

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології,
наркології та сексології

Затверджено на методичній нараді кафедри
психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології
Зав.кафедри д.мед.н., професор В.В.Чугунов

“ _____ ” _____ 2015 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

до самостійного заняття по темі «Органічні психічні розлади» для студентів 4
курсу медичного факультету
(спеціальність «Лікувальна справа» та «Педіатрія»)

I. Навчальні цілі заняття:

1.1. Студент повинен знати:

- Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади.
- Деменції різної етіології.
- Психічні розлади при соматичних, ендокринних, інфекційних захворюваннях.

- Види черепно-мозкових травм та класифікація травматичних розладів психічної діяльності. Етіопатогенез, патологічна анатомія та методи діагностики травматичної хвороби. Сомато-неврологічні розлади при ЧМТ.

Непсихотичні форми гострих травматичних психічних розладів. Травматичні психози гострого періоду та віддалені травматичні психічні розлади. Пізні травматичні психози. Особливості клінічних проявів травматичної хвороби у дітей.

1.2 Студент повинен уміти:

- Виявляти симптоми та синдроми психічних захворювань під час спілкування з хворим.
- Кваліфікувати їх характер та можливу динаміку.
- Правильно описувати психічний стан хворого в медичній документації.
- Проводити диференційну діагностику симптомів та синдромів.
- Надавати медичну допомогу при невідкладних станах.

II. Зміст самостійної роботи:

Розлади внаслідок органічного ураження головного мозку

Наслідки травм головного мозку проявляються переважно в різних інтелектуально-мнестичних, емоційних (афективних) і вольових порушеннях. Типовими для травматичного захворювання потрібно вважати такі форми психічної патології, як епізоди потьмареної свідомості, судомні випадки й інші пароксизми епілептичного кола, довготривалі чи періодичні психози

галюцинаторно-маячного характеру, стійкі зміни особи з формуванням систематизованих маячних ідей переслідування, ревнощів, сутяжного чи іпохондричного змісту. Кожний із проявів хвороби чи їх сукупність можуть бути визначаючим або додатковим фактором ризику протиправних дій.

Черепно-мозкові травми являють собою різні види і ступені механічного пошкодження кісток черепа, мозку, його оболонок і судин.

Традиційно розрізняють закриті (найчастіші) і відкриті варіанти черепно-мозкових травм. При закритих травмах зберігається замкненість внутрішньочерепної порожнини, при відкритих відбувається порушення цієї замкненості і внутрішньочерепна порожнина з'єднується з зовнішнім середовищем. В обох випадках ушкоджуюча дія на головний мозок визначається його струсом, забоем, пошкодженням мозкової тканини з розривом м'яких мозкових оболонок і здавленням (компресією) вилитою кров'ю. Нерідко всі патологічні явища розвиваються одночасно. Між закритими і відкритими (непроникаючими та проникаючими в речовину мозку) травмами існують перехідні форми.

Струс і забій головного мозку в поєднанні, разом з масивними внутрішньочерепними крововиливами (гематомами), є патоморфологічним субстратом т. зв. важкої (критичної) черепно-мозкової травми, для якої характерна довготривала втрата свідомості (кома) і масивні розлади життєво важливих функцій організму.

За критерієм перебігу клінічну картину черепно-мозкової травми прийнято розділяти на кілька послідовних стадій. Перша з них - початкова. Це фактично безпосередній результат травми: втрата свідомості різної глибини і тривалості від легкої короткочасної оглушеності (обнубіляція, захмарення) до тяжкої коми; триває кілька годин, днів чи тижнів. Хворі виглядають мовчазними та бездіяльними, періодично впадають у дрімотний стан або постійно сонливі. У такому стані виключається можливість не тільки цілеспрямованої та планомірної діяльності, а й рухова діяльність взагалі. Зрозуміло, що подібні стани не можуть бути фактором ризику або основною

причиною антисупільних дій, тому не мають особливого значення для судово-слідчої практики і судово-психіатричної експертизи.

Ситуація відразу змінюється, як тільки зникає оглушення, кома і настає гострий період починається відновлення втрачених психічних функцій. У цьому періоді (3 -8 тижнів) на фоні загальмованості психіки приблизно в третині випадків можуть спостерігатися одиничні або серійні судомні випадки. Вони бувають розгорнутими (великими) або абортивними, часто з виразним фокальним компонентом, за клінічними ознаками якого навіть на ранній стадії травматичної хвороби можна визначити переважну локалізацію вогнища ураження головного мозку.

