

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 САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ЗДОБУВАЧІВ
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

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.

Тема СРЗ: «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, реєстри 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.

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. Бехтерева 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 «Избранные разделы клинической психиатрии» (приват-доцента Б. І. Воротинського) та «Курс душевных болезней на почве общих неврозов» (приват-доцента В. І. Руднева).

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. ХХ 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. Бехтерева. 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 невробами 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.

Тема СРЗ: «Методи психіатричного дослідження. Нормативно-правова база, протоколи надання медичної допомоги, ведення медичної документації».

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, астеничні 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 цят — 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 співдружних 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 акомодацию. Вузькі зіниці частіше бувають у людей похилого віку, при деяких органічних ураженнях структур мозку. Широкі зіниці спостерігаються при тяжких депресивних станах, отруєнні атропіном, кокаїном, скополамином. 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 рефлексі з верхніх кінцівок, захисні підошовні рефлексі, 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 сидлі 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 пальцевих вдавлень, збільшення порожнини та поглиблення турецького сидла, остеопороз елементів його, сплюснення 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-фізіологічного 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 іризації 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.

Тема СРЗ: «Загальна характеристика психогенних захворювань. Психогенні захворювання та невротичні розлади в контексті невиліковного захворювання. Розлади адаптації».

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

Назви ізолюваних 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 ізолюваних фобій страх об'єктів побоювання залишається стабільним. Страх крові та тілесних ушкоджень відрізняється від інших появою брадикардії (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 депримуєчий 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 відчують 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.

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 підґрунтя (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.

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНИЙ РОЗЛАД

Головним проявом захворювань цієї групи є обсесивні (нав'язливі) думки, які стереотипно повторюються. Ці ідеї дуже важко 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 образи, ані потяги, ані ідеї не супроводжуються відчуттям нав'язування ззовні якоюсь магічною силою, впевненістю у тому, що сам хворий є об'єктом керування 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, потім 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 річниця видатних подій — не щось інше, як прояви

ритуального мислення. Вшанування ювілярів — це ритуал, якого всі покійрно дотримуються, не усвідомлюючи, що таким чином люди підкреслюють своє бажання зберегти життя людини, яка вже досягла певного віку, від можливих подальших нещастів 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 obsesіями. 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 obsesивні думки, але, на жаль, обидва прояви у одного і того ж хворого, як правило, співіснують.

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

1. Obsesивно-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, образи чи дії повторюються, порушуючи прагнення їхнього «носія» позбутися неприємного «супроводу».
5. Зрештою, має бути наявним порушення соціального функціонування особистості, а самі obsesивно-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 важкого 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.

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 такі 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 з 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 психогенів. 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: в ній доволі часто «розмиваються» кордони між психотичним і допсихотичним рівнями реагування.

Тема СРЗ: «Розлади адаптації: гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), бойова психічна травма, включно внаслідок катування та насильства (зокрема статевого). Загальна характеристика, класифікація».

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 погіршенням 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

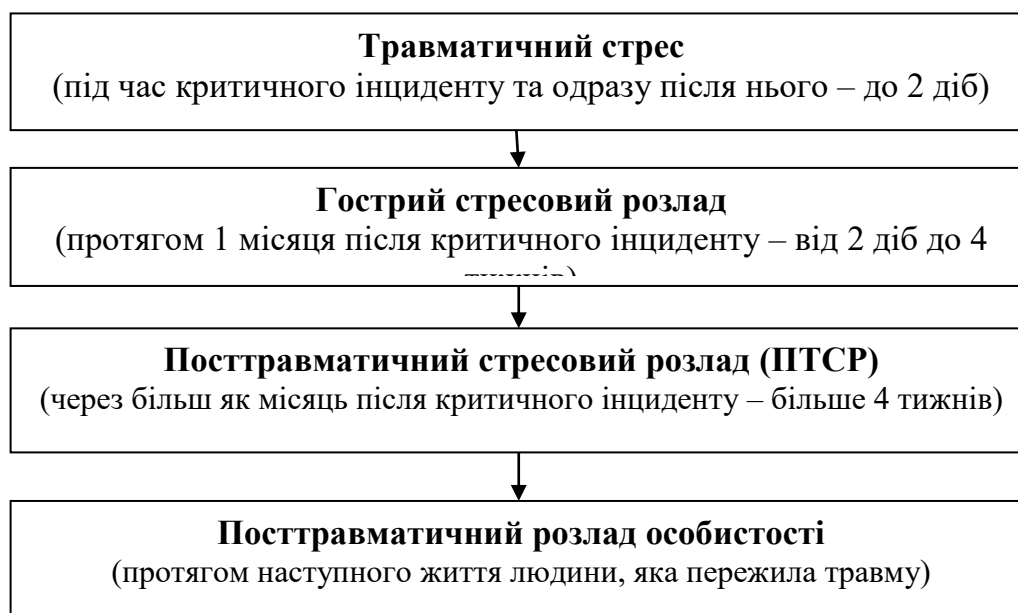
рекомендувати хворому препарати, що зменшують тривогу, страх та загальну психомоторну активність (феназепам, андаксин, еглоніл, флуанксол, сероквель тощо). Для досягнення певної глибини та тривалості сну бажаним є застосування снодійних (нітразепам, він же — еуноктин, івадал, тощо). Небажано призначати 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.

