читають з однаковими інтервалами ряд, який складається з 10 не пов'язаних між собою слів (наприклад, кіт, дім, ліс, стіл, ніс, голка та ін.). Вислухавши весь ряд, хворий повинен повторити ті слова, які він утримав у пам'яті, не турбуючись про черговість слів. Кількість утриманих слів виражається певним числом (4, 5, 6). Після цього той самий ряд слів повторюють знову (включаючи й ті, що він відтворив раніше). Таке дослідження проводиться з тим самим рядом слів тричі підряд, учетверте — через годину. При нормальній пам'яті хворий зазвичай відтворює всю серію слів після 3-го повторення і зберігає у пам'яті майже усі слова протягом години. Хворі з різноманітними типами порушення пам'яті мають зазвичай великі труднощі в утриманні ряду слів і навіть після багаторазового повторення не відтворюють усі 10 слів. Хворі, що є пасивними та інертними, звичайно відтворюють не більш як 3–4 слова. Хворі з ясно вираженою виснажливістю спочатку швидко запам'ятовують слова, але надалі втомлюються і при подальших повтореннях кількість слів, які запам'ятались, значно зменшується, практично до 1–2 при контрольному опитуванні через 1 год.

**Інтелект**

*Інтелект* — це здатність людини до користування операціями мислення (аналізом, синтезом, порівнянням, абстракцією, узагальненням, конкретизацією), вміння застосовувати набуті знання та досвід у практичній

діяльності, проникати в сутність речей та явищ оточуючого, виділяти головну ланку в складаному ланцюзі причинно-наслідкових зв'язків і накопичувати нові знання та досвід.

Порушення інтелектуальної діяльності при психічних захворюваннях досить різноманітні. Стани, за яких спостерігається недостатність інтелекту, називаються недоумством, Воно може бути набутим (деменція) і вродженим (олігофренія).

*Деменція* — це набуте недоумство, розпад колишнього інтелекту внаслідок психічних захворювань, що характеризується стійким зниженням пізнавальної діяльності людини, прогредієнтним перебігом, порушенням поведінки та збідненням морально-етичного ядра особистості. Розрізняють лакунарну, тотальну, концентричну і транзиторну деменції.

Лакунарна деменція (парціальна, осередкова) проявляється частковими дефектами інтелекту, насамперед внаслідок зниження пам'яті, Людина стає малоздатною до операцій мислення. У цьому разі обмежуються асоціативні зв'язки, що призводить до недостатньої кмітливості. При лакунарній деменції спостерігаються емоційна нестійкість, зниження працездатності, але зберігаються до певної міри професійні навички. На початку розвитку лакунарної деменції особистість хворого та критичне ставлення його до власного психічного стану збережені. Лакунарна деменція буває при вогнищевих ураженнях головного мозку (судинні захворювання, черепно-мозкові травми, сифілітичні ураження головного мозку та ін.).

Тотальна деменція (глобальна, паретична, дифузна) виявляється зниженням усіх форм пізнавальної діяльності. Хворий поступово втрачає здатність користуватися операціями мислення, критично оцінювати свій стан, вчинки, а також навколишній світ. Відбувається загальне (глобальне) зниження розумової діяльності із розпадом ядра особистості. Глибоко порушується пам'ять на поточні та минулі події. Нерідко буває ейфорія. Хворий не здатний до цілеспрямованої діяльності, потребує догляду й нагляду. Тотальна деменція розвивається при старечому недоумстві, прогресивному паралічі, хворобах Альцгеймера, Піка та ін.

Концентрична (епілептична) деменція характеризується поступовою психічною деградацією особистості з втратою гнучкості мислення за рахунок зниження здатності до користування операціями мислення. Спостерігаються в'язкість, тугорухомість та застрягання думок. Хворий не може перейти з однієї теми розмови на іншу. Стає надто прискіпливим, дріб'язковим, егоїстичним. Увага зосереджена на власній особі, своїх потребах, переважно біологічних, що сприяє розвитку крайнього егоцентризму. Настрій пригнічений. Пацієнти бувають дратівливими, злопам'ятними, скаржаться, буцімто їх ображають інші хворі, а медичний персонал неуважний, тощо. З прогресуванням недуги концентричне недоумство поглиблюється, хворі стають безпорадними, апатичними і марантичними. Їхні інтереси звужуються до задоволення лише власних інстинктів. Концентричне недоумство спостерігається при епілепсії.

Транзиторна (шизофренічна) деменція характеризується слабкістю пізнавальних процесів, розвивається поступово й схильна до прогресування. Хворий не здатний користуватися операціями мислення не за рахунок порушення пам'яті чи втрати знань та вмінь, а внаслідок дезінтеграції (дисоціації) психічних процесів. Такий тип недоумства розвивається на фоні зниженого енергетичного потенціалу. Попри достатній рівень формальних знань, діяльність хворих є непродуктивною, і тому вони є соціально дезадаптованими. Час від часу такий хворий може здивувати влучним зауваженням, дотепним жартом тощо. Після лікування стан хворих поліпшується, але після чергового загострення хвороба поглиблюється. Транзиторна деменція спостерігається при шизофренії.

*Олігофренія* (вроджене недоумство, недорозвинення інтелекту) є збірною групою різних за етіологією, патогенезом та клінічними проявами непрогредієнтних патологічних станів. Загальною ознакою їх є наявність вродженого чи набутого в ранньому дитинстві загального та психічного недорозвинення з переважанням інтелектуальної недостатності.

Загальні ознаки олігофренії такі:

1. Психопатологічна структура недоумства з тотальністю психічного недорозвитку та переважанням слабкості абстрактного мислення.

2. Непрогредієнтність інтелектуальної недостатності.

3. Сповільнений темп психічного розвитку індивідуума.

За ступенем психічного недорозвинення та клінічної картини недоумства виділяють такі форми олігофренії: дебільність, імбецильність, ідіотія.

Дебільність є легким ступенем психічного недорозвинення. Хворі не здатні абстрактно мислити, робити узагальнення, утворювати складні поняття. У них переважає конкретно-описовий тип мислення. Вони не розуміють ситуацію в цілому. Сприйняття неточне, увага нестійка. Програму загальноосвітньої школи засвоїти не можуть, особливо з математики. Часто залишаються на другий рік у класі. Значно легше дається навчання в допоміжній спеціальній школі. Із складною роботою вони не справляються, потребують допомоги з боку старших. Легко піддаються навіюванню, через що потрапляють під чужий вплив. Інтелектуальний коефіцієнт дорівнює 70–50.

Імбецильність — середній ступінь затримки психічного розвитку. Пізнавальна функція порушена більшою мірою, ніж при дебільності. Не можуть формувати поняття, абстрактно мислити. Набувають навичок із самообслуговування (одягання, елементарна охайність тощо). Розуміють просту мову і самі оволодівають невеликим запасом слів. Користуються дуже короткими реченнями (іменник, прикметник, дієслово). Засвоюють новий матеріал лише на рівні конкретних уявлень. До повноцінного самостійного мислення не здатні через неможливість узагальнювати. Тому адаптація можлива лише в звичних ситуаціях. Чужі мову, міміку, жести хворі розуміють у межах повсякденного життя. Потребують нагляду. Інтереси досить примітивні й стосуються винятково задоволення фізіологічних потреб. Поведінка залежить від афективного стану й сили потягів. Інтелектуальний коефіцієнт дорівнює 49–20.

Ідіотія — найважчий ступінь вродженого недоумства, що характеризується нездатністю до пізнавальної діяльності. У таких осіб різко обмежене сприйняття, вони не можуть мислити і говорити. Вимовляють лише окремі звуки. Не розуміють інших людей, не впізнають навіть близьких родичів, не розрізняють їстівне і неїстівне. Вираз обличчя тупий. Пізно починають ходити, інколи пересуваються поповзом. Не набувають навичок самообслуговування,

неохайні. Інколи спостерігаються афекти гніву (кусаються, плюються). Нерідко у них виявляють вроджені фізичні вади. Інтелектуальний коефіцієнт — до 20.

Для діагностики розумової відсталості, особливо легкого та помірного ступенів, треба, крім опису клінічної картини, застосовувати шкільний, соціальний та психометричний критерії.

*Шкільний критерій.* Діти з легким ступенем розумової відсталості можуть навчатися в школі або відстають від ровесників на два роки до дев'ятирічного віку і на три — після дев'ятирічного віку.

*Соціальний критерій.* Слід оцінити можливість самостійно існувати, забезпечити своє життя. Особи в стані легкої розумової відсталості можуть працювати самостійно, в стані помірної — виконувати нескладну роботу під контролем інших. Потребують нагляду та опіки.

*Психометричний критерій.* Визначають інтелектуальний коефіцієнт за допомогою патопсихологічних тестів (метод Векслера).

Діти з розумовою відсталістю не виявляють інтересу до навчання, не мають почуття відповідальності, обов'язку. У деяких випадках діти малотовариські, пасивні, емоційні прояви у них бліді. В інших випадках нижчі емоції у дітей з розумовою відсталістю можуть бути достатньо розвинутими, їх емоції залежать від конкретної ситуації. Ступінь недорозвитку емоцій відповідає глибині інтелектуального дефекту.

Ці прояви відображені в такому клінічному випадку. Хлопець 14 років, розумово відсталий, в'ялий, пасивний. На обличчі найчастіше благодушна посмішка, ставлення до оточуючих людей мало диференційоване: з усіма однаково ласкавий, прихильний, радо допомагає дорослим, любить, щоб його хвалили. Не формуються глибокі прихильності, емоції поверхові. Не розвинуті вищі емоції, естетичне почуття. Мало критичний до своїх вчинків, не переймається, якщо щось зламає або зробить комусь шкоду.

**ЛЕКЦІЯ: «Екзогенії: Психічні порушення при інфекційних хворобах та внаслідок екологічно несприятливих впливів, Психічні порушення при черепно-мозкових травмах. Бойова психічна травма та її наслідки».**

Раніше було розглянуто класифікацію та клініку різноманітних розладів особистості та поведінки у дорослих. Ці розлади були пов'язані виключно з генетичними факторами або дефектами виховання. Подібні за клінічними ознаками розлади можуть також виникнути через екзогенні причини (найчастіше в сучасному суспільстві — це травми голови), тоді їх розглядають саме як екзогенно-органічні. Такі розлади можуть захоплювати або переважно емоційно-вольову сферу особистості (імпульсивний — його іноді називають експлозивним від explosion — вибух; тривожний), або систему стосунків особистості (шизоїдний, залежний), або систему мислення (параноїдний, обсесивно-компульсивний), або сферу потягів та інстинктів (клептоманія, сексуальні перверзії), або навіть всю гаму проявів соціального функціонування людини (істеричний, диссоціальний). Зупинимося на випадках, коли параклінічними методами обстеження зафіксовано органічне ураження мозку будь-якої природи. Зрозуміло, що визначити фактор на підставі ідентифікації конкретного розладу особистості абсолютно нереально, але в деяких випадках можна приблизно говорити про топіку вогнища ураження. Наприклад, при лобному синдромі людина втрачає здатність передбачати наслідки своїх дій і відповідно планувати свою поведінку; неохайність та знижена ініціатива (аж до аспонтанності) роблять її «незручною» для мікросоціального оточення.

Для діагностики розладу особистості та поведінки внаслідок хвороби або ушкодження мозку слід мати на увазі, що при цьому значно зменшується здатність до цілеспрямованої діяльності, змінюються емоційні прояви життєдіяльності у вигляді лабільності емоцій, невиправдано підвищеної веселості, яка раптом змінюється роздратованістю, нападами агресії та гніву (дисфорія), хоча в певних випадках (переважно при ураженні лобних часток) провідним проявом емоцій буває апатія. Крім того, у цих хворих реалізація потреб і потягів (особливо сексуальних, що набувають нерідко перверзного характеру) відбувається без урахування наслідків своїх вчинків. Дуже часто це

призводить до конфлікту з законом. Когнітивні порушення, як правило, вторинні; однак дуже часто поряд із вказаними вище симптомами співіснують підвищена підозрілість або надмірне захоплення якою-небудь, як правило, абстрактною ідеєю («що є добро, а що є зло?»). Мова таких хворих відбиває наявність багатьох випадкових асоціацій, а побічні асоціації надмірно включаються в тематику бесіди. Інколи, навпаки, мова хворого в'язка. Нерідко спостерігається гіперграфія (кверулянство). Але все це розмаїття проявів об'єднується загальною особливістю — астенічним симптомокомплексом, який стає очевидним для лікаря через високу виснажливість при тривалому навантаженні на людину, яка страждає на органічні зміни особистості.