У перші дні, тижні після травматичного епізоду можуть виникати психотичні стани, які переважно представлені синдромами присмеркового (сутінкового), деліріозного, онейроїдного (сноподібного) й аментивного потьмарення свідомості. Можливі також амнестичний Корсаковський синдром, морія (дуркуватість -своєрідне мовне та рухове збудження на фоні підвищеного настрою), афективні психози у вигляді депресії чи маніакального стану. За винятком аменції та онейроїду, вони всі мають судово-психіатричне значення, оскільки в цих випадках унаслідок потьмарення свідомості, наявності галюцинаторно-маячних переживань, розладів пам'яті і критичних здібностей, грубої афективної патології існує реальна небезпека скоєння хворим протиправних дій.

Не завжди своєчасно та однозначно діагностується психотичний стан через раптовість його виникнення, інколи нерозгорнутість клінічної картини або через зовнішню схожість хворобливих дій із вчинками та поведінкою, детермінованими реальною ситуацією, соціально значущими вимогами оточуючого середовища. Складність діагностичної кваліфікації стану хворого в період скоєння ним протиправної дії трапляється на практиці, зокрема, через брак необхідної інформації, відображеної у відповідних документах, що представляють СНЕК: насамперед показання свідків, свідчення звинуваченого і професійна оцінка спеціалістами-медиками

характеру нервово-психічних порушень, безпосередньо пов'язаних із перенесеною черепно-мозковою травмою.

У випадках тяжких черепно-мозкових пошкоджень, які характеризуються множинними вогнищами ушкодження, після виходу з коматозного стану може розвинутися картина сплутаності з амнестичною дезорієнтованістю, розгубленістю, хаотичністю рухів і процесів мислення. Одним із важливих компонентів цієї форми розладу свідомості є стереотипне психомоторне збудження і фрагментарність мовної продукції, логічно не пов'язаної із зовнішніми обставинами; це клінічна картина аменції. Надалі з відновленням ясності свідомості і впорядкування поведінки на перший план виступають порушення пам'яті у формі антеро- і ретроградної амнезії (втрата пам'яті на події до і після епізоду порушення свідомості), а також фіксаційної амнезії, хибних впізнавань і спогадів, тобто формується Корсаковський синдром, що незмінно згадується в переліку психопатологічних картин, які розвиваються в гострому періоді та періоді найближчих наслідків (до 6-12 місяців) черепно-мозкової травми. У прогностичному плані таку динаміку травматичної хвороби потрібно визнати несприятливою, тому що на віддалених етапах розвиваються стійкі психоорганічні розлади або травматичне слабоумство.

Окремі епізоди деліріозного, онейроїдного, особливо присмеркового потьмарення свідомості у різних варіантах можуть виникати на кожному з етапів перебігу травматичної хвороби. В гострому періоді серед травматичних психозів перше місце посідають присмеркові стани.

Численні різновиди присмеркового (сутінкового) потьмарення більш-менш вкладаються у певну структуру вірогідних клінічних ознак: гострий, раптовий, без попередніх передвісників початок; відносна короткочасність; охопленість свідомості афектом страху, нуді, люті ("напруженість афекту"); дезорієнтованість, наявність виразних галюцинаторних образів і картин зловісно-злякувального змісту; гострий чуттєвий тип маячень; брутальне агресивне збудження або видима послідовність і навіть обумовленість

вчинків; критичне, раптове закінчення; термінальний сон, амнезія того, що сталося.

У такому стані хворі нерідко скоюють тяжкі правопорушення, і сумнівів у тому, що вони повинні бути екскульповані (як і в випадках іншої форми потьмарення свідомості), ніколи не виникає. В судово-психіатричній практиці з метою ідентифікації присмеркового (сутінкового) епізоду з психотичним станом ("короткочасний хворобливий розлад психічної діяльності") використовується комплекс психологічних і навіть криміналістичних оцінок: раптовість, неочікуваність, безмотивність, особлива жорстокість, неприйняття заходів до приховування і пережиття відчуженості щодо скоєного правопорушення. Цей перелік характеристик не завжди відображає усе різноманіття варіантів присмеркового (сутінкового) стану й особливостей порушення свідомості. З клінічних ознак, які відображають суть цієї форми патологічно зміненої свідомості, передовсім, необхідно визначити дезорієнтованість у власній особі й навколишньому середовищі. В цьому стані людина позбавлена здатності правильно сприймати дійсність і водночас здійснювати цілеспрямовану діяльність відповідно до вимог суспільних заборон навіть інстинкту самозбереження. Її поведінка визначається неконтрольованими потягами, примітивними емоціями. Надмірна, патологічна активність призводить до різкого виснаження нервових ресурсів, тому епізоди присмеркового потьмарення свідомості звичайно закінчуються термінальним сном і для них характерним має бути забування (тією чи іншою мірою) подій, що відбувалися.