Клінічна сутність поняття «Бойова психічна травма»

Бойова психічна травма (БПТ) займає значне місце в структурі бойових уражень. Вона в 3-4 рази збільшує психічну захворюваність в армії і на 10-50% послаблює боєздатність збройних сил.

Бойова психічна травма розглядається як патологічний стан ЦНС, особливості патогенезу та феноменології якого визначає специфічність зовнішніх етіологічних причин та внутрішніх умов, що змінюються під їх впливом.

Послідовність розвитку та тривалість клінічних форм БПТ



Клінічні прояви бойової психічної травми

Гостра реакція на бойовий стрес. Перебування в районі бойових дій супроводжується комплексним впливом ряду таких факторів:

- чітко усвідомлене відчуття загрози для життя, так званий біологічний страх смерті, поранення, болю, інвалідності;
- стрес, який ні з чим не можна порівняти, що виникає у безпосереднього учасника бойових дій; поряд з цим проявляється психоемоційний стрес, пов'язаний зі смертю товаришів по зброї або з необхідністю вбивати;
- вплив специфічних факторів бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпів дії, раптовість, невизначеність, новизна);
- негоди та позбавлення – відсутність повноцінного сну, дефіцит води та харчів;
- незвичні для учасника бойових дій кліматичні умови та рельєф місцевості, гіпоксія, спека, підвищена інсоляція та ін.

Бойовий стрес розвивається згідно певних закономірностей. У прогнозованій ситуації людина відповідає послідовними вчинками, що формують поведінку. При подіях, що загрожують життю, негайну реакцію людини, в першу чергу, визначають інстинкти (збереження, продовження роду), фізичні та психічні особливості особистості. Описані два варіанти гострої реакції та стрес.

Перший варіант і найбільш частий – це **психомоторне збудження**, що проявляється зайвими, швидкими, іноді недоцільними рухами. У таких випадках звужується об'єм уваги, що проявляється погіршенням утримання у полі довільної цілеспрямованої діяльності значної кількості уявлень і здатності оперувати ними. Спостерігається погіршення концентрації уваги. Окрім того, має місце погіршення відтворення інформації, яка була отримана у постстресовий період, що пов'язане з розладами короткотермінової пам'яті. Темп мови прискорюється, голос стає голосним, маломодульованим. Часто повторюються одні й ті ж фрази, іноді мова носить характер монологу. Судження поверхневі, іноді позбавлені значеннєвого навантаження. Військовослужбовцям із гострим психомоторним збудженням важко знаходитись у одному положенні: вони то лежать, то встають, то безцільно

пересуваються. Окрім того, у таких осіб спостерігаються вегетативні розлади – тахікардія, підвищення артеріального тиску, що не супроводжуються погіршенням стану або головним болем, гіперемія обличчя, надмірне потовиділення, іноді виникає відчуття спраги або голоду. Одночасно з цим можуть виникати поліурія та пронос.

Критерієм переходу психологічної реакції на стрес у психопатологічну, що потребує медичного (психіатричного) втручання, при гіперкінетичному варіанті гострої реакції на стрес є дезорганізація поведінки з неадекватними і небезпечними для життя вчинками, обманами сприйняття, різким психомоторним збудженням. У таких випадках клінічна картина описується класичною психіатрією як «реактивний психоз».

При другій, більш тяжкій формі гострої реакції на стрес, відбувається ***уповільнення психічної та моторної активності***. Одночасно з цим мають місце деперсоналізаційно-дереалізаційні розлади, що проявляються відчуттям відчуженості власної особистості та реального світу. Оточуючі предмети сприймаються як змінені, а в ряді випадків – як нереальні, «неживі». Змінюється і сприйняття звуків. Голоси людей втрачають свої характеристики (індивідуальність, специфічність). Виникає відчуття зміни відстані між різними оточуючими предметами – метаморфопсії. При гіподинамічному варіанті гострої стресової реакції комбатанти проявляють розгубленість, ігнорують команди та звернену до них мову, скарг не мають, відповідають на всі запитання тихим мало модульованим голосом. При патологічних варіантах гіподинамічної реакції на стрес людина лежить із закритими очима, не реагує на оточення. Всі реакції організму сповільнені, зіниця в'яло реагує на світло, дихання сповільнене, безшумне, поверхневе.

Після редукації гострої реакції на стрес, коли реальна загроза зникає, настає перехідний період, перебіг і тривалість якого залежать від типу перенесеної бойової ситуації. У перехідному періоді комбатант скарг не пред'являє і за допомогою не звертається. У цей період спостерігаються розлади сну, зміна харчової поведінки, зменшується вага тіла, збільшується частота пульсу та дихання, що не пов'язані із фізичним навантаженням, підвищується

артеріальний тиск. Має місце, не помічене об'єктивно, внутрішнє емоційне напруження. Спостерігаються раніше нехарактерні особистості нерішучість і бажання перекладати прийняття відповідальних рішень на інших осіб. При вірогідному повторенні стресової ситуації підсилюються вегетативні зміни, змінюється і особистість в бік деривації моралі, загострюються психосоматози та іпохондрична фіксація на неприємних відчуттях. Оскільки континуальний стрес викликає більш глибокі зміни у вигляді психосоматичних розладів і загрожує розвитком ПТСР, термін перебування у місії ООН при розвитку психічних розладів у комбатанта – миротворця обмежується 30-ма днями. Перехідний період в залежності від тяжкості та тривалості континуального стресу може тривати від 15 до 30 діб. У подальшому у деяких випадках розвивається ПТСР. До числа факторів, що полегшують захист від ПТСР, відносять здатність комбатанта до емоційного самоконтролю, наявність хорошої самооцінки, здатність до своєчасної інтеграції травматичного досвіду інших в своє життя, а також наявність хорошої соціальної підтримки. Наявність у миротворців зазначених соціально-психологічних якостей захищає їх від глибоких і незворотніх змін психіки, пов'язаних з бойовим стресом.

