

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

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

ПСИХОГЕНІЇ

Навчальний посібник
для студентів 4 курсу медичних факультетів зі
спеціальності «Медицина»

Запоріжжя

2019

УДК 616.895

С 20

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ
(протокол № __3__ від «27__» ____лютого__2020 р.)
та рекомендовано для використання у навчальному процесі*

Автор:

Саржевський С. Н., доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, к.мед. н.

Рецензенти:

Троян В. І., завідувач кафедри оториноларингології ЗДМУ, доктор медичних наук, професор;

Дарій В. І., професор кафедри нервових хвороб ЗДМУ, доктор медичних наук, професор.

Саржевський С. Н.

С 20 Психогенії : навч. посіб. для студентів 4 курсу медичних факультетів зі спеціальності «Медицина» . – Запоріжжя, 2019. – 70 с.

Навчальний посібник складений відповідно до "Освітньо-професійної програми вищої освіти". Посібник підготовлений згідно з матеріалами, розробленими викладацьким складом кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, згідно робочої програми навчальної дисципліни «Психіатрія та наркологія». Автори виходили з сучасних вимог до викладання, контролю теоретичних знань, умінь і практичних навичок в умовах кредитно - трансферної системи оцінки навчання. Матеріали навчального посібника є керівництвом для проведення занять з психіатрії та наркології з студентами 4 курсу медичного факультету зі спеціальностей «Медицина» і розроблені вперше. З огляду на прогресивний розвиток психіатрії, зміни вимог до фахівців, даний посібник з часом не повністю відповідатиме педагогічним і професійним потребам, тому він буде вдосконалюватися і доповнюватися.

УДК 616.895

Затверджено на засіданні кафедри «21» листопада 2019р., Протокол № 29

Переглянуто на засіданні кафедри «__» _____ 20__р., Протокол №

Передмова

Запропонований навчальний посібник складений відповідно до "Освітньо-професійної програми вищої освіти" та побудований згідно робочої програми навчальної дисципліни «Психіатрія та наркологія». Посібник підготовлений за матеріалами, розробленими викладацьким складом кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету. У ньому розкрито один з найбільш поширених розділів психіатричної нозології – психогенних захворювань, що включають дуже різноманітні прояви (реактивні психози та неврози). Поглиблено описано клінічну симптоматику кожного з різновидів груп. Навчальний посібник за структурою побудований як практичне заняття, після обговорення навчального матеріалу вміщені питання для самоконтролю засвоєння знань студентів. Виклад теоретичних основ неврозів та реактивних психозів у навчальному посібнику є стереотипним і здійснюється з використанням досвіду низки підручників та навчальних посібників для вищої школи. Проте розробка методичного підходу, вибір форми і стилю розглянутої навчальної інформації є авторським. До клінічних проявів додано принципи лікування з більш поглибленим описом різновидів психотерапії. З огляду на прогресивний розвиток психіатрії, зміни вимог до фахівців, даний посібник з часом буде вдосконалюватися і доповнюватися. Вважаю, що цей матеріал допоможе поглибити навчальний виклад, зробити його привабливішим емоційно як у процесі фахової підготовки студента, так і в майбутній професійній діяльності будь – якої спеціальності.

Зміст

Передмова	3
Зміст	4
Розділ 1. Актуальність, цілі, організаційна структура заняття	5
1.1. Актуальність теми	5
1.2. Навчальні цілі заняття	5
1.3. Цілі розвитку особистості	6
1.4. План та організаційна структура заняття	7
Розділ 2. Зміст теми заняття (теоретичний опис)	10
2.1. Неврози	10
2.2. Реактивні психози	40
2.3. Лікування психогенних розладів	49
Розділ 3. Завдання і тести	62
Рекомендована література	70

Розділ 1.

Актуальність, цілі, організаційна структура заняття

1.1. Актуальність теми.

Психогенні захворювання є поширеною патологією, при цьому останнім часом кількість хворих на них стрімко зростає, що пов'язують із соціальними перетвореннями, зумовленими тотальним наступом науково-технічного прогресу. Поряд з явними перевагами він несе необхідність мобілізації адаптивних ресурсів особистості, до чого не всі виявляються готовими. Про поширеність психогенії серед населення свідчить їхня значна частка в структурі інших психічних захворювань, яка, за даними різних авторів, становить 15-30%. Своєчасність проведення обстеження, постановка діагнозу та диференційна терапія значно підвищують ефективність лікування хворих.