Делірій розвивається переважно в осіб із багаторічним алкогольним анамнезом, сформованим патологічним потягом до алкоголю (друга стадія хронічного алкоголізму). Характерне хибне орієнтування в навколишньому середовищі; при збереженні орієнтування в своїй особі переважають яскраві чуттєво-пластичні уявлення, наочні спогади, істинні вербальні та зорові сценподібні галюцинації. Хворі стають ніби глядачами й, одночасно дійовими особами ("акторами на сцені життя"), котрі живо й адекватно

реагують на видіння та видовищні події; вони захищаються або нападають. Маячення мають непослідовний образний характер. Настрій дуже мінливий, виникає то панічний страх і тривога, то збуджена цікавість, то подразлива хтивість, то ейфорія. Висловлювання хворого уривчасті, непослідовні.

Якщо психопатологічна симптоматика переважно представлена примарним поєднанням фантастичних уявлень і фрагментами реального сприйняття навколишньої обстановки при повній відстороненості хворого від реальної ситуації, то в подібних випадках мова йде про онейроїдне потьмарення свідомості.

Протиправні дії, що скоюються хворими в період деліріозного чи присмеркового потьмарення свідомості, не відрізняються різноманітністю. Як правило, це кримінальні акти, спрямовані проти життя і здоров'я особи (вбивства, тяжкі тілесні ушкодження), владних органів (спротив представникам влади, громадськості, працівникам міліції, образи на їхню адресу та посягання на їх життя), суспільної безпеки і громадського порядку (хуліганські вчинки, порушення правил безпеки руху). В цих станах хворі не можуть скоювати корисливі правопорушення, а також інші протиправні дії. Розлади свідомості позбавляють людину можливості приймати рішення, що є результатом вибору цілеспрямованого мотиву дії, скерованої на задоволення тієї чи іншої потреби, яка в повному обсязі враховує існуючий правопорядок.

До станів, що можуть стати основною причиною протиправних дій травмованих хворих, можна віднести т. зв. "перехідні" синдроми, тобто психопатологічні стани, котрі розвиваються, зазвичай, у термін найближчих наслідків черепно-мозкової травми (2-6 місяців, іноді - до року). Тоді, як правило, зникають неврологічні, вегето-судинні та психічні порушення гострого періоду, а в клінічній картині на перший план виступають залишкові резидуальні симптоми церебрально-органічного ураження. Універсальним представником резидуальних розладів є церебральна астенія (церебрастенія). Вона може набувати різних відтінків, але основні та найбільш виразні ознаки вдало поєднуються в синдромі подразливої

слабкості. Підвищена виснажливість і втомлюваність, нестійкість уваги та погіршення пам'яті (зокрема, оперативної), зниження фізичної і психічної працездатності, неспроможність при виконанні творчої та напруженої праці - все це поєднується з емоційною лабільністю, надмірною подразливістю і запальністю, неадекватною чутливістю й образливістю. Хворі не можуть стримати зовнішні прояви емоційних реакцій, хворобливо переживають невдачі та помилки, не переносять різних та інтенсивних подразників зовнішнього середовища (яскраве світло, гучний звук) і больові відчуття. У них легко виникають колаптоїдні і паморочні епізоди, вегетативно-судинні дисфункції, функціональні розлади внутрішніх органів (дискінезії шлунку, кишківника, жовчовивідних шляхів і т. д.); через вестибулярні порушення вони погано переносять поїздки в транспорті. Характерними є головні болі, головокружіння, порушення апетиту і сну. На тлі травматичної церебраленії звичайно розриваються також психотичні "перехідні" синдроми.

До них відносяться надцінні та паранояльні ідеї, афективні галюцинаторно-параноїдні (шизофреноподібні) картини та амнестичний Корсаковський синдром. Іноді розвиваються тимчасові картини інтелектуально-амнестичного зниження -транзиторне слабоумство.

Різні варіанти депресивних і маніакальних станів, а також надцінні ідеї в судово-психіатричному сенсі потребують ретельного обґрунтування і доказової кваліфікації їх хворобливого психотичного рівня (як медичного критерію неосудності) в період, коли скоюється протиправна дія. При наявності ж галюцинаторно-маячного синдрому експертна оцінка психічного стану хворого не може бути альтернативною.

Церебрально-органічні розлади, обумовлені травмою головного мозку, згодом піддаються зворотному розвитку (регресивна динаміка). Це не означає, що в усіх випадках і повною мірою відновлюються до попереднього нормального рівня нервово-психічні функції та психологічний профіль особи. Нерідко формується церебрально-органічний дефект, який разом із несприятливими зовнішніми впливами (інфекційними і соматичними

захворюваннями, інтоксикаціями, гострими та хронічними психічними травмами) стає причиною і механізмом довготривалого і навіть прогредієнтного перебігу травматичної хвороби головного мозку.