Враховуючи значну розповсюдженість шкідливих факторів у навколишньому середовищі (ускладнені пологи, часта травматизація, соматичні хвороби, отруєння — насамперед етанолом та його дериватами в організмі, радіація, інфекції тощо), зрозуміло, що органічні розлади особистості є дуже поширеними в популяції, і навряд чи хтось наважиться навіть приблизно оцінити їх «питому вагу», оскільки лише найтяжчі форми потрапляють в поле зору лікаря-психіатра. Водночас, саме ці особи найчастіше користуються психоактивними речовинами як засобом самокорекції на певному етапі життя, і саме у них залежність від адиктогену виникає швидше, ніж у популяції в цілому. Тому вони лікуються як залежні хворі (алкоголізм, наркоманія), тоді як органічні прояви можуть бути розцінені лікарем як вторинні.

Для лікаря будь-якого фаху знання особливостей поведінки хворих з органічними змінами особистості є важливим як з точки зору деонтології (запобігання зайвим конфліктам, які часто виникають в ході лікувального процесу), так і з точки зору планування терапевтичної програми щодо основного захворювання (значний вплив органічних змін особистості на внутрішню картину хвороби, дисципліну і послідовність хворого при виконанні лікарських рекомендацій тощо).

ПОСТЕНЦЕФАЛІТИЧНИЙ ТА ПОСТКОМОЦІЙНИЙ СИНДРОМИ

Виходячи з наведених міркувань, розглянемо постенцефалітичний та посткомоційний синдроми.

Постенцефалітичний синдром — це резидуальні зміни після одужання від бактеріального чи вірусного енцефаліту. На відміну від органічного особистісного розладу, вони частіше набувають зворотного розвитку. Відмічаються нездужання, апатія або роздратованість, труднощі при засвоєнні нових знань та вмінь, порушення сну та апетиту, а також сексуальна дисфункція. В багатьох випадках спостерігаються резидуальні неврологічні зміни: при епідемічному енцефаліті — паркінсонізм, при кліщовому (весняно-літньому) — кожевніковська епілепсія, при епідемічному паротиті — ознаки внутрішньочерепної гіпертензії, при коровому енцефаліті — геміпарези, афазія та порушення черепно-мозкової іннервації, при сифілітичному — симптом Арджил — Робертсона, дизартрія тощо.

Посткомоційний синдром виникає слідом за травмою голови і проявляється головним болем, запамороченням, втомлюваністю, роздратованістю, розладами сну, швидкою когнітивною виснажливістю зі зменшенням об'єму пам'яті, зниженням толерантності до алкоголю та емоційних навантажень.

Зважаючи на поширеність черепно-мозкової травми в популяції, що пов'язано з особливостями сьогодення (технічна революція, розвиток транспорту, війни, зростання темпів життя), логічно зупинитись окремо на специфічних рисах клініки травматичної хвороби (наслідків ЧМТ) на різних етапах її перебігу.

ДЕЛІРІЙ, НЕ ЗУМОВЛЕНИЙ АЛКОГОЛЕМ АБО ІНШИМИ ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ

При розгляді сутності концепції К. Бонгеффера було підкреслено, що делірій є етіологічно неспецифічним синдромом, який характеризується поєднаними розладами свідомості та уваги, сприйняття, мислення, пам'яті, психомоторної поведінки, емоцій, ритму сну—бадьорості. Він може виникнути як реакція на будь-який патогенний фактор і в будь-якому віці, але особи після 60 років більш схильні до делірійного потьмарення свідомості. Щодо динаміки делірію, то він має схильність до коливань в інтенсивності проявів, а також належить до нетривалих психотичних станів. Протягом тижня спостерігається вихід із делірію, якому завжди передує глибокий, критичний сон. В окремих випадках

одужання настає в термін до 1 міс. Однак триваючий з коливаннями делірій протягом до 6 міс не є рідким, особливо якщо він виникає у разі перебігу хронічного захворювання печінки, карциноми або бактеріального ендокардиту. Делірійний стан може зустрічатися на фоні деменції або розвинутись у деменцію чи корсаковський синдром. На одній з попередніх лекцій йшлося про алкогольний делірій або делірій, викликаний будь-якою іншою психоактивною речовиною. За своїм внутрішнім змістом це також був делірій екзогенного походження, але його розглядають окремо від інших інтоксикаційних деліріїв через особливу етіологію, зв'язок з проблемою залежності.

Нагадаємо діагностичні критерії делірійного стану:

— змінені свідомість та увага (знижена здатність спрямовувати, фокусувати, підтримувати та переключати увагу); характерною є так звана дисоціація орієнтування — хворі добре орієнтуються в собі, в своїх взаємостосунках з реальними людьми, але так чи інакше дезорієнтовані в просторі та часі;

— глобальний розлад системи пізнання (порушення сприйняття — ілюзії та галюцинації, переважно зорові; порушення абстрактного мислення та розуміння з вторинним, нестійким маяченням або без нього; порушення безпосереднього відтворювання та пам'яті на недавні події з відносною збереженістю пам'яті на віддалені події; дезорієнтація в часі, у більш тяжких випадках — у місці й зовсім рідко — у власній особистості);

— психомоторні розлади (гіпо-, а частіше — гіперактивність і непередбачуваність переходу від одного стану до іншого; підвищений або знижений мовний потік);

— розлади ритму сну—неспання (безсоння, у тяжких випадках — тотальна втрата сну або інверсія ритму сон—неспання; неспокійні сни та кошмари, які при прокиданні можуть тривати як галюцинації);

— емоційні розлади (депресія, тривога або страх); також можуть спостерігатися дратівливість, ейфорія, апатія;

— звичайно швидкий початок розладу; коливання глибини порушення свідомості протягом доби; загальна тривалість делірійного розладу не повинна перевищувати в окремих випадках 6 міс; як правило, протягом 1 тиж делірій

або редукується, або переходить у деменцію, або призводить до загибелі хворого через набряк та набухання головного мозку.

ІНШІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК УРАЖЕННЯ АБО ДИСФУНКЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ АБО ВНАСЛІДОК ФІЗИЧНОЇ ХВОРОБИ

Ця категорія містить різні стани, що причинно пов'язані з дисфункцією мозку внаслідок первинного церебрального захворювання, системного захворювання, вторинно уражуючого мозок, ендокринних розладів, таких як синдром Кушинга, та інших соматичних захворювань, у зв'язку з впливом деяких токсичних речовин або гормонів.

Органічний галюциноз — розлад з постійними або рецидивуючими галюцинаціями, зазвичай зоровими або слуховими, що проявляються на фоні ясної свідомості. Критика, як правило, зберігається. Характерними також є відсутність вираженого інтелектуального зниження, відсутність домінуючого розладу настрою, домінуючих маячних розладів та, підкреслимо, потьмарення свідомості.

Кататонічний розлад органічної природи — крім загальних критеріїв, що свідчать про органічну етіологію, мають бути наявні:

— або ступор (зменшення чи повна відсутність спонтанних рухів, з частковим або повним мутизмом, негативізмом або застиганнями);

— або збудження (загальна гіперрухливість з тенденцією до агресії або без неї);

— або обидва стани (швидко, непередбачено змінюючись, стани гіпо- та гіперреактивності спостерігаються у одного і того ж хворого).

До інших кататонічних феноменів, що збільшують надійність діагнозу, належать: стереотипії, воскова гнучкість та імпульсивні поведінкові акти.

Органічний маячний (шизофреноподібний) розлад — розлад, при якому постійні або рецидивуючі маячні ідеї (переслідування, ревнощів, хвороби або смерті хворого чи іншої людини) домінують в клінічній картині. Маячення може супроводжуватися галюцинаціями, але не прив'язане міцно до їх змісту. Можуть бути наявні розлади мислення або ізольовані кататонічні феномени. Свідомість та пам'ять не розладнані. Не можна говорити про діагноз

органічного маячного розладу в тих випадках, коли органічна причина підтверджується обмеженими даними, до того ж — тільки фізикальними (наприклад, збільшення церебральних шлуночків) або м'якими неврологічними симптомами. Тобто для діагностики саме органічного маячного (шизофреноподібного) розладу необхідно мати комплекс і анамнестичних, і об'єктивізуючих діагноз даних.

Органічні розлади настрою — розлади, що характеризуються змінами настрою, зазвичай вони супроводжуються змінами рівня загальної активності. Єдиним критерієм для включення таких розладів у цей розділ є їх пряма обумовленість церебральним або фізичним розладом, наявність якого має бути продемонстрована незалежним методом або підтверджуватись адекватними анамнестичними даними. Приклад такого розладу — постінфекційна депресія (наслідок грипу).

Тривожний розлад органічної природи — розлад, що характеризується ознаками генералізованого тривожного розладу, панічного розладу або їх поєднання, які виникають внаслідок дії якогось органічного фактора, здатного спричинити церебральну дисфункцію.

Ми провели узагальнення психічних розладів екзогенно-органічної природи, розглянемо тепер особливості їхнього перебігу при окремих етіологічних чинниках.

## ОСОБЛИВОСТІ ЕКЗОГЕННО-ОРГАНІЧНИХ ТА СИМПТОМАТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ РІЗНИХ ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКАХ

### Травматична хвороба мозку (наслідки черепно-мозкової травми)

Черепно-мозкові травми поділяються на відкриті, при яких порушується замкненість черепно-мозкової порожнини, і закриті. Але цей поділ є досить умовним. Наприклад, при закритих травмах можуть спостерігатися різні фрактури черепа (наприклад, перелом основи), що надає травмі певних рис відкритої. Докладніше це розглядає курс нейрохірургії, а для психіатра суттєвим є загальна тяжкість травми, вказані вище індивідуальні особливості психічного реагування особистості, час, який минув від заподіяння травми, ускладнюючі перебіг травматичної хвороби додаткові фактори (виснаження,

травми інших частин тіла, вік, втрата великої кількості крові, наявність алкогольної інтоксикації), а також різні супровідні психогенні ситуації (наприклад, жахи руйнувань та людських жертв під час бомбардувань або терактів), тобто важко уявити таку черепно-мозкову травму, яка б не була водночас і психотравмою.

Перебіг травматичної хвороби поділяють на чотири періоди: початковий, гострий, реконвалесценції та віддалених наслідків.

В початковому періоді спостерігається виключення свідомості різної глибини — від легкої обнубіляції до коми.

В гострому періоді свідомість поновлюється (не завжди відразу), натомість з'являються різні розлади психічного функціонування особистості, притаманні екзогенно-органічним розладам — галюциноз, делірій, аменція, сутінковий стан свідомості, епілептиформні напади, ретро- та антероградна амнезія, синдром Корсакова тощо. Стрижневим є астенічний синдром.

У періоді реконвалесценції, що триває від 1–2 міс до 1 року, поступово згладжуються всі явища гострого періоду і в значної кількості хворих настає одужання. В більш тяжких випадках переважають астенія, пароксизмальні порушення, різноманітні прояви психоорганічного або корсаковського синдрому, зрідка — стани сутінок. Саме в цьому періоді чітко вимальовуються згадані вище органічні розлади особистості. Для третього періоду характерні також протраговані психози (наприклад, галюцинаторно-маячний або афективний). В легких випадках наступає одужання, але астенічний синдром (він може бути не чисто астенічним, а астено-депресивним, астено-адинамічним, астено-апатичним тощо) обов'язково присутній, про що слід завжди пам'ятати лікареві будь-якого фаху. У віддаленому періоді найчастіше спостерігається синдром дезаптації (порушення соціального функціонування), а в ускладнених (найчастіше — алкоголізмом) випадках — енцефалопатичний синдром (психоорганічний), пароксизмальні стани (найбільш типовим явищем є епілептиформний синдром) або навіть деменція. Інколи зміни особистості поряд з галюцинаторно-параноїдними розладами набувають такого тяжкого ступеня, що дуже важко диференціювати наслідки черепно-мозкової травми від

шизофренії. Ключовими для дифдіагностики є надзвичайно високе виснаження когнітивних функцій у тих, хто переніс травму, та відсутність структурних розладів мислення, притаманних шизофренії.