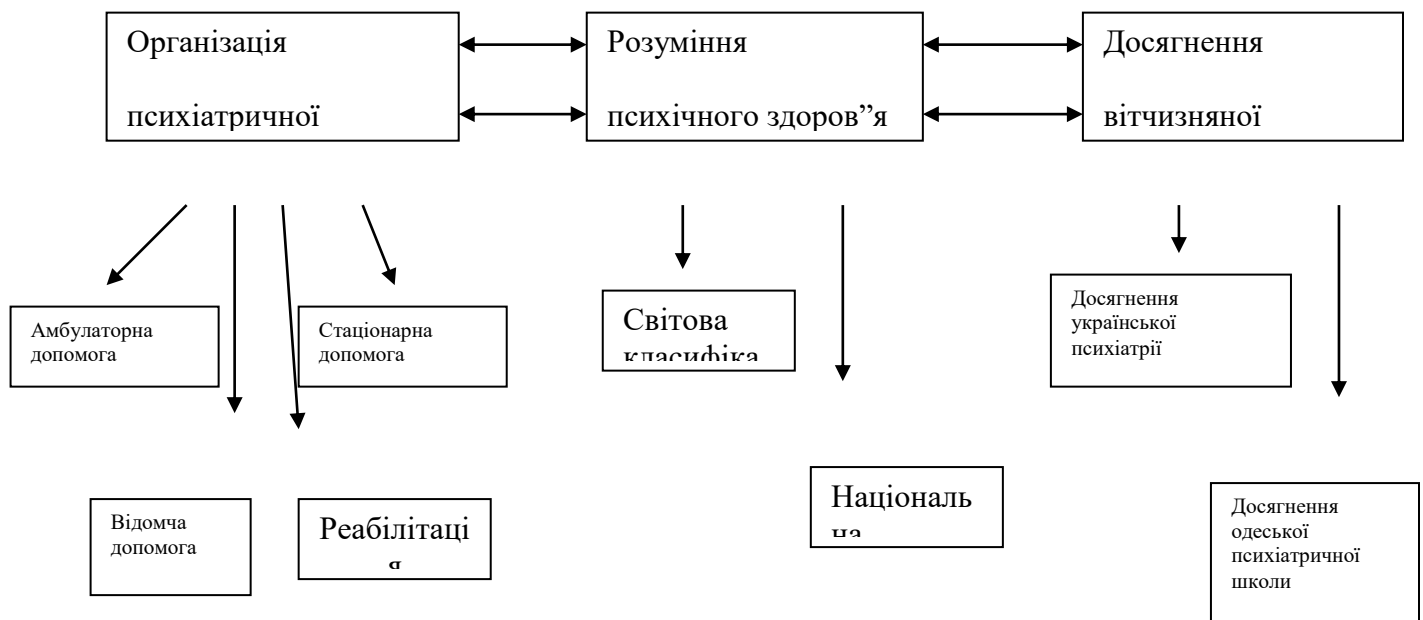
Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Вперше ПТСР був описаний у США на основі тривалого вивчення психічного стану американських солдатів-ветеранів В'єтнамської війни. У 1980 р. поняття «посттравматичний стресовий розлад» було прийняте, як чітка та обґрунтована діагностична категорія. ПТСР можна визначити як стан, що розвивається у людини, яка зазнала інтенсивного психоемоційного стресу, що здатний бути травматичним для будь-якої особистості. Виділення ПТСР, як окремої нозологічної групи, має значення для прогнозування її розвитку в учасників бойових дій і для розробки необхідних в таких випадках спеціальних профілактичних і реабілітаційних програм.

До важливих факторів ризику розвитку ПТСР відносять особливості особистості, включаючи риси дисоціальної поведінки, а також розвиток алкогольної та наркотичної залежності. Це зменшує адаптивність особистості до подолання травматичних стресових переживань. Наявність в анамнезі

психологічних травм (наприклад, фізичного насилля в дитинстві, нещасних випадків у минулому) може збільшити ризик того, що після чергової травматичної події виникне ПТСР. Певний ризик має і нещасливе дитинство та психічна патологія у членів сім'ї. Необхідно також враховувати й вік хворого. Тяжче дається подолання екстремальних ситуацій молоді та людям похилого віку. До факторів, що полегшують захист від ПТСР, відносять здатність хворого до емоційного самоконтролю, наявність хорошої самооцінки, здатність до своєчасного інтегрування травматичного досвіду інших в своє життя, а також наявність хорошої соціальної підтримки. Якщо розглядати контингент учасників бойових дій, то ПТСР – синдром віддалених у часі від перебування у травматичній ситуації специфічних реакцій з нашаровуванням вторинних стресів – спостерігається серед практично здорових ветеранів війни в Афганістані в 18,6%; хронічно хворих – у 41,7%; інвалідів – у 56,2%.