Так, наприклад, церебральна астенія на довгі роки може визначати структуру нервово-психічних порушень резидуального періоду (віддалених наслідків). Не завжди, однак, цей стан помірно виражений і стабільний, що свідчить про переважнофункціональний характер психічних розладів.

У віддаленому періоді - рік і роки після черепно-мозкової травми - ці хворобливі явища далі розвиваються, набувають рис психоорганічного синдрому різного ступеня вираженості, котрий характеризується тріадою найхарактерніших розладів психіки: нетриманням афектів, порушеннями пам'яті й ослабленням розуміння.

Клінічні форми психоорганічного синдрому пов'язані з генералізораним ураженням головного мозку або переважанням ознак місцевого (локального) пошкодження, а також унаслідок порушення діяльності залоз внутрішньої секреції (ендокринопатії), регуляція якої здійснюється підбугровим (гіпоталамічним) відділом головного мозку. В загальній і судово-психіатричній практиці психоорганічний синдром представлений такими симптомами, як нестійкий фон настрою, збудливість, нестриманість у вчинках і висловлюваннях, напруженість негативних емоцій, швидка стомлюваність, виражена слабкість концентраційна спрямованість (активної увага), погіршення пам'яті на минулі і поточні події, забування, звуження кола інтересів, збіднення інтелектуального життя. В сукупності з нейровегетативними розладами всі ці прояви психічної патології нерідко стають причиною часткової, або, навіть повної втрати працездатності (інвалідності), однак не завжди відбувається деформація особистості з її установками, цінностями, орієнтаціями і здатністю вірно розуміти суспільне значення своїх вчинків і дій. Інакше кажучи, черепно-мозкова травма не порушує структуру особистості, але водночас через органічне ураження тих відділів головного мозку, які регулюють вегетативно-ендокринну діяльність

й емоційні процеси вітального (життєвого) характеру, спричинює появу органічних змін психіки. Це, передусім, експлозивність, надмірна виразність реакцій незадоволеності і гніву, запальність, істероїдність, непродуктивна повторюваність переживань і вчинків (персеверативність), ригідність (тугорухомість), застрягання, сензитивність (підвищена чутливість) і образливість. Одночасна дія психотравмуючих ситуацій сприяє концентрації і стереотипізації цих форм реагування, що створює додаткові труднощі для соціальної адаптації хворих, знижує їх компенсаторні можливості.

У судово-психіатричному аспекті одне з центральних місць посідають ті форми особистісної патології, які називаються психопатоподібними станами. Мова у цих випадках йде про таку хворобливу дисгармонію особи, котра зумовлена не конституційно-спадковими, тобто генетичними факторами, а церебрально-травматичним ураженням або процесуальним захворюванням (шизофренією). Психопатоподібні розлади травматичного походження є по суті одним із варіантів психоорганічного синдрому, що характеризується насамперед афектно-вольовими порушеннями. Найчастіше спостерігається експлозивність (різка, груба взривчастість), істеричні форми реагування, що характерні демонстративністю, та їх сполучення. Суттєвим компонентом будь-якого різновиду психопатоподібного синдрому виступають складні за структурою, суб'єктивно важкі, з великим зарядом криміногенності розлади настрою, що визначаються як дисфорії. Вони виникають спонтанно або під впливом несприятливого зовнішнього середовища і відрізняються парадоксальним поєднанням нуді, подавленості, пригніченості і тривоги з гнівливістю, злобною напруженістю, болісними переживаннями невизначених страхів, мимовільною або усвідомлюваною готовністю до брутальної агресії.

Дисфоричні стани певною мірою є фоном, як то підсилюється до ступеня ведучого синдрому, то втрачає свою самостійність. Загалом же вони становлять важливу ланку церебрально-органічних розладів і є одним з основних клінічних аргументів, що визначають суть судово-психіатричного

експертного висновку. При тяжких дисфоріях свідомість буває звуженою ("сутінковість") чи з оглушенням, з'являються край неприємні відчуття в різних частинах тіла. Виникають маячні ідеї або маячна інтерпретація оточуючого. Рідкіснішими, але менш небезпечними в криміногенному аспекті є дисфорії у вигляді гнівливої дуркуватості, з психомоторною розгальмованістю, багатомовністю, хоча насправді ця весела жвавість є ширмою, за якою криються тяжкі афективно-вольові розлади. Такі стани виникають переважно у хворих із вираженими ознаками "органічного" зниження особи і критики.