Не слід забувати і про неврологічні симптоми, що спостерігаються найчастіше при черепно-мозкових травмах: вестибулярні розлади, особливо ортостатичні запаморочення та втрата рівноваги, нудота і блювання, головний біль, ністагм тощо. Особливістю роботи лікаря-психіатра є саме врахування в процесі діагностики і призначення лікування загально-соматичної та неврологічної симптоматики, без яких психіатричний діагноз втрачає цільність, обмежується феноменологічним догматизмом. Це стосується і особистісних особливостей хворого, які лікарями інших спеціальностей найчастіше, на жаль, ігноруються. Забувається, що навіть на гострий апендицит хворіють живі люди з їх характером, темпераментом, світоглядом, екзистенціальними проблемами. А що вже говорити про психічні розлади?..

Добре самопочуття людини, що була травмована, інколи буває оманливим, і це збиває з пантелику лікаря: і травма не тяжка, і симптоматика швидко редукувалась, але через кілька днів хворий скаржиться на інтенсивний головний біль, який може супроводжуватися легким ознобом, гіподинамією. В цих випадках йдеться про внутрішньомозковий крововилив (найчастіше субарахноїдальний). Для нього характерною є тріада: лікворна та артеріальна гіпертензія на фоні брадикардії. Цей стан є абсолютним показанням для хірургічного втручання. Лікарю слід також пам’ятати, що клінічна картина, схожа на клініку крововиливу, може спостерігатися і при жировій емболії судин мозку, яка найчастіше виникає при супровідному переломі довгих трубчастих кісток. В такому випадку спостерігаються також шкірні петехії в потиличній ділянці, над ключицею, застійні явища на очному дні, зменшується вміст гемоглобіну крові.

Особливим випадком черепно-мозкової травми є травма вибуховою хвилею. Свідомість втрачається ще до того, як уражений почув вибух. До падіння відчувається удар пружним тілом в потиличну ділянку голови незалежно від того, де розірвався снаряд. Несвідомий стан триває від кількох хвилин до 5–6

год. Дуже часто спостерігається кровотеча з носа, горла, вух. Після прояснення свідомості можуть виникнути нетривалі стани збудження з негативізмом. Надалі хворі поводяться як ошелешені, малорухливі. Вони намагаються прилягти, навіть у незручній позі. Ретроградної амнезії не буває, антероградна зустрічається досить рідко. Натомість майже завжди спостерігається явище сурдомутизму (хворі втрачають здатність говорити та розуміти звернену до них мову). Сурдомутизм має тенденцію до зворотного розвитку. Хворі скаржаться на тяжкість, шум і дзвін у голові. У період редукції симптомів гострого періоду характерна астенія та зміни настрою. Афективні розлади тривають до 1,5–2 міс, змінюючись астенією. Іноді спонтанно або після провокуючих психотравмуючих моментів виникають пароксизмальні дисфоричні стани. Триваючи від кількох годин до кількох днів, ці стани в найбільш тяжких випадках можуть закінчуватись епілептичним пароксизмом або сутінковим станом свідомості.

Період віддалених наслідків в перебігу травматичної хвороби має велике значення для розуміння саме психіатричного аспекту проблеми. Знання можливих психічних проявів віддаленого періоду черепно-мозкової травми є актуальним для лікаря загальної практики. До віддалених наслідків належать ті нервово-психічні порушення, що, виникнувши в гострому або більш пізньому періоді, не редукуються, а залишаються і суттєво впливають на поведінку через тривалий час після травми. Дані порушення проявляються різними формами астенії, психопатоподібними та циклотимоподібними станами, пароксизмальними станами, в тому числі різними видами потьмарення свідомості, ендоформними психозами (афективними, галюцинаторно-маячними, параноядьними), станами деменції або психоорганічним синдромом.

Найчастіше серед віддалених наслідків черепно-мозкової травми зустрічається травматична астенія, яку ще називають «наскрізним» порушенням усього періоду віддалених наслідків. На фоні астенії характерні прояви дратівливості та виснаження у різних співвідношеннях. Дратівливістю обумовлені нестриманість, нетерплячість, реакції невдоволення. Ці спалахи нетривалі й закінчуються каяттям. Окрім підвищеного фізичного та психічного

виснаження, відмічаються нерішучість, образливість, невіра у свої сили та можливості. Хворі підвищено вразливі до дрібних життєвих ситуацій, а тому часто уникають конфліктних психотравмуючих ситуацій («бережуть» себе). У всіх випадках спостерігаються ті чи інші вазовегетативні розлади — перепади кров'яного тиску, гіпергідроз, судинна лабільність. Відмічаються численні скарги на церебрально-органічні розлади — головний біль, запаморочення, забудькуватість, труднощі концентрації. Частими є вестибулярні порушення, що проявляються під час їзди в транспорті, різноманітні та стійкі розлади сну. Різноманітні зовнішні фактори, як фізичні, так і психічні, погіршують стан хворих. В найлегших випадках астенічні розлади залишаються прихованими і виступають в явній формі лише періодично. Переважання дратівливості над виснаженням свідчить про меншу тяжкість астенії.

Травматична астенія з переважанням апатії (травматична енцефалопатія з апатією). В клінічній картині переважає підвищене виснаження, що спостерігається поряд з кволістю, загальною загальмованістю, різким зниженням спонукань: зацікавленість обмежується вузьким колом побутових питань. Звичайними є розлади запам'ятовування. Інколи травматична астенія з апатією розвивається після закінчення гострого періоду та зберігається незмінною протягом багатьох років. В інших випадках вона є перехідним етапом до прогностично менш грізних форм астенії.

Психопатоподібні розлади особистості (стара назва — травматична енцефалопатія з психопатизацією особистості). Про них вже йшла мова, але важливість цих станів для клініциста спонукає ще раз до них повернутися. Найчастіше спостерігаються істеричні риси, експлозивність, а також їх поєднання. Зовнішні прояви та вираженість психопатоподібних розладів, їх співвідношення з астенічним фоном залежать від віку потерпілого на момент травми, її тяжкості, преморбідних особистісних рис, мікросоціальних умов, додаткових факторів, серед яких перше місце належить алкоголізмові.

Циклотимоподібні розлади завжди супроводжуються астенічними або психопатоподібними порушеннями і тому не можуть вважатися ізольованим явищем. Субдепресивні розлади настрою зустрічаються частіше, ніж

гіпоманіакальні (гіпертимні). Всі вони мають виражений дисфоричний компонент, і це є суттєвим. Тривалість афективних розладів різна: інколи вони транзиторні й нагадують реактивну лабільність, в інших випадках — тривають днями, тижнями, місяцями. Травматична астенія супроводжується зазвичай циркулярністю в формі реактивної лабільності та різними за тривалістю субдепресивними станами. Дисфоричний компонент виражений слабко, а іпохондрія існує постійно. Психопатоподібні стани з істеричними розладами супроводжуються реактивною лабільністю, в якій чіткі дисфоричні риси чергуються з екзальтованістю. В цих випадках частіше спостерігаються пролонговані депресії з надцінною іпохондрією. Психопатоподібні стани з експлозивністю супроводжуються депресією з вираженим дисфоричним компонентом або стертими пролонгованими біполярними розладами настрою. Афективні розлади нерідко призводять до зловживання алкоголем.

Неврологічні розлади за описаних порушень часто виражені слабко, обмежуються лише незначним підвищенням сухожильних рефлексів, тремором пальців рук, хиткістю у позі Ромберга, явищами дермографізму. Так звана вогнищева симптоматика можлива, але не є облігатною.

Пароксизмальні розлади і стани зміненої свідомості (травматична епілепсія, травматична енцефалопатія з епілептиформним синдромом). Частота порушень досить різна. Пароксизмальні розлади виникають як протягом року після травми, так і у віддаленому періоді. Відмічено поліморфізм пароксизмальних явищ. Значно частіше, ніж судомні, зустрічаються різноманітні безсудомні (або з мінімальним судомним компонентом) пароксизми: це малі напади, абсанси, сноподібні стани, що виникають удень або вночі, катаплексичні пароксизми, а також так звані епілептичні сни, аури свідомості, різноманітні за проявами психосенсорні розлади (метаморфопсії та розлади схеми тіла), пароксизми судинно-вегетативних розладів, що супроводжуються рудиментарними тонічними судомами (мезодієнцефальні напади) або без судомного компоненту (діенцефальні напади). Судомні та безсудомні пароксизми можуть поєднуватися. До речі, до пароксизмів належать також і дисфорії. Зміни особистості визначаються переважно психопатоподібними розладами з

явищами циркулярності. Інтелектуальні порушення не виходять за межі зниження рівня особистості.

Стани потьмареної свідомості виникають частіше, коли наявні різноманітні, в першу чергу, судомні пароксизмальні розлади. Переважають сутінкові стани різної структури, які виникають частіше безпосередньо після великих судомних та рідше після малих нападів. Сутінкові стани перебігають за типом «кліше» (тобто два окремих напади схожі, як близнюки). В інших випадках, незалежно від пароксизмів, але звичайно після додаткових соматичних шкідливостей, у т. ч. алкогольних ексцесів, існують передвісники в формі порушеного сну, церебрально-органічних симптомів, пригнічено-тривожного настрою. Услід за цим розвивається потьмарення свідомості з різноманітними продуктивними розладами, в першу чергу маячними, галюцинаторними та афективними, рідше — психосенсорними. Деякі дослідники життя геніального художника Вінсента Ван Гога вважають, що саме такий стан спостерігався у нього, коли в хворобливому стані він відрізав собі вухо. Постійними є виражені судинно-вегетативні симптоми тривалістю до 3–5 днів. Характерні люцидні (тобто непсихотичні) періоди. Вихід із сутінкового стану — критичний, після тривалого сну. Часто спостерігається неповна та ретардована амнезія. Виникнення сутінкових станів, особливо в постнападному періоді, свідчить про схильність травматичної хвороби до прогредієнтного перебігу.

Ендоформні психози. Розвиткові афективних, галюцинаторно-маячних, рідше — парано́яльних психозів віддаленого періоду ЧМТ, як правило, передує певна сукупність психопатологічних розладів. Симптоми астенії, психопатоподібні, циклотимоподібні або пароксизмальні порушення виступають у поєднанні з симптомами органічного зниження, ступінь та особливості яких чітко пов’язані з типом ендоформного психозу.

Афективні психози перебігають у вигляді однократних або періодичних депресій та маній, а також біполярно. Розвитку депресій передує астенія з чіткою дратівливістю, а психопатоподібні розлади визначаються істеричними розладами з експлозивністю. При маніях та біполярних психозах в передуючому періоді астенічний компонент виражений незначно, переважає

експлозивність з брутальною афективною розрядкою, чітка схильність до сутяжництва, реактивна лабільність, «забарвлена» вираженим дисфоричним компонентом. Органічне зниження може сягати неглибокого психоорганічного синдрому. Серед пароксизмальних розладів найчастіше спостерігаються різноманітні безсудомні напади, що супроводжуються короткочасними та легкими змінами свідомості.

Галюцинаторно-маячні психози частіше зустрічаються у чоловіків. Психозу передують астенічні стани з в'ялістю, апатією, зниженням спонукань, тоді як психопатоподібні розлади виражені незначно. Психоз звичайно розвивається услід за соматичним неблагополуччям. Частіше він дебютує сутінковим або, рідше, делірійним потьмаренням свідомості, з вираженими галюцинаторно-маячними розладами, в яких галюциноз переважає над маяченням, психоз може стати хронічним. В одних випадках він «застигає» на рівні відносно чистого галюцинозу, в інших — клінічна картина поступово ускладнюється симптомами галюцинаторної парафренії. Усвідомлення хвороби частково збережено. Переважає знижений настрій (на відміну від аналогічних психозів шизофренічної природи).

Параноя́льні стани та параноя́льні психози частіше виступають у формі надцінних або маячних ревнощів, протрагованих сутяжних реакцій.

Ремісії у хворих із нападоподібними афективними, галюцинаторно-маячними та параноя́льними психозами при значній тривалості хвороби визначаються наростанням астенії та мнестичних порушень з поступовим стиранням психопатоподібних розладів та нерідко повним зникненням пароксизмів. Натомість розвиваються дефектні стани, які майже нічим не відрізняються від таких при шизофренії.