Тема СРЗ 5: «Структура амбулаторної і стаціонарної допомоги в психіатрії і наркології. Загальні принципи лікування, реабілітації та експертизи психічних захворювань і розладів. Психотерапія».

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ



Психіатрична допомога базується на основі принципів законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями (ст. 4. **Закону України «Про психіатричну допомогу»**). Психічно хвора людина часто не усвідомлює свого захворювання і може скласти небезпеку як для себе, так і для оточення. Тому невідкладність психіатричної допомоги часто є суперечною бажанню хворого. В таких випадках дії лікаря регламентуються статтями Закону України «Про психіатричну допомогу».

Особлива роль у діагностиці і лікуванні хворих належить амбулаторним службам психічного здоров'я. Зазвичай більша частина хворих починає і закінчує лікування амбулаторне і лише незначна частина їх — до 10 % — потребує стаціонарного лікування. До психіатричної клініки госпіталізують, головним чином, хворих з тяжкими психічними розладами.

До основних принципів організації психіатричної допомоги в сучасних умовах належать:

- розвиток переважно амбулаторної психіатричної мережі;
- інтеграція психіатричних і загальнесоматичних служб охорони здоров'я;
- максимальне наближення допомоги до пацієнта;
- інтенсифікація лікування за допомогою сучасних медикаментозно-біологічних методів та психофармпрепаратів;
- підвищення ролі особистісно орієнтованих лікувально-діагностичних підходів;
- мінімальна ізоляція психічно хворих від соціального оточення та пом'якшення медикосоціальних наслідків психічних недуг;
- спадкоємність у діяльності загальнолікарняної й психіатричної мереж, а також усіх інших установ і організацій, що беруть участь в охороні психічного здоров'я населення;

- широке впровадження в психіатричну практику соціальних форм і методів лікування хворих, сприяння відновленню їхнього соціального і особистого статусу;
- забезпечення прав та свобод осіб з психічними розладами;
- вжиття психогігієнічних та 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 й 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 розробляють у науководослідних інститутах, на психіатричних кафедрах 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.

Кожна психіатрична лікарня закріплена за окремою територією, має відповідний радіус обслуговування і розрахована на певну кількість хворих, Оптимальний розмір сучасної лікарні сягає 800-1300 ліжок. Як і в лікарнях загального профілю, до структури психіатричної клініки входять приймальне і різноманітні лікувально-діагностичні відділення та допоміжні підрозділи. 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 розподіляють на загальнопсихіатричні й спеціалізовані. В свою чергу, до їхнього складу входять заклади для дорослих і дітей, чоловіків і жінок, а до складу вузькоспеціалізованих — геронтопсихіатричні, соматопсихіатричні, епілептологічні, для судово-психіатричної експертизи, примусового лікування, інфекційні, туберкульозні, госпітальні, реабілітаційні, психосоматичні та ін. Крім того, профіль відділення може визначатися на підставі того, яким методам надають там перевагу — медикаментозно-біологічним чи соціальним. Зазвичай у відділенні перебувають хворі однієї статі. Проте в деяких клініках у одному відділенні перебувають і чоловіки, і жінки. Спеціалізація відділень буває й такою: відділення лікувально-діагностичні (для первинних хворих); відділення активної терапії (для повторних хворих із загостренням недуги, які потребують активного лікування, переважно медикаментозно-біологічними методами); відділення соціальної терапії (для хворих з хронічними рецидивними психозами, котрі потребують підтримки і, насамперед, соціально-психологічної реабілітації). Крім того, є також інші спеціалізовані відділення. У складі психіатричних лікарень можуть відкривати також наркологічні диспансери зі стаціонарами чи наркологічні клініки або ж відповідні відділення. Всім хворим, що перебувають на лікуванні в стаціонарі, залежно від їхнього психічного і соматичного стану поряд із медикаментозно-біологічним лікуванням призначають відповідний режим, а саме: обмежувальний; диференційованого спостереження; відкритий; напівстаціонарний (денний стаціонар) або часткової госпіталізації.

Режим призначає лікар-психіатр ще в приймальному відділенні. Його розпорядження обов'язково фіксують у медичній документації. Від режиму, який періодично переглядають з урахуванням стану хворого, залежать подальші лікарські призначення. В межах відділення розташовують хворих у палатах диференційовано. Пересування їх без крайньої потреби не обмежується. Це дає змогу запобігти можливим ексцесам під час психомоторного

збудження хворих або в разі намагання заподіяти собі чи сусідам якусь шкоду (суїцид, агресія, гомоцид і т. ін.).

Сучасна психіатрична лікарня повинна мати не лише міцну лікувально-діагностичну базу, нову медичну техніку і апаратуру, а й належні побутово-житлові умови, аби хворі почувалися зручно. Традиційних донедавна психіатричних атрибутів у вигляді спеціальних пристроїв, ґрат, замків тощо слід уникати. Внутрішнє планування приміщень, у тому числі палат і лікувально-діагностичних кабінетів, їх меблювання не повинні відрізнятися від оснащення звичайних лікарень. Крім того, було б добре, аби кожна психіатрична клініка мала клуб, спортивні зали, майданчики, тенісні корти, дендропарк, культові споруди, комплекс магазинів і кафе, службу побутового сервісу і т. ін. Правила внутрішнього розпорядку для хворих і відвідувачів мають ґрунтуватися на принципах партнерства, взаємодопомоги, дотримання прав і свобод людини.