Стан хворих залежить не тільки від глибини емоційно-вольових, інтелектуально-мнестичних і нейровегетативних розладів. Нерідко, в складному процесі формування патологічної особи та особистісного зсуву вирішальне значення мають психогенно-ситуаційні фактори. Хвороботворність різного роду життєвих обставин для осіб із залишковими явищами черепно-мозкової травми у формі психопатоподібних розладів спричинена їх індивідуальною значущістю. Передовсім маються на увазі реакції на наслідки органічного ураження головного мозку: психічну слабкість, порушення пам'яті, підвищену експлозивність, подразливість, зниження творчих можливостей та оперативності, змінене становище в сім'ї і суспільстві (наприклад, обмеження сфери професійної діяльності, зниження чи втрата працездатності, сімейні конфлікти тощо). В подібних ситуаціях у хворих тимчасово чи постійно виникають гіпертрофовані реакції незадоволення та образи, ідеї малої цінності, відбувається все більша фіксація на життєвих труднощах і невдачах. Мікросоціальне оточення (зокрема, негативне) постійно створює для хворого обмеження та дискримінаційні вимоги. Незадоволеність і неспроможність у відносинах із людьми призводять до появи утилітарних споживацьких інтересів, а також мотивів егоїстичного характеру. Ці особистісні зсуви можуть бути найбільш репрезентивними ознаками порушення механізмів соціальної дезадаптації.

Іноді декомпенсація набуває характеру психотичного стану (брутальна експлозивність, паранояльні ідеї, дозорганізація мислення, розгубленість тощо). Якщо правопорушення було скоєно в цей період, то хворого слід визнати неосудним. Аналогічні психопатологічні стани можуть розвиватися в умовах судово-слідчої ситуації, зокрема, в період проведення судово-психіатричної експертизи. У таких випадках, відповідно до ч. 3 ст. 19 ККУ, особи, стосовно яких вирішене питання про осудність, направляються на примусове лікування в психіатричну лікарню до виходу з цього стану. Засудженим також надається медична допомога, якщо в них настає виражена декомпенсація травматичної хвороби.

У рідкісних випадках декомпенсація характеризується довготривалим і прогресивним перебігом, з наростанням ступеня виразності, насамперед інтелектуально-мнестичного дефекту. Залежно від обставин, що характеризують кримінальний анамнез певної особи, експертні рішення повинні мати відповідну форму і зміст. В умовах судово-слідчої ситуації тяжка і стійка декомпенсація прирівнюється до хронічного психічного захворювання, тому експертне рішення регламентується ч. 3 ст. 19 ККУ, щодо засудженого застосовується ст. 84 ККУ і ст. 408 КПКУ.

Стани декомпенсації важко відмежовувати в умовах судово-слідчої ситуації від реактивних станів психотичного та непсихотичного рівнів, навіть якщо визнавати найхарактернішим критерієм психогенної реакції обов'язкове відображення в клінічній картині захворювання, в змісті його симптомів психогенно-травмуючої ситуації. Вище було показано, що психотравмуючі фактори відіграють важливу роль як одна з причин декомпенсації травматичної хвороби. Реактивні стани мають свої синдромальні та клініко-динамічні особливості. Вони завжди виникають у зв'язку з наявністю суб'єктивно важкої, невирішеної психотравмуючої ситуації: як правило, виражаються у формі депресії, ступінь тяжкості якої залежно від зовнішніх обставин, може змінюватися спонтанно і під впливом цілеспрямованої терапії; в клінічній картині велике місце займають сомато-вегетативні

розлади; не виявляється безпосереднього зв'язку між глибиною психогенно обумовлених афективних порушень і поглибленням органічного інтелектуального дефекту. В більшості випадків реактивні стани піддаються повному зворотному розвитку.

Психопатоподібні розлади як вираз церебрально-органічної патології під впливом ситуаційно-психогенних факторів у кінцевому результаті набувають не тільки системи реакцій, вчинків, укорінених форм поведінки, а й особистісних характеристик, орієнтацій та установок. Саме в цьому сенсі можна говорити про посттравматичний патологічний розвиток особи. Найбільш типовим і криміногенним слід визнати паранойяльний розвиток особистості, початковою стадією якого є надцінні ідеї (переслідування, ревнощів, сутяжно-кверулянтські, іпохондричні). Тут необхідні деякі уточненням. Надцінні ідеї далеко не завжди досягають психотичного рівня, а тому не можуть бути синдромальною основою медичного критерію неосудності. При них відбуваються надзвичайно емоційно насичене перетворення природної реакції на реальні - такі, що існують в дійсності, - події, тому виниклі розумові висновки займають домінуюче становище в свідомості. При паранойяльному ж маяченні, особливістю якого є систематизованість і багатоланкове, послідовне побудування фабули, відбувається патологічне тлумачення дійсності; воно стає певним поглядом на дійсність, хворі без критики становляться до своїх вчинків і висловлювань, а вся їхня поведінка грубо протирічить вимогам дійсності.