Лікування наслідків ЧМТ

Лікування психічних порушень, які є наслідком черепно-мозкової травми, передбачає застосування як симптоматичних антипсихотичних засобів (наприклад, рисполепту при галюцинаторно-маячних психозах або ципралексу — при біполярних афективних розладах), так і засобів, спрямованих на відновлення втрачених функцій мозку та покращання його функціонування. Це,

насамперед, — ноотропи. Не слід забувати і про необхідність корекції лікворної гіпертензії, що виникає внаслідок утворення спайок. Реабілітація хворих, залежно від тяжкості наслідків, може проводитися амбулаторно, але в найскладніших випадках вона потребує довгострокової госпіталізації. Це дає можливість, зокрема, обмежити контакти хворого з алкоголем, до вживання якого схильні особи, які перенесли черепно-мозкову травму. Алкоголь для таких хворих є своєрідним адаптогеном, але низька толерантність до етанолу в травмованих, висока частота атипових, насамперед, дисфоричних, форм сп'яніння та інші специфічні фактори призводять до швидкого формування залежності з подальшим поглибленням енцефалопатії та конфліктно-деліквентних вчинків з боку хворих.

Променева хвороба. Психічні порушення внаслідок дії іонізуючого випромінювання

Клінічна картина цієї патології має багато спільного з травматичною хворобою. Принаймні, періодичність її є майже такою ж самою.

Психічні порушення виникають при опромінюванні рентгенівськими променями, нейтронами та гамма-випромінюванням, які спричинюють глибоко деструктивні зміни в тканинах, зокрема в корі та підкіркових ядрах, де гине 35–40 % всіх клітин. Виникають набряк мозку з крововиливами в його речовину, вузликова гіперплазія глії, перицелюлярний набряк навколопірамідних клітин та хроматоліз ядер. При дозі випромінювання вище 8 тис. рентген виникає церебральна (блискавична) форма, де на перший план виступають нервово-психічні зміни. Відразу після опромінювання виникає кома або спостерігається глибока атаксія, адинамія, що може змінюватися в перші ж хвилини психомоторним збудженням; спостерігаються також епілептиформні напади, смерть настає протягом перших годин. При дозі 5–8 тис. рентген спостерігається токсемічна форма гострої променевої хвороби, зумовлена інтоксикацією нервової системи продуктами розпаду тканин. В клінічній картині спостерігаються різні форми порушення свідомості, фрагментарні галюцинації, психомоторне збудження, епілептиформні напади. Смерть настає, як правило, протягом першого тижня.

При дозі опромінювання 1000–5000 рентген йдеться про шлунково-кишкову форму. Ознаки ураження: нудота, блювання, пронос, тенезми, парез кишечнику, шлунково-кишкові кровотечі. У хворого спостерігається астенія з глибокою апатією, що змінюється психомоторним збудженням в структурі аментивного синдрому. Ці хворі також гинуть протягом перших 10 діб.

При дозі опромінювання 100–1000 рентген виникає кістково-мозкова форма променевої хвороби. Ці хворі здебільшого виживають, що звичайно залежить від дози, своєчасності надання допомоги, її адекватності та індивідуальних особливостей організму. Прогнозується, що при сумарній дозі опромінювання 400 рентген половина уражених загине.

Перебіг променевої хвороби

Променева хвороба, як і травматична, має кілька стадій. Перша стадія має назву стадії загальної первинної реакції. В першій її фазі тривалістю до 4 діб уражені скаржаться на головний біль, шум в голові, затуманення, нудоту, багаторазове блювання, спрагу, різку слабкість, судомні сіпання в різних групах м’язів, відчуття опіку шкіри, серцебиття, пітливість, порушення сну, періодичний біль в животі та серці. З психічних порушень в легких випадках клініка обмежується безсонням та помірним збудженням, в тяжких — можуть бути нетривалі порушення свідомості, інколи з явищами психомоторного збудження або, навпаки, — адинамією, сонливістю, апатією, що залежить від індивідуальних особливостей реагування та попереднього соматопсихічного стану ураженого (наприклад, адинамія є ймовірнішою, якщо опромінюванню передували виснажлива хвороба або брак повноцінного відпочинку).

Друга фаза приблизно такої ж тривалості, характеризується надзвичайною мінливістю симптомів: дисфорія, що поєднується з сонливістю, адинамія та апатія, що можуть змінюватись ейфорією, відсутність критики до свого стану (симптом «рентгенівського похмілля»). Увечері в уражених можуть з’являтися гіпнагогічні галюцинації, в окремих випадках — передделірійні та делірійні стани. Досить типовими є когнітивні порушення астенічного походження: швидка втомлюваність, утруднення осмислення, ослаблення уваги.

На відміну від травматичної хвороби мозку, при променевій хворобі

спостерігається особливий період — прихований, що може тривати до 4 тиж. Лише в найтяжчих випадках хворі протягом цього періоду скаржаться на астенічні явища. Здебільшого вони нічим не відрізняються від тих, кому вдалося уникнути такої дози опромінювання, яка б спричинила хворобу.

Третій період — це стадія розгорнутої променевої хвороби. Його тривалість — до 20 днів. Протягом цього періоду в уражених спостерігаються кровотечі, опіки, порушення обміну речовин, інфекційні ускладнення, геморагії, депіляція, гарячка. З неврологічних симптомів привертають увагу явища подразнення мозкових оболонок, гіпоанізорефлексія, м'язова гіпотонія, на ЕЕГ — зменшення та дизритмія біопотенціалів, поява повільних хвиль. Уражені звертають на себе увагу астенією з глибокою апатією. При тяжких формах променевої хвороби в цьому періоді можливі оглушення та сутінковий стан свідомості, зорові галюцинації, при найбільш тяжких формах — аментивний стан свідомості. Спостерігаються також психосенсорні розлади і порушення пам'яті на поточні події. Поява судом та епілептиформних нападів є прогностично несприятливою. В будь-якому разі неврозоподібні стани — дратівливість, плаксивість, коливання настрою — є облігатними. В легких випадках цими симптомами клінічна картина обмежується, за ними слідує одужання.

Четвертий період — період реконвалесценції. Він триває до 1,5 років. Поступово відновлюється кровотворення, зникає кровоточивість, покращується самопочуття, зникає тривога, сумніви щодо видужання. Вихід з хвороби йде через астенію і дуже погану пристосовуваність до нових ситуацій і фізичних факторів, що змінюються (синдром дезадаптації). Особливо погано уражені переносять сонячну радіацію — у них виникає головний біль, запаморочення, інколи — блювання. Нерідко спостерігаються пароксизмальні явища: порушення свідомості, психосенсорні розлади, дисфорія, діенцефальні кризи, у частини уражених наявні зміни особистості, що стосуються в першу чергу емоційно-вольової сфери, або порушення пам'яті за типом корсаковського синдрому. Дослідники цієї проблеми відмічають подібність перебігу періоду реконвалесценції при променевій хворобі з таким же періодом після

перенесеної черепно-мозкової травми.

Характеризуючи всі чотири періоди променевої хвороби і психічних порушень при них, слід обов'язково пам'ятати, що не тільки фізичний а й психічний фактор накладає свій відбиток на клінічну картину, оскільки променева хвороба виникає, як правило, в надзвичайних ситуаціях, де є людські жертви, втрата близьких, картини руйнації, небезпека для власного життя, робота в екстремальних умовах.

Доцільно виділити п'ятий період променевої хвороби — період віддалених наслідків, добре вивчений японськими вченими, що спостерігали за людьми, які вижили після бомбардувань Хіросіми та Нагасакі. Вони відмітили психічні розлади у 71 % опромінених, причому не було повної відповідності між тяжкістю наслідків та тяжкістю променевої хвороби. Ці наслідки являли собою поєднання органічних змін з реакцію особистості на хворобу. Спостерігалися здебільшого порушення пам'яті, уваги, інтелектуальне виснаження, емоційна лабільність, інколи — судомні напади, психосенсорні розлади, судинні кризи зі станами втрати свідомості. Знижувалися соціальна адаптація та професійна придатність.

Хронічна променева хвороба

Хронічна променева хвороба спостерігається у людей, які працюють з джерелами випромінювання. Вона зумовлена кумулятивним ефектом. В її початковій стадії спостерігається церебральна астенія з емоційно-вегетативною лабільністю. Характерним є загострення особливостей характеру, внаслідок чого часто виникають неврозоподібні стани (нав'язливі або істеричні). Наявні також сексуальні розлади. На більш пізніх етапах можливий розвиток психоорганічного синдрому, на фоні якого періодично спостерігаються ілюзії та нюхові галюцинації, при тяжких формах — явища брадипсихії, моторна загальмованість, ригідність емоцій, ослаблення пам'яті. Дуже характерними є депресивні стани, так, наприклад, серед лікарів, що працювали в довоєнні роки на погано захищених від випромінювання рентгенівських установках, частими були суїциди. Для діагностики і вирішення експертних питань обов'язково треба враховувати соматовегетативні та ендокринні зміни (лейкопенія,

гіпотонія, зміни з боку кісткового мозку).

Вплив полів НВЧ на психічний стан людини

При роботі з струмами високої та надвисокої частоти в несприятливих умовах можуть розвиватися патологічні зміни в організмі. В цих випадках хворі скаржаться на головний біль, запаморочення, підвищену втомлюваність, ослаблення пам'яті, дратівливість, безсоння вночі та сонливість вдень, парестезії, біль в кінцівках, зниження апетиту, спрагу, біль в епігастрії, неприємні відчуття в ділянці серця, зниження працездатності. Відмічаються тривожні переживання, нав'язливі страхи. Нерідко хворі скаржаться на відчуття «каски», що стягує голову. Прогресує слабкість, зростає дратівливість, непереносність світла, шуму. Характерне вторинне зниження інтелекту та пам'яті за астенічним типом. У жінок відмічаються порушення менструального циклу, чоловіки скаржаться на імпотенцію. Характерними клінічними проявами тривалого впливу радіочастотного випромінювання на організм є вегетативна дистонія з нейродистрофічними порушеннями, а також астенічний стан. Типовими є порушення вегетативної системи у вигляді артеріальної гіпотензії, брадикардії та інших ознак підвищеного тонусу парасимпатичного її відділу. Тяжкість порушень корелює з інтенсивністю опромінювання. В тяжких випадках на фоні вираженого астенічного стану можливим є розвиток своєрідного синдрому вазопатії, спричиненого тривалим впливом полів НВЧ. Синдром вазопатії проявляється судинною патологією, на фоні якої періодично виникають пароксизми у вигляді кризів, характерних для діенцефальних розладів. Судинний криз супроводжується пароксизмами головного болю ангіоспастичного характеру, відмічаються блідість шкіри обличчя, загальний гіпергідроз, адинамія, страхи, тремор в тілі, нестійкість пульсу та тиску зі схильністю до підвищення останнього, біль стискального характеру в ділянці серця, інколи — короткочасні непритомні стани. Виникають емоційна слабкість або виснажливість емоцій, ригідність, застійність емоцій, особливо — афектів гніву. Такі емоційні розлади можуть виникати транзиторно за типом дисфорій. У деяких хворих відмічається в'язкість мислення, нав'язливі страхи, що трансформуються у надцінні думки іпохондричного змісту. В найтяжчих

випадках відмічають апатію, ейфорію або дисмнестичні розлади, що свідчить про наявні ознаки психоорганічного (енцефалопатичного) синдрому на цій стадії хвороби.

Психічні розлади внаслідок сифілітичного ураження мозку

Сифілітичне ураження головного мозку за останні роки стає одним з провідних факторів психозів серед всіх інфекційних захворювань. І це незважаючи на те, що в 70–80-ті рр. XX ст. прогресивний параліч та сифіліс мозку на території України та колишнього СРСР майже не зустрічалися. Добре налагоджена система раннього виявлення сифілісу та його лікування на ранніх стадіях забезпечувала відсутність пізніх ускладнень хвороби. Чому ж, незважаючи на успіхи медицини, ми знову зіткнулися з цією патологією? Одна з причин полягає в соціальних передумовах, тобто в руйнуванні вже налагоджених соціальних зв’язків і системи контролю над лікуванням соціально небезпечних захворювань, до яких належить сифіліс. Коли в середині 80-х рр. XX ст. анархія охопила країну, з’явилися ділки від медицини, основним мотивом діяльності яких стала нажива. Вони лікували сифілітичну інфекцію, не маючи відповідної підготовки, що призводило до хронізації процесу. Поширення проституції стало другою причиною, через яку за статистикою кількість сифілісу мозку та прогресивного паралічу зросла.