В останні десятиріччя спостерігається тенденція до так званої деінституціалізації (максимальне виведення пацієнтів за межі лікарні), доведення розмірів психіатричних лікарень до 300—500 ліжок. Ліквідують засоби штучного обмеження свободи пацієнтів. Клініки розглядають як місце не ізоляції хворого, а тимчасового перебування на час лікування. Палати розраховані не більш як на 1—3 особи, з усіма комунальними службами, а стаціонарні відділення планують не більш як на 20—30 ліжок, з денними стаціонарами, кімнатами відпочинку, спеціальними приміщеннями для розваг і дозвілля.

Неодмінною складовою заходів щодо відновлення соціального статусу хворих у психіатричній лікарні повинні бути засоби психотерапевтичного впливу та юридичні послуги. Слід прагнути, аби тривалість перебування хворих у стаціонарі в середньому обмежувалася двома тижнями. Потім їх виписують додому для підтримувальної терапії в амбулаторних умовах чи напівстаціонарного лікування в центрі психічного здоров'я або денних стаціонарах за місцем проживання. Лише деякі хворі потребують особливої уваги та спостереження за, їхньою поведінкою, аби своєчасно купірувати

загострення недуги. Пацієнтам з гострою психотичною симптоматикою призначають, головним чином, обмежувальний режим і медикаментозне лікування. Вони перебувають в окремих палатах під наглядом медичного персоналу.

У психіатрії поняття швидкої і невідкладної допомоги часто збігаються й існують переважно теоретично, бо буває складно наперед визначити послідовність дій бригади "Швидкої психіатричної допомоги", яка прибула на виклик. Тактика лікаря-психіатра на місці залежить насамперед від ситуації та конкретного психосоматичного стану пацієнта і його поведінки. Зазвичай негайного втручання психіатра потребують: хворі в стані психомоторного збудження різної етіології з імпульсивними та агресивними діями; з потьмаренням свідомості; під час гострих галюцинацій і параної; з депресією, що супроводжується страхом та суїцидальними тенденціями; у стані вираженої дисфорії. Таким хворим надають першу невідкладну допомогу шляхом уведення медикаментозних (психофармакологічних) препаратів, які знімають напад, і госпіталізують їх у психіатричний заклад.

Госпіталізацію у великих містах забезпечують бригади швидкої психіатричної допомоги, яка складається з лікаря-психіатра, фельдшера, санітара (молодша медична сестра) та водія. У районних центрах її проводять загальні бригади "Швидкої допомоги" за направленням лікарів-психіатрів або невропатологів. У сільській місцевості цю функцію виконують дільничні терапевти, фельдшери або медичні сестри фельдшерсько-акушерських чи медичних пунктів.

Недобровільну, або примусову, госпіталізацію проводять як невідкладну психіатричну допомогу без згоди пацієнта чи його законних представників силами медичного персоналу, а за потреби — з допомогою працівників міліції. Це буває тоді, коли є незаперечні ознаки розладу психіки, через що хворий стає антисоціальним, тобто небезпечним для себе й оточення. Але порушення психіки повинне бути безсумнівним і підтверджуватися діями і висловлюваннями пацієнта, тобто конкретними фактами. Тільки це дає підставу для примусової госпіталізації.

Отже, для виконання вимушених дій, передусім в інтересах душевнохворого, потрібно, аби медичний критерій невідкладної госпіталізації (явні розлади психіки) узгоджувався з юридичним або психологічним (пацієнт є небезпечним для себе чи оточення). Слід наголосити, що вирішуючи питання про невідкладну госпіталізацію, лікар не має права на сумнів під час оцінки чітких ознак психотичних симптомів та реальності потенціальної небезпеки хворого. При цьому важливо не помилитися. Лише реальна ситуація, факти, загроза, підтверджені об'єктивно, можуть бути підставою для конкретних дій медичного персоналу. У разі нехтування цими правилами може статися невинуватене порушення прав і свобод людини з усіма його наслідками як для хворого, так і для тих, хто мимоволі переступив межі закону.

Згідно з чинним законодавством, госпіталізована примусово особа, без згоди її самої чи законних представників (родичів, опікуна), протягом доби повинна бути оглянута комісією з трьох лікарів-психіатрів. Саме колегіальне вирішують питання про доцільність подальшого перебування пацієнта в психіатричній лікарні. В подальшому, для оформлення примусової госпіталізації в правовому порядку необхідно отримати узгодження судді за поданням лікаря. За потреби лікування продовжують до поліпшення психічного стану, про що головний лікар (завідувач відділення) повідомляє пацієнтові та його родичам. Якщо у хворого немає помітних розладів психіки, а є лише деякі відхилення, і він не є небезпечним, оскільки окремі симптоми психічних порушень не впливають на його поведінку, і він категорично відмовляється від лікування, його треба виписати з лікарні під патронаж: лікаря-психіатра чи інших медпрацівників за місцем проживання. Невідкладній госпіталізації в психіатричну лікарню не підлягають особи в стані сп'яніння чи інтоксикації наркотичними препаратами (крім психотичного стану).