Хворі з паранойяльним маяченням ревнощів, у походженні котрого важливу роль може відігравати хронічна алкогольна інтоксикація, на жаль, дуже часто скоюють тяжкі злочини проти життя, здоров'я, гідності об'єкта ревнощів. Найбільш виразними елементами параної сутяжно-кверулянтського кола є несамовита боротьба за "справедливість", дріб'язкові пошуки "винуватців", "кривдників", "бюрократів", демагогічні претензії з мотивів морального характеру, ригідна опозиція існуючим суспільним порядкам. Хворі пишуть нескінченні скарги в різні інстанції, блокують роботу адміністрації

підприємств і установ, дезорганізують роботу колективів і врешті-решт притягаються до кримінальної відповідальності за клепи, а, іноді, й за скоєння насильницьких дій (тяжкі тілесні ушкодження, вбивства), порушення громадського порядку, спротив представникам влади.

Хворі на психопатоподібний синдром, але без брутальних афективно-вольових розладів, паранойяльного маячення і тяжкої дисфорії в період скоєння протиправних дій, не підлягають екскульпації. В суб'єктивноскладних ситуаціях можуть виникати більш-менш довготривалі стани декомпенсації психотичного рівня, що є приводом для застосування ч. 3 ст. 19, ст 84 ККУ і ст. 408 КПКУ.

Для терміну віддалених наслідків черепно-мозкової травми характерні пароксизмальні розлади і стани зміненої свідомості. У більшості випадків вони є одним із проявів травматичної хвороби головного мозку (епілептиформного синдрому). В інших випадках поява пароксизмальних станів - великих судомних припадків, фокальних (джексонівського типу), абортівних малих приступів - означає формування механізмів епілептичного процесу з властивими цьому захворюванню хронічними емоційно-вольовими, інтелектуальними та особистісними розладами. Тут, таким чином, мова йде про травматичну епілепсію.

Відмежування травматичної енцефалопатії з епілептиформним синдромом від травматичної епілепсії в судовій психіатрії має важливе експертне значення, тому що в першому випадку пароксизмальні стани (як правило, однотипні та рідкісні) повинні розглядатися в рамках залишкових явищ церебрально-органічного походження з характерною для них тенденцією до регредієнтного перебігу, тоді як повторення і тим більше поліморфізм припадків при епілепсії завжди свідчить про прогресивність патологічного процесу з усіма впливаючими звідти оцінками клінічного та соціального прогнозу.

Розмежування цих захворювань далеко не завжди вдається навіть з допомогою сучасних лабораторно-інструментальних методів

(електроенцефалографії, комп'ютерної томографії, реовазографії) виявлення порушень обміну в центральній нервовій системі. Однак незмінно важливим залишається важливий критерій резидуальних станів травматичного генезу "осьовий розлад" у вигляді церебральної астенії. Для епілепсії ж, якою би походження вона не була, "стержньовими" характеристиками є сила і стійкість афекту, інертність, однобічна спрямованість інтересів і мотивів, уповільненість і непродуктивність при збереженні здатності тривалий час виконувати одну і цю ж роботу. Важливе значення мають характерологічні зсуви: нетерпимість, істероїдність, зухвалість, подразливість, демонстративне нехтування правил та авторитетів - у випадках енцефалопатії з епілептиформним синдромом; виразна збудливість, раптові сполохи запальності і злоби, егоїзм і ретельне наслідування встановленого порядку, фригідна прив'язаність до певних осіб і ситуацій - у випадках епілепсії з вираженими ознаками деградації особи. Епізоди сутінкового потьмарення свідомості переважно виникають при перебігу епілептичного процесу.

Судомні пароксизми інколи безпосередньо пов'язані і навіть обумовлені гострими психотравмуючими впливами. Це відображається в клінічній картині приступу, початкова стадія якого розгортається на фоні яскравого афекту невдоволення, образи, гніву, й одночасно, як правило, виявляються виразні вегетативно-судинні розлади. Судоми спочатку нагадують істеричні конвульсії - настільки вони виглядають неупорядкованими, експресивними і з великим розмахом. Однак із розвитком припадку судоми стають ритмічними, стереотипними, з'являється стереторозне дихання, через повну втрату свідомості контакт із хворим неможливий. Після закінчення епілептичного нападу обов'язково проявляються ознаки післяприпадкового нервового виснаження - від короткочасного, неглибокого оглушення до тривалого і важкого сну. В цьому сенсі повинна проводитися диференціація між епілептичними та істеричними припадками на всіх етапах судово-слідчих дій, під час судово-психіатричної експертизи й інших ситуаціях, що виникають після винесення вироку або судового припису.

У період віддалених наслідків черепно-мозкової травми іноді розвиваються афективні та галюцинаторно-параноїдні психози, які доводиться диференціювати з шизофренією. Афективні психози протікають у вигляді періодичних чи одноразових депресій і маній. Маніакальні приступи трапляються частіше та перебігають важче. В їх патогенезі, можливо, приймають участь соматичні та інфекційні захворювання, алкогольні ексцеси. Депресіям часто передують психогенії. В деяких випадках приступоподібний перебіг змінюється безперервним, при цьому церебрально-органічні порушення стають все більше виразними, що передовсім відображається в наростанні дисмнестичного слабоумства.