**ЛЕКЦІЯ: «Наркологія: хвороби залежності. Медичні, соціальні та юридичні проблеми вживання психоактивних речовин»**.

Сукупність психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин є предметом вивчення науки наркології. Іншими словами, наркологія — наукова дисципліна, що вивчає умови виникнення і механізми формування залежності від психоактивних речовин (ПАР), їх токсичні ефекти з метою розробки адекватних методів діагностики, лікування і профілактики обумовлених ними захворювань.

Провідним синдромом при хворобах залежності, будь це алкоголізм, наркоманія або токсикоманія, є патологічний потяг до психоактивних речовин. Термін, запропонований Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), «психоактивні речовини» у цьому розумінні є вдалим, тому що містить у собі такі поняття, як алкоголь і наркотики, і дозволяє не проводити їхньої строгої диференціації.

Алкоголь і наркотики здійснюють певний несприятливий вплив на організм людини. У зв'язку з хронічним уживанням психоактивних речовин уражаються усі внутрішні системи й органи. У першу чергу, це стосується ураження серця і печінки. Крім цього, у хворих, які зловживають психоактивніми речовинами, набагато частіше розвиваються ураження шлунково-кишкового тракту (панкреатити, гастрити, пептичні виразки шлунка й ін.), захворювання органів дихання, в тому числі й туберкульоз, не кажучи вже про патологію серцево-судинної системи. Як правило, це хронічні хвороби, що вимагають тривалого, у деяких випадках — стаціонарного лікування. Важливо відзначити, що соматичні порушення виявляються на ранніх стадіях захворювання, як правило, у перші 4–5 років хвороби, а їхня частота, тяжкість й оборотність корелюють вже з такими клініко-динамічними характеристиками, як тривалість захворювання і його стадія.

Говорячи про умови виникнення наркологічних хвороб, завжди слід мати на увазі кілька складових — таких як соціальні, психологічні і, звичайно ж, біологічні фактори, тому що сьогодні вже з повною впевненістю можна говорити про біологічну схильність того чи іншого індивіда до розвитку

залежності. До сьогодні уже встановлено основні біологічні механізми розвитку хвороб залежності і сформульована сучасна теорія залежності від психоактивних речовин, яка вказує на провідну роль катехоламінової системи в її патогенезі. Підвищення рівня катехоламінів прямо пов'язане з актуалізацією патологічного потягу до ПАР. На підставі цієї теорії ведеться розробка адекватних диференційованих комплексних програм лікування, діагностики і профілактики алкоголізму і наркоманій.

Дуже важливе значення мають епідеміологічні дослідження в наркології. Епідеміологія ставить перед собою широкомасштабні цілі. При плануванні епідеміологічного дослідження формується репрезентативна група населення, складається науково-дослідна програма, що враховує безліч факторів, — у першу чергу соціально-психологічних і клінічних. Соціальний спектр факторів при проведенні епідеміологічних досліджень включає економічний і юридичний аспекти, а також культуральні, етнічні особливості досліджуваної групи, наприклад, відмінності традицій споживання алкоголю, сюди ж відносяться фактори географічні, кліматичні, тобто максимально враховується специфіка тих регіонів, де проводиться дослідження. Базою для здійснення епідеміологічного аналізу служить статистика. Аналіз статистичних даних дозволяє бачити суть проблеми і робити відповідні висновки.

Як уже зазначалося, патогенез наркологічних захворювань, тобто біологічні механізми формування залежності, нині уже визначені. Існують деякі загальні положення. По-перше, встановлено спільність біологічних механізмів залежності від алкоголю і наркотиків; при цьому не має значення тип психоактивної речовини (алкоголь, опіати, канабіноїди, кокаїн і т. ін.) Звичайно, розбіжності при окремих формах наркоманій існують, але загальні біологічні механізми їхнього формування вже зрозумілі. По-друге, встановлені стрижневі механізми залежності від психоактивних речовин. Без детального знання цих стрижневих біологічних механізмів залежності навряд чи можна визначити правильну тактику лікування. Досягнення наркології як біологічної науки значною мірою обумовлені можливістю експериментального моделювання, тобто створення моделей залежності від алкоголю і наркотиків у

щурів, мишей, кроликів, мавп. Саме фундаментальні дослідження на експериментальних моделях дозволили сформулювати теорію формування залежності. Ці дослідження переслідували ще одну суто практичну мету — визначити мішені терапевтичного впливу (медикаментозного, немедикаментозного, у тому числі — психотерапії).

Одним з визначальних завдань наркології є лікування хворих на алкоголізм, наркоманію та токсикоманію. Коли йдеться про лікування, мають на увазі стабілізацію ремісії і профілактику рецидивів захворювання. Цього можна досягти завдяки комплексному впливу різних методів і засобів — медикаментозних, психотерапевтичних і соціальних, причому їхня питома вага може бути неоднаковою. Систематична лікувально-реабілітаційна робота базується на контролі за патологічним потягом до алкоголю і наркотиків, лікуванні супровідних соматичних захворювань і корекції стосунків хворого з найближчим оточенням. Крім інтенсивного лікування алкогольного абстинентного синдрому на першому етапі терапії, обов’язково потрібне ще й тривале симптоматичне лікування — корекція соматичної патології. Без цього вирішення головного завдання буде важким.

Лікування наркоманій набагато складніше. У даному випадку і соціальний, і психологічний, і реабілітаційний аспекти істотно більш трудомісткі і складні. Про це потрібно знати і необхідно враховувати в терапевтичній програмі.

Ще одне завдання наркології — профілактика, попередження захворювань. ВООЗ визначила кілька етапів профілактичної роботи: первинна профілактика, вторинна профілактика й ін. Первинна профілактика — це зміна тих соціальних умов, що призводять до розвитку хвороби. Поки це немедичний пріоритет, сьогодні лікарі первинною профілактикою займатися не можуть. Теоретично первинна профілактика може ввійти в компетенцію лікаря-нарколога при виявленні комплексу біологічних маркерів схильності до розвитку алкоголізму і наркоманій. На цій підставі може бути розроблений медикаментозний фармакологічний набір для корекції уроджених особливостей біохімічних процесів.

**КЛІНІКА АЛКОГОЛІЗМУ**

## ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ, ВИЗНАЧЕННЯ, КЛАСИФІКАЦІЯ

Алкоголізм — це, насамперед, хвороба. Як усяка хвороба, алкоголізм — це процес, який має свій початок, етапи, фінал і перебігає з різною швидкістю. Як і інші хвороби, алкоголізм виникає і розвивається в результаті поєднаної (у різних пропорціях) дії середовищного і біологічного факторів.

Алкоголізм — це спричинене зловживанням спиртними напоями хронічне психічне захворювання, що характеризується патологічним потягом до алкоголю і пов'язаними з ним наслідками алкогольної інтоксикації наростаючої тяжкості.

Положення, що міститься в даному визначенні, про дві частини клінічної картини алкоголізму означає, що всі клінічні синдроми захворювання — і неврастеноподібний на першій стадії, і абстинентний на другій стадії, і деградація особистості на третій стадії — сформувалися за однією схемою: вони утворені патологічним потягом до алкоголю в «обрамленні» різних постінтоксикаційних розладів. Зазначення на зростання тяжкості наслідків хронічної алкогольної інтоксикації в процесі захворювання ясно відбиває його прогредієнтній характер. Зрештою, саме розбіжності у тяжкості й стійкості наслідків алкогольної інтоксикації лежать в основі стадійності алкоголізму, складаючи суть якісних особливостей окремих стадій.

У більшості динамічних класифікацій виділяються під різними назвами три стадії алкоголізму — перша, друга і третя.

Динаміка алкоголізму характеризується, крім симптоматики, що змінюється, також і швидкістю цих змін, яка може бути стрімкою або, навпаки, ледь помітною. Відповідно до цього, виділяються високий, середній і низький темпи прогредієнтності алкоголізму, кожний з який, як правило, первісно властивий тому чи іншому конкретному хворому. Як виявилося, з різною швидкістю формування симптоматики хвороби тісно пов'язані її дуже істотні параметри — спадковість, преморбід, тяжкість клінічної картини, курабельність та ін. Це підкреслює необхідність включення темпу прогредієнтності до класифікованих ознак алкоголізму.

Оскільки зловживання алкоголем у хворих на алкоголізм є безпосереднім

проявом патологічного потягу до алкоголю, його клінічні форми теж належать до істотних характеристик захворювання. Розходження між типами зловживання алкоголем важливі в практичному відношенні, особливо в плані терапії.

## КЛІНІКА НАРКОМАНІЙ І ТОКСИКОМАНІЇ

## ВИЗНАЧЕННЯ. ТЕРМІНОЛОГІЯ. ЗАГАЛЬНІ КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ

Наркоманії (токсикоманії) — збірна група хронічних захворювань, що характеризуються патологічним потягом до різних психоактивних речовин (ПАР), зміною толерантності і розвитком залежності від них, а також вираженими медико-соціальними наслідками.

Велике значення, що надається виявленню, лікуванню й профілактиці наркоманій (токсикоманії), визначається такими причинами:

1. Висока смертність хворих на наркоманії (токсикоманію), обумовлена передозуваннями ПАР, нещасними випадками в стані наркотичного (токсичного) сп'яніння, різними соматичними захворюваннями, що є результатом наркотизації, частими самогубствами.

2. Виражені медичні наслідки зловживання наркотичними засобами чи іншими ПАР: соматичні і неврологічні ускладнення, зміни особистості.

3. Соціальна «заразність» наркоманій, що можуть поширюватися подібно до епідемій і уражати широкі верстви населення.

4. Висока криміногенність хворих на наркоманії, що пов'язано, у першу чергу, зі змінами їхньої особистості і морально-етичним зниженням. Поряд із криміногенними діями, вчиненими з метою придбання наркотиків, часто наркомани здійснюють суспільно небезпечні вчинки в зв'язку з психотичними станами, що розвинулися в результаті вживання наркотичних засобів.

У вітчизняній наркології прийнято розділяти наркоманії і токсикоманії. До наркотиків належать психоактивні речовини, які, по-перше, чинять специфічну дію на центральну нервову систему (седативну, стимулюючу, галюциногенну й ін.), що є причиною їх повторного немедичного застосування; по-друге, немедичне застосування цих речовин набуває масштабів, що мають соціальну значущість; і, по-третє, вони включені в спеціальний законодавчо

регламентований список наркотиків, тобто законом визнані наркотичними. Таким чином, термін «наркотичний засіб» містить три критерії: медичний, соціальний і юридичний. Відсутність одного з цих критеріїв не дає підстави вважати ту чи іншу ПАР наркотичним засобом, якщо навіть ця речовина може стати предметом зловживання і викликати розвиток залежності. Діагноз «наркоманія» застосовується тільки до зловживання тими чи іншими ПАР, які офіційно визнані наркотичними. Це обумовило необхідність введення в термінологію наркологічних захворювань поняття «токсикоманія». Токсикоманія — це хвороба, викликана зловживанням психоактивною речовиною, не внесеною до списку наркотиків, тобто не визнаною державою наркотичною. З юридичної точки зору, хворі на наркоманію і токсикоманію є різним контингентом. З погляду клінічного, медичного — підхід до хворих на наркоманію і токсикоманію однаковий, принципи лікування їх ідентичні.

У наркологічній практиці може спостерігатися трансформація діагностичних понять. Якщо відбувається зловживання речовиною, не внесеною до списку наркотичних засобів, і діагностується токсикоманія, а надалі цю речовину буде внесено до списку наркотичних засобів, то відповідним чином трансформується і діагноз: ставиться діагноз «наркоманія», хоча клінічна картина залишається без змін.

**Психічна залежність**

Психічна залежність — це хворобливе прагнення безупинно чи періодично приймати наркотичний або інший психоактивний препарат для того, щоб зазнати певних бажаних відчуттів або зняти явища психічного дискомфорту.

Психічна залежність виникає у всіх випадках систематичного вживання наркотиків, але може розвинутися і після однократного прийому. Вона є найдужчим психологічним фактором, що сприяє регулярному прийому наркотиків або інших психоактивних речовин, перешкоджає припиненню наркотизації, обумовлює виникнення рецидивів захворювання.

Психопатологічно психічна залежність представлена патологічним потягом до зміни свого стану за допомогою наркотизації. Виділяють психічний (психологічний, обсесивний) і компульсивний потяг.