Найгостріші психотичні стани можуть виникати при ендогенних (шизофренія, маніакально-депресивний психоз), екзогенних (унаслідок інфекції, травми, інтоксикації), психогенних (реактивні стани), вікових, органічних і судинних психозах, а також при епілепсії. Крім того, гострі психотичні стани іноді є наслідком ускладнень тяжких пологів та

післяопераційного періоду, тяжких соматичних захворювань і т. ін. Найефективніше психомоторне збудження купірується за допомогою психотропних препаратів, головним чином, нейролептичних у комплексі з транквілізаторами. Але залежно від етіології і типу, збудження можна застосовувати також антидепресанти і антиконвульсанти тощо.

Серед психомоторних збуджень найпоширеніші такі: галюцинаторно-параноїдне, деліріозне, аментивне, кататонічне, гебефренічне, епілептичне, психопатичне, маніакальне, депресивне, ажитована депресія та ін.

Під час невідкладної госпіталізації хворого може виникнути потреба у примусовому введенні медикаментів. Та передусім спочатку потрібно запропонувати йому добровільно прийняти ліки, дати відвезти себе до лікарні. Коли ж хворий відмовляється, слід, тримаючи його за плечі й лікті, покласти на ліжку і ввести внутрішньом'язово препарати. Під час супроводу до автомашини хворого тримають з обох боків за плечі і руки. Продовжуючи тримати, кладуть його на носилки й везуть до приймального відділення. В особливо небезпечних випадках з госпіталізацією займається бригада "Швидкої допомоги" разом із працівниками міліції.

У психіатричну лікарню госпіталізують хворих з гострим розладами психіки чи хронічним перебігом хвороби в стадії загострення, тоді як у стаціонарних відділеннях психоневрологічних диспансерів, центрів чи психіатричних відділень лікарень загального профілю лікують переважно пацієнтів з порушенням психіки непсихотичного характеру. Така патологія буває внаслідок різних соматичних недуг. Тут лікують і хворих з психозами, що не потребують перебування в умовах психіатричного закладу. Зазвичай вони приходять самі або за наполяганням їхніх родичів.

Створення психіатричних відділень у складі районних і міських лікарень загального профілю виправдало себе. Це один із кроків до зближення психіатрії з загально-соматичною медициною. Згадана обставина має важливе соціально-реабілітаційне значення, бо в звичайній лікарні хворі практично не ізольовані від соціуму, користуються загальними правами контактують із родиною й друзями, що підвищує ефективність лікування. Організація подібних відділень

на 30—60 ліжок — важливе завдання стаціонарної психіатричної допомоги населенню.

Інтерес до поширення амбулаторної психіатричної допомоги продовжує в усьому світі зростати. І це відповідає сучасним вимогам до лікування психічних розладів. Крім економічних переваг не менш важливо зберегти соціальний статус, не втратити зв'язку з соціумом, тобто сім'єю, сусідами, колективом.

Завдання щодо забезпечення амбулаторної психіатричної допомоги покладають на психоневрологічні диспансери, психоневрологічні відділення широкопрофільних лікарень і кабінети поліклінік за місцем проживання пацієнтів.

Залежно від кількості обслуговуваного населення до складу обласного, районного, міського чи міжрайонного диспансера входять поліклініка і стаціонарні підрозділи, денні стаціонари лікувально-виробничі майстерні.

Основними функціями диспансерної служби є виявленню і облік психічно хворих, лікувально-консультативні, організаційно-методичні, соціально-реабілітаційні профілактичні та деякі інші види діяльності. Кожний диспансер закріплений за окремою територією, яка, у свою чергу, розбита на окремі лікарські ділянки для обслуговування дорослого й дитячого населення. Діляничний психіатр на ділянці виконує весь обсяг лікувально-діагностичної та профілактичної роботи згідно з діючим положенням. Відповідає за своєчасне виявлення, первинне обстеження чи огляд хворих, взяття їх на диспансерний та консультативний облік, лікування, зокрема, й для підтримування. Хворі, які перебувають на обліку, потребують постійного спостереження за ними. Крім того, лікар здійснює і заходи соціально-трудового та правового змісту, сприяє відновленню соціальних функцій пацієнта.

За останні роки в систему психіатричного обліку і диспансерного спостереження за хворими внесено істотні зміни. Більшої ваги набули питання демократизації та дотримання прав і свобод людини. Але незмінними залишаються головні завдання диспансерної роботи — повсякденне піклування про долю хворих з тяжким перебігом недуги, особливо про тих, хто в

хворобливому стані скоїв правопорушення, також про тих, хто через психічні розлади може вчинити антисоціальні дії.

Дільничний психіатр певну увагу має зосередити на роботі з відновлення працездатності хворих, а також патронажній справі як одній із форм реабілітації та утримання хворого в домашніх умовах (колективний патронаж).

Патронаж є одним із найдавніших способів пристосування хворих до життя за межами лікарні. Він і тепер продовжує відігравати значну роль. Патронаж оформляють між психіатричною установою, з одного боку, та фізичною чи юридичною особою (родичами, підприємством, колективним господарством) — з другого, як угоду на певний строк. В угоді вказують обов'язки щодо забезпечення догляду і лікування хворих та матеріального забезпечення обох сторін.

Лікувально-виробничі майстерні (ЛВМ) можуть функціонувати як заклади для трудової реадaptaції (працетерапії) хворих, трудового навчання, опанування нової професії або тимчасового працевлаштування.