Галюцинаторно-маячні психози найчастіше дебютують присмерковими (сутінковими) або деліріозними потьмареннями свідомості. Потім починають переважати вербальні істинні та хибні галюцинації, які започатковують маячні побудови (галюцинаторне маячення). Одночасно з'являються ілюзорні феномени, розгубленість, відчуття відкритості, мимовільний вплив думок. Афективні розлади визначаються тривожно-тоскним настроєм і страхами, що безпосередньо пов'язані з галюцинаторно-ілюзорними та маячними переживаннями. Подальша доля цих психозів різна. З плином часу клінічна картина психотичних приступів спрощується і вони врешті-решт припиняються чи залишають за собою параноюльну налаштованість або стерті, періодичні депресії. У рідкісних випадках психоз ніби "застигає", набуваючи хронічного перебігу, при цьому на місце галюцинацій і маячень приходять фантастичні, безглузді вимисли, що є несприятливими прогностичними ознаками: наростають органічні зміни психіки, які досягають ступеня слабоумства.

У віддаленому періоді черепно-мозкової травми поза зв'язком або в зв'язку з патологічним розвитком, епізодичними чи хронічними психозами розвивається типова картина лакунарного (парціального, дисмнестичного) слабоумства, в основі якого - враження мозкових оболонок і підлеглих частин головного мозку. Як правило, посилюється слабкість абстрактного

мислення, нерозуміння складних і динамічних ситуацій, неможливість відзначити суттєві та практично важливі причинно-наслідкові зв'язки. Вражаються частково інтелектуальні і значною мірою критичні здібності, з'являються вогнищеві симптоми, знижується активність, втрачаються етичні, культурні та моральні потреби. Характерна психічна виснажливість, сварливий, нудний настрій з більш чи менш виразним депресивним компонентом, в інших випадках - непродуктивна та недоречна ейфорія з багатомовністю і психомоторною розгальмованістю. Суттєвими для лакунарного слабоумства є мнестичні розлади. Страждають усі три процеси (запам'ятовування, ретенція-утримання, відтворення), але насамперед, погіршується запам'ятовування, розумова переробка і репродукція нового досвіду й актуальних подій. Знижується рівень особи (огрубіння), хоч основні її "ядерні" властивості можуть зберігатися, так само як зберігається усвідомлення хвороби. Артеріальна гіпертонія, церебральний артеріосклероз, повторні черепно-мозкові травми, алкоголізм, хронічні психогенії та інші екзогенні шкідливості - все це значно погіршує прогноз і сприяє наростанню тяжкості інтелектуально-мнестичних розладів (прогресуюча деменція).

При верифікованих формах органічної деменції не виникає сумнівів в обґрунтованості визнання хворих, котрі скоїли правопорушення, неосудними. Це ні в якому разі не протирічить тим обставинам, що ці ж особи на певному етапі захворювання, коли церебрально-органічна патологія була представлена церебрастенічними, неврозоподібними, психопатоподібними і навіть епілептиформними синдромами, якщо вони притягувалися до кримінальної відповідальності, визнавалися осудними в інкримінованому їм діянні. В цьому факті відображається загальнометодологічний підхід: залежно від динаміки та важкості органічних і психогенних розладів рішення може мінятись як у бік екскульпації хворих, так і в бік визнання їх осудними.

III. Рекомендована література.:

Основна:

1. Психіатрія /За ред. О.К.Напрієнка.- К., 2003
2. Психіатрія (клініко-діагностичні алгоритми): Навчально-методичний посібник/ За ред. проф. Л.М. Юр'євої.-Д.:АРТ-ПРЕС, 2002.-168с.
3. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство для врачей и студентов. - М.:ТОО «Техлит», 1997.-496с.
4. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике.- СПб.,1999.-518с.
5. Клиническая психиатрия/ Под ред. Н.Е.Бачерикова.-К.: Здоров'я,1989-512с.
6. Руководство по психиатрии /Под ред А.В.Снежневского.-В 2-х томах.- М.:Медицина, 1983.
7. Руководство по психиатрии /Под ред. А.С.Тиганова.- В 2-х томах- М.: Медицина,1999г.
8. Руководство по психиатрии /Под ред. Г.В.Морозова.- В 2-х томах._М.: Медицина,1988