Психічний потяг характеризується постійними думками про наркотик, що нерідко мають характер моноідеї, супроводжуються піднесенням настрою, пожвавленням у передчутті його прийому, пригніченістю, незадоволеністю у разі відсутності наркотику. Оскільки думки про наркотик часто мають нав'язливий характер, це дало підставу деяким авторам визначити психічний потяг як обсесивний. Психічний потяг може супроводжуватися боротьбою мотивів і частковою критикою, але може бути і неусвідомленим, виявлятися зміною настрою і поводження хворих залежно від речовини, що є предметом зловживання. Психічний потяг буває постійним, періодичним або циклічним, може актуалізуватися під впливом ситуаційних чи психогенних факторів.

**Фізична залежність**

Фізична залежність — це стан перебудови усієї функціональної діяльності організму у відповідь на хронічне вживання наркотичних чи інших психоактивних речовин. Виявляється вираженими фізичними і психічними порушеннями, коли прийом наркотику припиняється або коли його дія нейтралізується специфічними антагоністами. Ці порушення позначаються як «синдром скасування», «синдром позбавлення», абстинентний синдром. Вони полегшуються чи цілком купіруються новим введення даного наркотику або речовини з подібною фармакологічною дією. Фізична залежність є сильним фактором у підкріпленні впливу психічної залежності на безупинне використання наркотичних препаратів або у поверненні до вживання після скасування.

Клінічні прояви абстинентного синдрому при різних видах наркоманій і токсикоманії різні. Терміни формування фізичної залежності (абстинентного синдрому), як і його тривалість, також різні при різних видах наркоманій і токсикоманії, вони залежать від темпу наркотизації, вживаних доз, способу введення. Абстинентний синдром розвивається не одномоментно, а протягом певного часу. При цьому спостерігається характерна для даного виду наркоманій послідовність появи тієї чи іншої симптоматики.

**Толерантність. Зміна толерантності**

Під зміненою толерантністю розуміють стан адаптації до наркотичних чи

інших одурманюючих речовин, що характеризується зменшеною реакцією на введення тієї ж самої кількості наркотику. Для досягнення колишнього ефекту потрібна вища доза речовини.

## МЕДИЧНІ Й СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ НАРКОМАНІЙ

### Особистісні і поведінкові порушення

У спектрі медичних наслідків хронічної інтоксикації наркотиками або іншими психоактивними речовинами в першу чергу привертають увагу характерні зміни особистості хворих. У механізмах формування особистісної патології в хворих на наркоманії, як і в розвитку особистості взагалі, що є інтегративною характеристикою психолого-поведінкових властивостей індивіда, неабияку роль відіграють умови його виховання і процеси соціалізації, а також система мотивів, що спонукають його до діяльності. Вона складається на основі сукупності потреб, у тому числі тих, що виникли в динаміці хвороби.

У найбільш загальному вигляді, розвиток особистості за наркоманічним типом обумовлюється процесом входження хворого в нове соціальне середовище, з істотними трансформаціями особистості, що відбуваються в результаті не тільки цього процесу, а й патологічних змін ЦНС, спричинених

хронічною інтоксикацією.

## СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ НАРКОМАНІЙ

Здебільшого хворі ніде не працюють і не вчаться. Велика частина їх перебуває в кримінальних структурах чи займається різного роду комерцією. У динаміці хвороби майже у всіх хворих з опійною, героїновою наркоманією і полінаркоманією знижується професійний рівень, їхня трудова діяльність неповноцінна. У працюючих хворих спостерігаються неодноразові порушення трудової дисципліни, утруднення у виконанні своїх професійних обов’язків, відзначається байдужність або негативне ставлення до виконуваної роботи.

Характерними негативними соціальними наслідками зловживання наркотиками є деформація, перекручування, руйнування сімейних зв’язків. Наркомани значно рідше одружуються, ніж здорові особи того ж віку, і родини

їх швидко розпадаються, якщо друга особа з подружжя не є наркоманом. Нерідко хворі утворюють так звану «родину» наркоманів. Метою такої «родини» є наркотизація в найбільш безпечних умовах, полегшення отримання наркотиків. «Родина» має свій «будинок», яким може бути і порожня квартира, і підвал, і горище, і яка-небудь ізольована будівля. У такої «родини» свої шляхи і способи добування наркотиків, грошей для цього. У «родині» можливі й сексуальні відносини, звичайний проміскуїтет, нерідко — гомосексуалізм. Так, наприклад, пари героїнових наркоманів часто вживають наркотик разом для посилення сексуальної активності. Згодом вживання наркотику, а не сексуальний потяг й інші, не пов'язані з наркотиками, спільні інтереси, стає основним фактором, який визначає стосунку в таких «родинах».

У більшості родин тих хворих, що продовжують бути одруженими, відзначаються порушення сімейних взаємин — часті конфлікти, сварки, сексуальна розбещеність, байдужне ставлення до дітей і родини, відсутність турботи про близьких, споживацьке ставлення до них. Найчастіше конфлікти в родинах відбуваються на грунті наркотизації. Діти в таких родинах здебільшого виховуються окремо від своїх батьків.

У жінок-наркоманок часто спостерігається безладність статевого життя; серед них дуже високий відсоток повій, незважаючи на пригнічувальну дію героїну на синтез статевих гормонів і ослаблення лібідо. Жінки-наркоманки мають більшу кількість сексуальних партнерів порівняно з чоловіками, вони частіше залучаються до проституції і продовжують працювати на вулиці тільки для того, щоб забезпечувати себе коштами на наркотики.

Жінки, які страждають на наркоманію, уражаються в особистісному, соціальному відношенні глибше, тому що їхня роль матері чи потенційної матері не узгоджується зі стилем життя наркомана.

Антисоціальне поводження є характерним для хворих на наркоманію. Їхні вчинки часто суперечать правовим або моральним нормам. Їм властиві кримінально некарані, але аморальні вчинки (пияцтво, корисливість, сексуальна розбещеність, конфлікти в родині й з найближчим оточенням). Вони нерідко культивують аморальні звички, чим створюють несприятливі ситуації для себе і

своїх близьких, неадекватно оцінюють свої можливості, що позначається на міжособистісних відносинах.

Хворі на наркоманії часто здійснюють агресивні вчинки, нерідко з порушенням закону, виявляють ворожість чи недоброзичливість, аж до словесних образ, чи застосовують грубу фізичну силу, демонструючи свою перевагу над іншою людиною чи групою осіб. Найчастіше афективні спалахи в них виникають психогенно і характеризуються бурхливими емоційними і вегетативними проявами — гнівом, радістю, тугою чи страхом, тривогою.

Дуже високою є криміногенність з хворих на наркоманії. Кожен споживач рано чи пізно звертається до усе більш кримінальних способів отримання матеріальних коштів, необхідних для придбання наркотику. Цією обставиною пояснюється високий рівень злочинності й інших соціальних аномалій серед наркоманів.

За винятком випадків засудження згідно зі статтями Карного Кодексу про виготовлення, збереження і продаж наркотиків, серед наркоманів переважає злочинність у вигляді шахрайства і крадіжок особистого (але не державного чи суспільного) майна. Це пояснюється тим, що подібні злочини вимагають досить організованих дій, на які наркомани мало здатні.

Криміногенність хворих на наркоманії визначається низкою факторів: потребою в грошах, тому що наркотики коштують дуже дорого; вимушеним зв’язком з торговцями наркотиками, що теж є протиправною дією; описаними вище змінами особистості, що настають у результаті наркотизації і проявляються у вираженому морально-етичному зниженні. Крім того, наркомани можуть чинити протиправні дії, перебуваючи у стані наркотичного сп’яніння чи в психотичному стані, спричиненому вживанням тієї чи іншої одурманюючої речовини. Більшість правопорушень відбувається в станах наркотичного сп’яніння, найчастіше в абстиненції, а також у період економічно чи соціально зумовлених ремісій.

Описано цілий ряд різних правопорушень, здійснених хворими. Це професійні правопорушення: наркомани не виконують трудовий договір і неодноразово допускають різні порушення в межах своєї професії. Це карні

правопорушення, що представляють небезпеку і завдають збитку суспільству й окремим особам (заподіяння шкоди здоров'ю і життю; розкрадання власності й ін.). Це адміністративні правопорушення (провини), що проявляються в зазіханні на встановлений суспільний порядок, права і свободи громадян. Хворі порушують правила дорожнього руху, митного контролю, зазіхають на діяльність і власність приватних чи юридичних осіб і т. ін. Це, нарешті, економічні правопорушення — такі, як незаконна підприємницька, банківська діяльність, ухилення від сплати податків, свідомо неправдива реклама, контрабанда, підробка грошей і документів. Слід зазначити, що найчастіше здійснюють правопорушення хворі з опійною (героїновою) і кокаїновою наркоманіями, рідше — гашишною та іншими формами наркоманій.

Такі, стисло, загальні медичні й соціальні наслідки хронічного вживання наркотичних чи інших психоактивних речовин.

**ЛЕКЦІЯ: «Розлади адаптації: гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад ( ПТСР ). Бойова психічна травма».**

Психогенні (спричинені виключно факторами інформаційної природи) захворювання завжди поділялися на неврози та реактивні психози. Цей поділ певною мірою зберігається і донині. Але систематизація розладів, схоже, втратила звичну для нас логіку — все, що супроводжується насамперед афективними та параноїдними синдромами, «перекочувало» відповідно в третю та другу рубрики МКХ-10, з'явилася зовсім нова п'ята рубрика, яка включила в себе деякі типово невротичні стани. В той же час у власне «невротичній», четвертій рубриці МКХ-10 зустрічаються як хворобливі стани допсихотичного рівня, так і типові психози — реактивні (наприклад, психогенний ступор). Але на цьому зупинимось нижче.

Щодо етіології, вона не має піднімати будь-яких додаткових питань, оскільки йдеться про розлади, викликані стресами або хронічними психотравмуючими обставинами. Дивує інше: спектр симптоматики майже не відрізняється від такого при спадково зумовлених ендогенних чи безперечно зовнішнього походження органічних психічних розладах. Пов'язати це можна тільки з тим колосальним значенням (нутритивним, життєзабезпечуючим), яке інформація має для мозку людини, а тому виступає нарівні з патогенними факторами будь-якої природи.

W. Cullen ввів у медичну практику термін «невроз» ще у XVIII ст., але свого сучасного і конкретного значення він набув тільки наприкінці XIX завдяки працям Ж. Шарко, П. Жане та П. Дюбуа. До втілення в повсякденну практику лікаря-психіатра міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду вітчизняна психіатрія поділяла неврози на істеричний, невроз нав'язливих станів і неврастенію. У попередній класифікації 9-го перегляду можна було вже знайти невроз страху, істеричний невроз, два варіанти неврозу нав'язливостей — фобічний та обсесивний, депресивний невроз (невротична депресія), неврастенію, синдром деперсоналізації та іпохондричний невроз. Але доктрина «трьох ключових форм», що розвивалась у вітчизняній психіатрії, була доволі

вдалою, оскільки всі інші невротичні розлади так чи інакше можна розглянути як похідні від істерії, неврастенії або неврозу нав'язливих станів.

Під неврозом розуміють захворювання, яке, по-перше, виникає як реакція особистості на психічну травму (остання може у деяких випадках бути гострою, але здебільшого вона має пролонгований у часі вплив на екзистенцію); по-друге, хворобливі переживання пацієнта завжди психологічно зрозумілі та відбивають зміст психотравмуючих обставин; по-третє, розлад поступово втрачає свою клінічну визначеність, якщо психотравмуючі обставини усунуто або вони втратили для людини актуальність. Ця тріада симптомів дістала назву тріади Ясперса, що підкреслює особистий внесок німецького психіатра Карла Ясперса в розвиток провідних положень класичної психіатрії.

Таким чином, при неврозах можна говорити про оборотність психогенного захворювання, але слід завжди мати на увазі, що неврози мають схильність до затяжного перебігу та частих рецидивів симптоматики. Крім того, симптоматика часто змінюється («мімікрує»), що призводить до труднощів класифікації цього розладу.

В сучасній класифікації 10-го перегляду клінічних форм розладів, про які йдеться, по-перше, значно більше, ніж у попередніх, а, по-друге, невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади об'єднані в одну рубрику через їх історичний зв'язок з концепцією неврозу та ймовірну асоційованість переважної частини цих розладів з причинами інформаційної природи.