Не менш важливу роль в амбулаторному лікуванні хворих відіграють денні стаціонари при психіатричних диспансерах чи лікарнях, у тому числі загальносоматичних. Це одна із складових системи, яка забезпечує безперервне і послідовне лікування хворих як з психотичними розладами в легкій формі, так і з непсихотичними станами. Перебуваючи у звичному соціальному середовищі, хворі в означений час приходять на лікування, після чого повертаються додому. Лікуються до поліпшення стану чи одужання.

Психіатричні кабінети бувають і в складі районних поліклінік або за відсутності психоневрологічних диспансерів — у районній лікарні. Районний психіатр виконує функції дільничного психіатра психоневрологічного диспансеру і підпорядковується безпосередньо головному лікареві лікарні чи поліклініки. Організаційно-методичне керівництво міськими і районними психоневрологічними диспансерами, відділеннями і кабінетами здійснюється через обласні психоневрологічні диспансери, диспансерні відділення облпсихлікарень чи центральні міські психоневрологічні диспансери — у великих містах.

У сільській місцевості психіатрична допомога має деякі особливості, оскільки радіус обслуговуваної території більший та менша густота населення. Центром психіатричної допомоги в районі є психоневрологічні відділення чи відповідні кабінети районної лікарні. Безпосередню участь у виявленні психічно хворих, взятті їх на облік та наданні медичної допомоги беруть сільські дільничні лікарі. Вони виконують призначення районного психіатра і ведуть спостереження за недужими. Разом із районним психіатром вирішують питання соціальної реабілітації і працевлаштування хворих, а якщо потрібно, переведення на інвалідність, організації підтримувального лікування, проведення відповідних профілактичних та психологічних заходів.

За сучасними тенденціями лікування психічно хворих орієнтоване на відновлення їхнього індивідуального 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 можливе на підставі використання чинного законодавства, проведення комплексних заходів медичного, соціально-економічного, психологічного, педагогічного, юридичного характеру.

Форми і методи реабілітації різноманітні. Це диференційовані форми і методи реабілітації різноманітні. Це диференційовані лікувальні режими, праце- та психотерапія, лікувальна фізкультура, культ- та мистецтвотерапія (арттерапія), спеціальні методи соціальної активізації хворих (самоорганізація, самообслуговування), профорієнтація, індивідуальні й колективні форми патронажу та ін.

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. На медичному етапі реабілітації намагаються ліквідувати продуктивні психопатологічні симптоми та запобігти розвитку госпіталізму (так званого лікарняного недоумства),

інвалідизації і соціальній недостатності. Професійний етап передбачає закріплення досягнутого терапевтичного ефекту і відновлення працездатності та соціальних зв'язків. Метод соціального етапу реабілітації спрямований на максимальне відновлення суспільного становища хворого і забезпечення соціальної адаптації й працевлаштування.

Вирішити ці завдання неможливо без чіткої індивідуальної комплексної програми психіатричної реабілітації, прийнятої для психіатричного закладу, міста, району, області. У програмі слід врахувати контингент хворих, соціально-економічні й демографічні чинники, структуру і функції установ психіатричного спрямування, зайнятість населення, відповідні законодавчі акти, можливості місцевих органів влади щодо працевлаштування.

Для виконання такої програми при психіатричних закладах і органах управління створюють спеціальні підрозділи, які мають забезпечувати аналіз інформації, координацію і контроль за реалізацією програми.

У проведенні реабілітації основна роль належить лікареві, отож під час розробки ним програми реабілітації слід брати до уваги індивідуальність, професію та інтереси хворого, особливості перебігу хвороби, клінічний і соціально-трудова прогноз тощо.

Ефективність реабілітації оцінюють за клініко-психологічними, соціально-трудова і соціально-економічними критеріями. Важливо охопити показники відновлення працездатності, структуру інвалідності, показання для регоспіталізації, ефективність використання ліжкового фонду, працевлаштування хворих і т. ін.

ПОНЯТТЯ ПРО ВІЙСЬКОВО-ПСИХІАТРИЧНУ ЕКСПЕРТИЗУ

Завдання військово-психіатричної експертизи — визначитись, чи здатна особа, у якої спостерігається той чи інший розлад психіки або поведінки, виконувати свій громадянський обов'язок по захисту Вітчизни, тобто проходити строкову службу в армії.

Розглянемо принцип військово-психіатричної експертизи на прикладі різних психічних розладів. Звичайно, директивні документи, на підставі яких проводитиметься військово-психіатрична експертиза, будуть змінюватися

залежно від оборонної доктрини держави (перехід на професійну армію), але сам принцип залишиться стабільним. Людина, яка за віком може служити в армії, але проявляє ті чи інші ознаки психічного або поведінкового розладу, визнається або придатною, або обмежено придатною (тобто може служити в нестрійових частинах, але тільки в воєнний час), або придатною до служби в лавах Збройних сил. При цьому провідне значення має не конкретний діагноз розладу, а ступінь його вираженості (легкий, помірний, тяжкий) та оборотності (повністю зникає під впливом лікування, схильне до рецидивів чи декомпенсації, стійке та призводить до соціальної дезадаптації). Якщо дитина страждає на дитячий аутизм або синдром Аспергера, то вона скоріше всього буде визнана непридатною до строкової служби або навчання у вищому військовому навчальному закладі, оскільки навіть у разі сприятливого перебігу розладу в складних умовах військової служби у неї дуже ймовірним буде зрив адаптації з наступною екзацербациєю хворобливої симптоматики.