Додаткова

1. Каннабих Ю.В., «История психиатрии», Москва ,1923
2. Блейлер Э., «Руководство по психиатрии» ,изд-во «Врач» ,Берлин ,1920
3. Гиляровский В.А., «Учение о галлюцинациях», БИНОМ ,Москва ,2003
4. Крепелин Э., «Введение в психиатрическую клинику», БИНОМ, Москва, 2004
5. Корсаков С.С., «Общая психопатология», БИНОМ,Москва ,2004
6. Суханов С.А., «Семиотика и диагностика душевных болезней» товарищество типографии А.И. Мамонтова, Москва ,1905
7. Снежневский А.В., «Общая психопатология», МЕДпресс-информ Москва, 2001

8. Ганнушкин П.Б., «Клиника психопатий», изд-во НГМА ,Нижний Новгород, 2000
9. Гаррабе Ж., «История шизофрении», Москва – Санкт-Петербург, 2000
- 10.Аммон Г., «Динамическая психиатрия», Санкт-Петербург, 1996
- 11.Крафт-Эбинг Р., «Половая психопатия», изд-во «республика», Москва 1996
- 12.Случевский И.Ф., «Психиатрия», медгиз, ленинградское отделение,1957
- 13.«Шизофрения, мультидисциплинарное исследование», под ред. А.В. Снежневского, «медицина», Москва ,1972
- 14.Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В., «Психиатрия», «Медицина», Москва ,1968
- 15.Семке В.Я., «Истерические состояния», «медицина», Москва ,1988
- 16.Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., «Клиническая психиатрия» в 2-х томах,«медицина», Москва ,2002
- 17.Святощ А.М., «Неврозы и их лечение», медгиз, Москва, 1959
- 18.Бамдас Б.С., «Астенические состояния», медгиз, Москва, 1961
- 19.Кемпински А., «Меланхолия», наука, Санкт-Петербург, 2002
- 20.Кемпински А., «Экзистенциальная психиатрия», СПб изд-во «совершенство», 1998
- 21.Авруцкий Г.П., Недува А.А., «Лечение психически больных» М, «медицина», 1988
- 22.Нуллер Ю.Л.. «Депрессия и деперсонализация». 1981
- 23.Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. ,«Аффективные психозы» ,1988
- 24.Пападопулос Т.Ф., «Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика)». М., Медицина, 1975
- 25.Шнайдер К., «Клиническая психопатология», М.,«сфера», 1999
- 26.Принципы и практика психофармакотерапии: Пер. с англ. С.А. Малярова / Ф.Дж. Яничак, Дж.М. Дэвис, Ш.Х. Прескорн, Ф.Дж. Айд мл. – К.: Ника-Центр, 1999 – 728 с.

27. «Лечебная физическая культура в психиатрической больнице»
В.И.Запускалов, С.А.Каспарова и др. (под. ред. И.З.Копшицер) М
Медицина 1965
28. Гиляровский В.А. «Психиатрия» 1954
29. Кречмер Э. «Об истерии» СПб 2002
30. Кречмер Э. «Строение тела и характер»
31. Личко А.Е. «Психопатии и акцентуации характера у подростков»
32. Леонгардт К. «Акцентуированные личности»
33. Зейгарник Б.В. «Патопсихология» 1986
34. Ясперс К. «Общая психопатология» М. «Практика» 1999
35. Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии в 2-х томах СПб изд-во
«Белый кролик» 1996
36. Юнг К.Г. Работы по психиатрии СПб изд-во «Академический проект»
2000
37. Блейхер В.М. «Расстройства мышления» 1983
38. Кандинский В.Х. «О псевдогаллюцинациях»
39. Осипов В.П. «Курс общего учения о душевных болезнях,
государственное изд-во РСФСР ,Берлин ,1923
40. ПСИХІАТРІЯ : Нормативне виробничо-практичне видання. – К. : МНІАЦ
медичної статистики ; МВЦ «Медінформ», 2009. – 628 с. – ISBN 966-8318-
09-9.
41. Психіатрія / під ред. В. М. Козідубової, В. М. Кузнєцова, В. А. Вербенко,
Л. М. Юр'євої, О. О. Фільца, І.О. Бабюка. – Харків : Оберіг, 2013. – 1164 с.
– ISBN 978-966-8689-18-5.
42. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз. – 3-е изд., расширенное. –
Харьков: Наука, 2014 / 2015. – 536с. – ISBN 978-966-526-140-7.

IV. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

№	Основні завдання	Вказівки/питання
	Етіологія	Назвати основні етіологічні фактори органічних уражень головного мозку
	Клініка	Назвати основні клінічні синдроми при травматичному ураженні головного мозку
	Діагностика	Дати перелік методів, які використовують для діагностики уражень головного мозку
	Диф. діагностика	Заповнити таблицю для диф.діагнозу психоорганічних розладів
	Лікування	Скласти типові схеми лікування
	Профілактика та диспансерізація	Скласти схеми профілактичного спостереження