Оперативними елементами неврозу є психотравмуючі обставини, особистість та її специфічні риси (неврози в одних і тих самих обставинах скоріше виникнуть у осіб з психопатичними рисами характеру) та наявність патологічно зміненого підгрунтя (травми голови в анамнезі, виснажлива робота, астенія внаслідок перенесеної хвороби, паління).

Розглянемо безпосередньо окремі форми, з яких складається рубрика: невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів.

**ТРИВОЖНО-ФОБІЧНІ РОЗЛАДИ**

До цієї групи розладів належать такі, при яких тривога спричинюється виключно (або переважно) певними ситуаціями та об'єктами, зовнішніми

відносно суб'єкта, що не є загрозливими для нього в даний час. Зрозуміло, що хворий намагається їх уникнути, а в разі неможливості цього переносить з почуттям страху. Вираженість тривоги може коливатися від легкого дискомфорту до жаху. Частіше пацієнти концентруються на окремих симптомах, наприклад, серцебитті або станах, що нагадують запаморочення. Вторинно виникає страх смерті, божевілля або, як мінімум, втрати самоконтролю. Тривога виникає і при згадці про таку ситуацію. Частіше розлад спостерігається у жінок. Розрізняють агорафобію, соціальні та специфічні фобії.

**Агорафобія** — це побоювання не тільки відкритих просторів або натовпу, але і страх неможливості відразу повернутися в небезпечне місце, яким для більшості людей є власна домівка. Це також неможливість їзди наодинці в транспорті або ліфті, страх впасти на вулиці та залишитись без допомоги. Тобто провідна риса агорафобії — це, іншими словами, відсутність негайного доступу до виходу. Перебіг найчастіше хронічний, розлад повністю дезадаптує людину, яка може роками бути «прикута» до своєї оселі. Зустрічається частіше у жінок.

**Соціальна фобія** — це страх бути в центрі уваги з боку порівняно нечисленної групи людей, який зустрічається однаково часто серед жінок і чоловіків, переважно молодого віку. Призводить до уникання таких ситуацій, як публічний виступ, навіть відповідь викладачеві на поставлене запитання в присутності групи, необхідність відстояти свої інтереси або відповісти на образу в громадських містах, підтримати розмову в малознайомому колі тощо. Характерно, що основну свою проблему хворі вбачають у вторинних вегетативних симптомах — почервонінні обличчя, тремтінні рук, підвищеному потовиділенні. Вони уникають громадських ситуацій, згодом у них знижується самооцінка.

**Специфічні (ізольовані) фобії** обмежуються якими-небудь певними ситуаціями (клаустрофобія — страх ізоляції в закритому просторі, акрофобія — страх висоти, мізофобія — страх забруднення, айхмофобія — страх гострих предметів тощо).

Назви ізольованих фобій — грецького походження, їх налічується понад

триста. Вони, як правило, починаються ще в дитинстві і переслідують людину протягом всього життя. Якщо при агорафобії можуть бути коливання вираженості симптоматики в різні періоди життя аж до її тимчасового зникнення, то для ізольованих фобій страх об'єктів побоювання залишається стабільним. Страх крові та тілесних ушкоджень відрізняється від інших появою брадикардіїї (замість тахікардії в інших випадках).

**ПАНІЧНИЙ РОЗЛАД**

Цей розлад належить також до тривожних розладів. Тривога є провідним проявом захворювання і не пов'язана з конкретною ситуацією. Головною рисою панічного розладу є абсолютно непередбачувані напади тяжкої тривоги (паніки) в самих різних обставинах, що не загрожують життю та здоров'ю. Такі напади супроводжуються низкою вегетативних симптомів, і саме вони усвідомлюються хворим в першу чергу та змушують звернутися по медичну допомогу. Це серцебиття, біль в грудях, відчуття задухи, запаморочення, нездатність сконцентрувати увагу та цілеспрямовано діяти. Нерідко спостерігається дереалізація—деперсоналізація. Хворі описують свій стан так, нібито вони втратили контроль і змушені бігти та рятуватись; страх смерті є дуже інтенсивним; може бути також страх божевілля або втрати контролю над ситуацією. Тривалість його — до 10 хв. У деяких хворих напади виникають рідко — кілька разів протягом життя, але у більшості частота та інтенсивність їх зростають.

За своїми клінічними проявами панічний розлад нагадує стан інтоксикації кофеїном, це свідчить про те, що в обох випадках задіяні схожі патогенетичні механізми. Відмічено коморбідність з агорафобією (до 70 %). Що стосується алкоголю, то з його допомогою пацієнти намагаються уникнути повторних нападів паніки. Швидко формується залежність від етанолу. Між нападами типовою є тривога очікування. Негайно залишивши місце, в якому виникла тривога (наприклад, автобус), хворі надалі уникають подібних ситуацій. В громадських місцях вони з'являються у супроводі «довіреної особи», дуже часто стають інвалідами.

Розрізняють ще **генералізований тривожний розлад**, основним проявом

якого є генералізована, стійка та «нефіксована» тривога, що виникає в несприятливих мікросоціальних умовах. Вона має депримуючий вплив на особистість, можуть спричинити стан фрустрації (безпорадність, відсутність чіткого уявлення про можливість розв'язання конфліктної ситуації). Щодо переживань, то найчастіше — це страх або передчуття, нібито з кимось із рідних має статися нещасний випадок. Хворі відчувають постійну нервозність, тремтіння, пітливість, серцебиття, запаморочення, м'язове напруження та дискомфорт в епігастральній ділянці. Розлад частіше спостерігається у жінок і пов'язаний з хронічним стресом.

Існує також **змішаний тривожний та депресивний розлад**, коли важко визначитись, що — тривога або депресія — є домінуючим симптомом, а вираженість депресії не така, щоб кваліфікувати розлад як афективний. Такі хворі найчастіше отримують допомогу в лікарів загальної практики; це, як правило, жінки після менопаузи.

**ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИЙ РОЗЛАД**

Головним проявом захворювань цієї групи є обсесивні (нав'язливі) думки, які стереотипно повторюються. Ці ідеї дуже тяжко переносяться суб'єктом внаслідок своєї агресивності (хворого, наприклад, лякає те, що він раптово поб'є улюбленого собаку, але водночас він знає, що ніколи не зможе спричинити страждань не тільки своєму вірному другові, а й взагалі будь-якій тварині) або своєї безглуздості (хворий не в змозі замінити передчасно забруднену сорочку, оскільки він робить це тільки щопонеділка та щочетверга). Але так само це можуть бути якісь безглузді образи (скривавлені жертви дорожньої пригоди) або потяги (наприклад, колупатися в носі або накручувати волосся на палець в присутності інших людей). Підкреслимо, що ані óбрази, ані потяги, ані ідеї не супроводжуються відчуттям нав'язування ззовні якоюсь магічною силою, впевненістю у тому, що сам хворий є об'єктом керуванням кимось іншим (такий симптом характерний для нав'язливостей в структурі шизофренічного процесу).

Іншим типовим проявом розладу є компульсивні (тобто з боротьбою мотивів) дії (ритуали), які не менш обтяжливі для існування, ніж нав'язливі думки. Вони

не пов’язані із задоволенням від виконання внутрішньо корисних задач (наприклад, потреба по кілька разів на день мити руки без реальної на то необхідності, або прасувати спочатку сорочки, потому білизну, а вже наприкінці брюки, або пропускати транспортний засіб і чекати наступного, якщо номер його починається на непарну цифру, тощо). Ритуали спрямовані на превенцію малоймовірних подій, які можуть зашкодити самому хворому або його оточенню (в тому числі з боку хворого). Взагалі кажучи, ритуальне мислення є рудиментарною складовою людського менталітету взагалі, воно широко застосовувалося на етапі становлення людини як мислячої, соціальної істоти, коли нерозвиненість алгоритмічних підходів до переробки інформації з навколишнього середовища та необізнаність в причинах багатьох явищ компенсувалась активністю такої рудиментарної психологічної функції, як віра. Релігійні вірування або річниці видатних подій — не щось інше, як прояви ритуального мислення. Вшанування ювілярів — це ритуал, якого всі покірно дотримуються, не усвідомлюючи, що таким чином люди підкреслюють своє бажання зберегти життя людини, яка вже досягла певного віку, від можливих подальших нещасть та фатальних випадковостей. Тому буває інколи важко визначитись, чи є той чи інший ритуал у хворого проявом психічного розладу, або це частина того колективного неусвідомленого (за К. Юнгом), яку він несе в собі як частина певного етно-соціо-культурального шару. Крім ритуалів, компульсивними діями вважають також уповільненість та нерішучість. Дослідниками відмічена позитивна кореляція між нав’язливостями та депресіями, що призвело до спроб застосувати в лікуванні нав’язливих станів антидепресанти (ципралекс, паксил, феварин, ремерон або антидепресант попередньої генерації — анафраніл). Інколи таким чином вдається досягти успіху і позбавити хворого страждань, пов’язаних з обсесіями. Цей розлад частіше спостерігається у осіб з ананкастними рисами, не залежить від статі, починається в молодому або юнацькому віці. Перебіг його — хронічний. Компульсивні ритуальні дії краще піддаються поведінковій терапії, ніж обсесивні думки, але, на жаль, обидва прояви у одного і того ж хворого, як правило, співіснують.

Враховуючи велике значення обсесивно-компульсивного розладу для майбутнього лікаря загальної практики, наведемо його критерії за МКХ-10:

1. Обсесивно-компульсивні симптоми мають бути розцінені як власні думки чи імпульси.

2. Існує принаймні одна думка або дія, з якою хворий безуспішно бореться (якщо з іншими він навіть вже повністю примирився).

3. Думка про виконання нав'язливої дії не має бути сама по собі приємною для хворого. Водночас спостерігається деяке зменшення тривоги або напруженості після виконання ритуалу.

4. Нав'язливі думки, óбрази чи дії повторюються, порушуючи прагнення їхнього «носія» позбутися неприємного «супроводу».

5. Зрештою, має бути наявним порушення соціального функціонування особистості, а самі обсесивно-компульсивні розлади виступають в якості джерела дистресу.

На **неврастенії** окремо зупинятися не будемо. Зауважимо, що сьогодні погляд на неврастенію значно відрізняється від того, що домінував серед психіатрів попередньої генерації: більшість вважає неврастенію не окремим психогенним захворюванням, а одним із проявів на рівні астенічного синдрому малосимптомного (латентного) органічного ураження головного мозку.

***Для** неврозів дитячого віку **характерні переважання страхів, соматовегетативних (енурез, звичне блювання) та рухових розладів (тики, логоневроз, істеричні паралічі). Чим менше вік дитини, тим одноманітніша невротична картина.***

**ЛІКУВАННЯ НЕВРОЗІВ**

В лікуванні неврозів перевага віддається психотерапевтичним методам, спрямованим на дезактуалізацію або усунення для хворого стресора, що спричинив розлад. Методи психотерапії — різноманітні. Наприклад, техніка психосинтезу дозволяє немовби сформувати нову, стресостійку особистість, концентруючи її навколо нового «ядра». Якщо жінці проведено гістеректомію і це призвело до тяжкого невротичного розладу, психотерапевт намагається знайти в її душі ті приховані якості та інтереси, які згодом стануть визначати

провідну мотивацію, для якої наслідки операції вже не матимуть суттєвого значення (наприклад, переорієнтація хворої на виховну роботу з «важкими» підлітками або захоплення сучасним кінематографом тощо). Позитивістські техніки спрямовані на те, щоб внутрішній або зовнішній конфлікт не сприймався хворим як деструктивний, а, навпаки, набув рис «двигуна» прогресивного розвитку. Завданням психодинамічного підходу (основа його — класичний психоаналіз) є, з одного боку, виявлення тих прихованих в глибині підсвідомості переживань пацієнта, які призвели до неврозу, а, з другого боку, надання йому можливості відреагувати, тобто викликати катарсис. Якщо домінуючою в клінічній картині є тривога, рекомендують медикаменти протитривожної дії — найчастіше це бензодіазепіни (діазепам, хлордіазепоксид, ксанакс або феназепам), транквілізатори інших груп (андаксин) чи препарати рослинного походження (персен, деприм). Фізіотерапевтичні процедури застосовують в комплексі з іншими методами лікування тільки як допоміжний засіб.