Але особи з розладами особистості та поведінки у дорослих, прояви яких комісією психіатрів визнаються як легкі (інколи навіть помірні), можуть проходити військову службу в воєнний час, якщо вона не пов'язана з необхідністю ефективно взаємодіяти з багатьма іншими військовослужбовцями та адаптуватися в складних умовах армійського життя стрійових підрозділів. Скажімо, особи з шизоїдним розладом особистості можуть в критичний для країни час бойових дій виконувати ту чи іншу роботу в тилі частин (ремонтні підрозділи, забезпечення зв'язку, польова пошта тощо), а особи з істеричними рисами характеру можуть бути призвані на службу у воєнний час як обслуга пересувних пунктів харчування військовослужбовців, армійських складів або клубів для військовослужбовців. Підкреслимо, що в кожному конкретному випадку питання про придатність до служби в лавах Збройних сил вирішується індивідуально та комісійно.

ПОНЯТТЯ ПРО СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНУ ЕКСПЕРТИЗУ

Судово-психіатрична експертиза є особливим та дуже поширеним випадком експертизи, що проводиться в кримінальній або цивільній справі, яка має за мету встановлення:

- осудності суб'єкта протиправних дій (підозрюваного, звинувачуваного);
- дієздатності особи;
- психічного стану потерпілого чи свідка.

Судово-психіатрична експертиза проводиться комісією психіатрів-експертів амбулаторно або стаціонарно (інколи в залі судового засідання, куди викликається експерт). Окремими видами судово-психіатричної експертизи є посмертна і заочна.

Зупинимось на ключових поняттях судово-психіатричної експертизи.

Осудність — карно-правове поняття, яке характеризує суб'єкт злочину. Воно передбачене статтею 19 Кримінального кодексу України та полягає в тому, що особа, яка скоїла правопорушення, здатна розуміти значення своїх дій та (або) керувати ними. Осудність включає в себе 2 критерії: юридичний (психологічний) та медичний (біологічний). Перший саме й полягає в розумінні значення своїх дій (інтелектуальний компонент критерію) та здатності ними керувати (вольовий компонент). Другий критерій стосується психічного стану суб'єкта протиправних дій з позицій діагностики в нього того чи іншого психічного або поведінкового розладу відповідно до чинної в країні класифікації хвороб та інших розладів здоров'я (тобто МКХ-10). Особа, яка скоїла протиправні дії, але не здатна розуміти їх значення та (або) керувати ними внаслідок наявності у неї постійного або тимчасового психічного розладу (або психічного дефекту), визнається судом неосудною і звільняється від відповідальності. Замість цього вона визнається такою, що потребує примусового лікування. Термін, місце проведення та характер лікування (амбулаторне, стаціонарне) визначає суд, який на підставі подання судово-психіатричної експертної комісії кожні півроку переглядає необхідність його продовження чи припинення.

Не можуть бути покарані також особи, які скоїли злочин у стані осудності, але захворіли на психічний розлад під час слідства. Вони також потребують примусового лікування, але в разі одужання можуть бути покарані.

Як бачимо, навіть наявність такого безперечного психічного розладу, як шизофренія, у суб'єкта протиправних дій ще не визначає його неосудності,

якщо хворий у момент правопорушення знаходився в стані ремісії, міг вірно розуміти протиправний характер своїх дій та керувати ними. Частіше в подібних випадках фігурує поняття обмеженої (фактично — зменшеної) осудності (стаття 20 Кримінального кодексу України). Обмежена осудність не позбавляє особу відповідальності перед законом, але враховується судом як пом'якшуюча обставина.

Зауважимо, що, згідно зі статтею 21 Кримінального кодексу України, стан алкогольного, наркотичного чи токсикоманічного сп'яніння не позбавляє особу відповідальності за скоєні нею протиправні дії. Навпаки, суд може визнати такий стан як обставину, що обтяжує провину.

Основний принцип судово-психіатричної експертизи в громадянському процесі — це дотримання економічних інтересів психічно хворих.

В громадянському процесі вирішується питання дієздатності, тобто здатності особи розуміти свої громадянські права й обов'язки та усвідомлено вступати в майнові стосунки з державою чи іншими особами.

Розрізняють такі види дієздатності:

- часткова громадянська дієздатність дітей віком до 14 років;
- неповна громадянська дієздатність осіб віком 14–18 років;
- повна громадянська дієздатність.

Недієздатними визнаються особи, які внаслідок психічного розладу або дефектного стану (наприклад, недоумства) не здатні розуміти значення своїх дій та (або) керувати ними (статті 39–41 Громадянського кодексу України). Над такими особами встановлюється опіка. Опікун вступає замість особи, визнаної недієздатною, в майнові та інші стосунки.

Обмежено дієздатними визнаються особи (починаючи з 14-річного віку), які страждають на той чи інший психічний розлад, який суттєвим чином впливає на їхню здатність розуміти значення своїх дій та (або) керувати ними (статті 36–37 Громадянського Кодексу України). Над такими особами встановлюється піклування.

Суд може обмежити громадянську дієздатність особи, якщо вона зловживає психоактивними речовинами (наприклад, спиртними напоями),

отже, тим самим ставить себе, свою сім'ю чи осіб, яких вона за законом повинна утримувати, в тяжке матеріальне становище.

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-є 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. Погорелов, 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. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних 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.