*РЕАКЦІЯ НА ТЯЖКИЙ СТРЕС ТА ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ*

Головною відмінністю цієї групи розладів є те, що існує їх чітка причина: виключно інтенсивна травмуюча життєва подія або хронічна психотравмуюча ситуація (нехай навіть невеликої сили). Безумовне значення має індивідуальна чутливість до стресу взагалі та особистісна значущість конкретної події для суб’єкта. Як і у випадку екзогенно-органічних психічних розладів, конкретна форма порушення психічної діяльності визначається настільки конкретною причиною, наскільки терміном між дією стресора та реакцією на нього і, головне, індивідуальністю хворого. Виділяють гостру реакцію на стрес, посттравматичний стресовий розлад та розлад адаптації.

**Гостра реакція на стрес** відрізняється короткочасністю — до 3 діб після дії стресора надзвичайної сили (загибель когось із близьких). Клінічна картина неоднорідна, може змінюватися навіть протягом такого короткого часу. Спочатку спостерігається стан своєрідної «оглушеності» (порівняйте з відключеннями свідомості при гострому органічному ураженні мозку) з порушенням орієнтування в просторі й особливо — в часі, значним

погіршанням уваги, неможливістю її сконцентрувати та втратою здатності до критично адекватного усвідомлення змісту поточних подій. Поле свідомості найчастіше дещо звужується. Можуть бути наявні вегетативні симптоми — такі, як і при панічній тривозі. Амнезія епізоду, що стосується психотравми, — часткова.

Клініка **посттравматичного стресового розладу** містить епізоди повторюваного переживання травми у вигляді нав'язливих ремінісценцій, сновидінь чи кошмарів, які виникають на фоні хронічного відчуття «заціпеніння» та притуплення емоцій, на фоні відчуження та ангедонії. Хворі уникають ситуацій, які можуть нагадати їм про пережите. Якщо будь-що раптово нагадує про травму, ймовірні неочікувані, часто незрозумілі для оточуючих (якщо вони не знайомі з обставинами та змістом пережитих подій) спалахи гніву або страху. Як правило, спостерігають стан підвищеної вегетативної збудливості з тенденцією до зростання рівня загальної бадьорості. Хворі активні, особливо в суспільному житті; вони намагаються бути корисними іншим, витрачають менше часу на сон та відпочинок, перебувають в безперервному русі тощо (пригадаємо головну героїню французького фільму «Три кольори: синій», яка пережила загибель чоловіка та дитини, але не втратила потребу жити — режисер кілька разів протягом фільму показує її в плавальному басейні, де вона наодинці наполегливо перетинає водну гладь з одного кінця в другий).

До факультативних симптомів розладу належать депресія та суїцидальна налаштованість. Часто зустрічається вторинна алкоголізація, але темп формування синдрому залежності уповільнений. Початок розладу, як правило, — після певного латентного періоду, а перебіг — оборотний (настає поступова дезактуалізація психотравмуючих переживань). Винятком є ті випадки, коли розвивається хронічна зміна особистості після переживання катастрофи.

При **розладі адаптації** стресовий фактор уражує інтегральність соціальних зв'язків хворого або навіть більш широку систему соціальної підтримки та соціальних цінностей. Зрозуміло, що цей розлад найчастіше має спостерігатися у біженців або емігрантів. Його клінічна картина досить різноманітна, вона

містить депресивний настрій, тривогу, неспокій, відчуття неспроможності впоратися з ситуацією, що склалася, а звідси — небажання залишатися в ній. Спостерігається також редукція здатності людини планувати свої дії; поряд з цим знижується продуктивність праці. У підлітків цей розлад часто проявляється деліквентною поведінкою, скоєнням антисоціальних вчинків, які не були притаманні їм до докорінної зміни умов життя.

Починаючи з 80-х років XX ст., поширюються соціальні проблеми та кримінальність поведінки юнаків — вихідців з Близького Сходу та Африки, які переїхали з батьками до більш розвинених економічно європейських країн. В багатьох випадках це є проявом саме розладу адаптації, тим більше, що згадані патерни не відповідають тій субкультурі, в якій відбувалося виховання цих дітей до еміграції разом з батьками в Європу. У підлітків особливо може спостерігатися диссоціальна поведінка. У дітей молодшого віку при розладі адаптації можуть спостерігатися такі факультативні симптоми, як енурез, дитяча вимова, що закріплюється на довгі часи, або смоктання пальця. Для діагностики цього розладу важливо, що його тривалість не повинна перевищувати 6 міс (винятком є пролонгована депресивна реакція, що може спостерігатися у хворого до 2 років).

Підсумуємо діагностичні критерії гострої реакції на стрес, оскільки це є важливим для диференційної діагностики:

1. Обов’язковий та чітко видимий зв’язок між впливом незвичайної сили стресора та початком симптоматики.

2. Раптовий (або через кілька хвилин після стресу) початок розладу.

3. Змішана та надзвичайно мінлива клінічна картина. Так, до ініціального стану оглушення можуть приєднатися депресія, тривога, гнів, відчай, неупорядкована гіперактивність або, навпаки, соціальна відгородженість.

4. Жоден із симптомів не є таким суттєвим та домінуючим, щоб можна було говорити про якийсь більш специфічний діагноз.

5. Вербальна продукція хворого прямо або опосередковано відбиває зміст психотравмуючих обставин.

Реакції припиняються швидко (протягом кількох годин), звичайно, якщо

можливим є усунення, припинення дії стресових обставин.

Лікування гострої реакції на стрес передбачає ізоляцію хворого від психотравмуючих обставин, а, якщо це не є можливим (наприклад, трагічна загибель когось із близьких та наступна процедура ідентифікації тіла), можна рекомендувати хворому препарати, що зменшують тривогу, страх та загальну психомоторну активність (феназепам, андаксин, еглоніл, флуанксол, сероквель тощо). Для досягнення певної глибини та тривалості сну бажаним є застосування снодійних (нітразепам, він же — еуноктин, івадал, тощо). Небажано призначати антидепресанти та нейролептичні засоби з сильною гальмівною дією, оскільки перші будуть погіршувати стан хворого через обов'язковість вегетативних побічних симптомів (вже не кажучи про те, що будь-які антидепресанти починають діяти не з першого дня, а після періоду накопичення в синапсах певних нейромедіаторів), а другі —можуть викликати депресію з наступним суїцидом.

**ДИСОЦІАТИВНІ (КОНВЕРСИВНІ) РОЗЛАДИ**

Загальні ознаки, притаманні всім дисоціативним, або конверсивним (стара назва — істеричним) розладам, полягають в тому, що у особистості спостерігається часткова або повна втрата нормальної інтеграції між пам'яттю на минуле, усвідомленням власної ідентичності, з одного боку, та поведінковими актами, з іншого. Термін «конверсія» вживається в тому розумінні, що наявний неприємний емоційний стан, спричинений проблемами та конфліктами, які трансформуються в симптоми, оскільки людина не в змозі їх розв'язати.

При дисоціативних розладах виділяють таки стани:

1. Дисоціативна амнезія — втрата пам'яті на події травмуючого змісту.

2. Дисоціативний ступор — той самий ступор, але спричинений винятково психотравмуючими обставинами.

3. Транси та стани оволодіння — дисоціативні розлади свідомості, при яких людина відчуває себе керованою ззовні і не здатною протистояти чужій волі (не плутати с психологічними автоматизмами).

4. Дисоціативні розлади моторики — втрата здатності до цілеспрямованих

дій і навіть самостійного пересування під дією психотравмуючих обставин. В більш легких випадках вони обмежуються дисоціативною афонією (клубок в горлі).

5. Дисоціативні судоми — це напади істеричного характеру; їх слід відрізняти від епілептичних, оскільки лікування тих та інших принципово різне.

6. Дисоціативна анестезія — втрата чутливості під дією психогеній. Її особливістю є невідповідність зонам іннервації (за типом «панчіх» або «рукавичок»).

7. Синдром Ганзера — це психогенне порушення свідомості з характерною тріадою: мимоговоріння, пуерилізм та істеричне тремтіння.

8. Розлад множинної особистості — хворий під дією стресових впливів відчуває себе роздвоєним, нібито в ньому співіснують дві окремі людини, які в різних ситуаціях поводяться по-різному.

Отже, серед конверсивних розладів є такі, що не виходять за межі амбулаторної практики (наприклад, дисоціативна анестезія), але є і справжні психози, які потребують госпіталізації хворого (синдром Ганзера чи дисоціативний ступор). Саме в цьому полягає особливість сучасної класифікації.

**Рекомендована література:**

1. Психіатрія і наркологія: підручник (ВНЗ IV р. а.) / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. — 2-е вид., переробл. і допов. – К.: «Медицина», 2015.- 512с.

2. Психіатрія і наркологія: нац. підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. / Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков та ін., за ред. О. К. Напрєєнко. - Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. - 3-е вид., випр. - Київ: Медицина, 2017. - 422с.

3. Дитяча психіатрія: підручник / Г.М. Кожина, В.Д. Мішиєв, В.І.Коростій та інші.; за ред. Г.М.Кожиної, В.Д. Мішиєва. – К.: ВСВ «Медицина», 2014. – 376с.

4. Психіатрія і наркологія: Підручник для мед. учил., коледжів, акад., інст. медс-ва. — 2-ге вид., випр. Затверджено МОЗ // І.І. Погорєлов, О.Д. Манаєнкова. — К., 2018. — 320с.

5. Психіатрія: Підручник / За ред. В.М. Козідубової, В.М. Кузнєцова, В.А. Вербенко, Л.М. Юр'євої, О.О. Фільца, І.О. Бабюка. — Харків: Оберіг, 2013. — 1164с.

6. А.М. Скрипніков, Л.В. Животовська, Л.А. Боднар, Г.Т. Сонник Психіатрія та наркологія. Навчально-методичний посібник – К.: Видавництво «Медицина», 2019. - 224с.

7. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці: Навч. посіб. для студ. мед. ЗВО, інтернів, сімей. лікарів. Затверджено вченою радою ХНМУ / Г.М. Кожина, Н.О. Марута, Л.М. Юр'єва та ін. — К., 2019. — 344с.

8. Посттравматичний стресовий розлад: посібник / Венгер О.П, Ястремська С.О. – Т. 2019. — 264с.

9. Психіатрія особливого періоду: навч. посіб. для лікарів і психологів, лікарів-інтернів, лікарів-слухачів закл. (фак.) післядиплом. освіти / Ю. В. Рум'янцев, О. Г. Сиропятов, Г. В. Осьодло та ін.; Військ.-мед. департамент МО України, Укр. військ.-мед. акад. - 2-е вид., перероб. і доп. - К.: Леся, 2015. - 226с.

10. Лікування та профілактика COVID-19. Охорона психічного здоров'я в умовах пандемії. Навчальний посібник для здобувачів, інтернів (українська

мова).Рекомендовано вченою радою ДМА. Відповідає типовій навчальній програмі. /за ред. проф., д.м.н. Абатурова О.Є. та проф., д.м.н.Юр'євої Л.М. – Л. 2020. — 296с.

11. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика. Навчальний посібник для лікарів-психіатрів, сімейних лікарів та медичних психологів // За ред. професора Л.М.Юр'євої. – К.: Видавництво ТОВ «Галерея Принт», 2017. – 174с.

12. Синопсис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основ них психічних розладів у дітей та підлітків // перекл. з англійської; упор. та наук. ред. Леся Підлісецька. (Серія Психологія. Психіатрія. Психотерапія»). - Львів: Видавництво Українського католицького університету, 2014. - 112с.

13. Шизофренія. Класифікація, діагностика, лікування Козідубова В.М., Долуда С.М., Баричева Е.М., Брагін Р.Б., Гончаров В.Є., Шейніна Т.Л., Гурницький О.В. Навчальний посібник Харків: ХМАПО, 2015 р. - 49с.

14. Адиктологія. Навчальний посібник для лікарів наркологів, психіатрів, загальної практики-сімейна медицина та лікарів-інтернів // Під ред. проф. Л. М. Юр'євої. Видання друге, перероблене і доповнене – Дніпро, 2018. –185с.

15. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика. Навчальний посібник для лікарів-психіатрів, сімейних лікарів та медичних психологів// За ред. професора Л.М.Юр'євої. – К.: Видавництво ТОВ «Галерея Принт», 2017. – 174с.