1.2. Навчальні цілі заняття:

Студенти повинні:

1. Знати визначення поняття "реактивні психози", "невроз", "невротичні розлади".
2. Знати етіологічні чинники розвитку невротичних розладів та реактивних психозів.
3. Знати патогенетичні механізми, які лежать в основі невротичних розладів та реактивних психозів.
4. Знати характеристику короточасних невротичних реакцій.
5. Знати класифікацію невротичних розладів та реактивних психозів .

6. Знати клінічну картину неврастенії, дисоціативно-конверсійних розладів, obsесивно-компульсивних розладів та реактивних психозів.

7. Знати показання до госпіталізації хворих на психогенні розлади.

8. Знати принципи лікування хворих із невротичними розладами та реактивними психозами.

Студенти повинні :

1. Вміти оцінювати клінічні особливості невротичних станів та реактивних психозів.

2. Вміти діагностувати реактивний ступор, реактивної депресії, реактивний параноїд.

3. Вміти проводити диференціальну діагностику істеричного й епілептичного нападів.

4. Вміти проводити трудову, військову і судово-психіатричну експертизу у хворих із невротичними розладами та реактивними психозами.

Розвивати творчі здібності студентів що до пошуків нетрадиційних підходів до терапії психогенних розладів в процесі лабораторного та клінічного дослідження хворих (відповідно до їх віку та статі).

1.3. Цілі розвитку особистості:

Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність прийняття рішення по оцінці загального стану, наявності ускладнень. Сформувані деонтологічні уявлення щодо особливості відношення майбутнього фахівця до пацієнта з психічними розладами та його родини.

1.4. План та організаційна структура заняття:

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивності)	Час (хв.)
I. Підготовчий етап					
1.	Організація заняття	I	Тестовий контроль I рівня	Академічний журнал	25
2.	Постановка навчальних			«Навчальні цілі»	
3.	цілей та мотивація			«Актуальність»	
	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:			Методичні розробки	
	1). Класифікація психогенних розладів			Тематичні таблиці,	
	2). Визначення понять невроз, невротичні розлади, реактивні психози.	II	Індивідуальне усне опитування	плакати, слайди, структурно-логічні схеми	
	3). Етіологічні чинники, патогенез розвитку неврозів та реактивних психозів.	II	Фронтальна бесіда	Питання для індивідуального усного опитування	
	4). Неврастенія, дисоціативно-конверсійні та obsesивно-компульсивні розлади.	II	Тестовий контроль II рівня	Тестові завдання I, II рівня	
	5). Невротичні розлади в		Рішення типових задач II рівня	Типові задачі II рівня	

стоматологічний практиці	II			
6). Лікування неврозів, лікарсько-трудова, судово-психіатрична експертиза.	II			
7) Гострі та підгострі реактивні психози.	II			
8) Затяжні реактивні психози	II			
9) Лікування реактивних психозів, лікарсько-трудова та судово-психіатрична експертиза.	II			
II. Основний етап				
Формування професійних навичок та вмінь: 1). Оволодіння методикою проведення збору анамнезу життя та захворювання та оцінка цих даних; 2). Сформувати вміння провести соматичне, психоневрологічне та лабораторно- інструментальне обстеження статусу хворого, інтерпретувати їх данні.	III III III	Методи формування навичок: професійний тренінг, рішення тестів III рівня, типових задач III рівня професійний тренінг у	Алгоритми для формування практичних навичок Методичні розробки. Неврологічні молоточки. Таблиці. Тести, типові задачі III рівня Алгоритми для формування	260

	3) Опанувати вміння обґрунтувати попередній діагноз та скласти план обстеження хворого. 4). Вміти провести диференційну діагностику на основі клінічних та допоміжних лабораторних даних і встановити заключний діагноз. 5). Досконало засвоїти принципи та план лікування хворого.	III III IV	вирішенні нетипових клінічних ситуацій, задачі III рівня	професійних вмінь. Пацієнти. Історії хвороби пацієнта. Ситуаційні нетипові задачі. Імітаційні ігри. Обладнання.	
III Заключний етап					
1. Контроль і корекція рівня професійних вмінь та навичок 2. Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного) 3. Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі) 3.	III	Методи контролю навичок: індивідуальний контроль практичних навичок та їх результатів. Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи, рішення тестів, задач	Обладнання Результати клінічного обстеження. Задачі III рівня Тестові завдання III рівня Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою	15	

Розділ 2

Зміст теми заняття (теоретичний опис).

ПСИХОГЕННІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ (ПСИХОГЕНІЇ)

Психогенії – це група психічних розладів, які виникають внаслідок хворобливої реакції людини на психотравмуючу ситуацію.

Критерії психогенного розладу були визначені німецьким психіатром К. Ясперсом ще у 1913 році:

- психогенне захворювання виникає після дії психотравми;
- прояви хвороби витікають із змісту психотравми;
- перебіг захворювання тісно пов'язаний із виразністю психотравми; дезактуалізація психотравми призводить до завершення прояву хвороби.

Психогенії розподіляють на дві великі групи *неврози* та *реактивні психози*. Пропонуємо більш детально вивчити кожен групу розладів.

2.1. Неврози

Неврози - це група функціональних, психогенно зумовлених розладів, в основі яких лежать зворотні порушення психіки людини. Клінічно неврози проявляються:

- астеничними синдромами;
- нав'язливими станами;
- істеричними розладами;
- тимчасовим зниженням розумової та фізичної працездатності.

Важливо пам'ятати, що неврози не призводять до порушень відображення реальності й усвідомлення власного стану.

Історичні дані

Люди з давніх часів цікавилися неврозами. Наприклад, ще у Кахунському папірусі, найстарішій древньоєгипетській знахідці з медицини, що датований XIX ст. до н.е., був описаний хворобливий стан жінок, котрий пов'язаний з «переміщенням матки», що в свою чергу призводить до стискання інших органів. Пізніше, вже у Стародавній Греції, Гіппократ вперше описує такий стан, названий *істерією*.

Поняття «невроз» було введено ще у 1776 році шотландським вченим Уільямом Калленом. Він вважав, що «неврози - це нервові розлади, які не викликають гарячку, але зумовлені загальним стражданням (від котрого залежать рухи та думки)».

У 1801 році французький психіатр Філіпп Пінель знову став говорити про істерію та стверджував: «неврози - це не тільки нервові захворювання, а ще й моральні». Але він відносив до групи неврозів ще й правець, паралічі, глухоту, сліпоту та іпохондрію.

Згодом у термін «невроз» додавалося уточнення: «...ці захворювання мають позитивний перебіг, але не завжди легкий... після смерті у людей з неврозами не знаходиться ніяких анатомічних змін, котрі пояснили би його походження» - Кожевніков О.Я. 1904 р.

Швейцарський психіатр Поль Дюбуа у 1912 році ввів термін «психоневроз», для того, щоб позначити зв'язок між психічними факторами та виникненням невротичних розладів.

Теорія психоаналізу має власну думку на рахунок неврозів: «невроз є наслідком дисоціації особистості, в результаті утворення комплексів -

співвідношення думок, почуттів та образів. Комплекси можуть приймати різні форми й утворюватися з різних механізмів – психічних травм, моральних конфліктів» - Юнг К.Г. 1968.

Епідеміологія

В останні роки кількість неврозів серед населення дуже зросла. З одного боку це пов'язано із стрімким розвитком науково-технічного прогресу, а з іншого – розвитком й удосконаленням психофізіологічної адаптації.

При зниженні кількості інфекційної патології, відносно зростає питома вага захворювань, у виникненні котрих важливу роль відіграє нервово-психічна перенапруга. До цієї категорії відносять й неврози. Серед інших психічних захворювань неврози складають 15-30%, що свідчить про їх поширеність та необхідність лікування. Деякі вчені стверджують про залежність виникнення неврозів від місця проживання та групи населення, що ускладнює підрахунок невротичних хворих.

Етіологія

Невроз є психогенним захворюванням, у формуванні котрого взаємодіють біологічні, психологічні та соціальні механізми. Розберемо деякі з них:

- І.П. Павлов першим довів дію інформаційних чинників на виникнення неврозів в своїх експериментах над тваринами; психогенними чинниками можуть бути: тривала психотравма або гостре емоціональне перенапруження, зовнішньо- і внутрішньопсихічні конфлікти, а також фактори, які впливають на силу та рухливість нервових процесів – перевтома, недосипання, соматичні захворювання, інтоксикації;

- біологічні теорії етіопатогенезу неврозів виділяють наступні параметри: частота нервово-психічних захворювань у родичів хворих на неврози, особливості конституції хворих, наслідування основних процесів вищої нервової діяльності та інших нейрофізіологічних особливостей;
- катехоламінова гіпотеза ґрунтована на існуванні зв'язку між тривожними станами і підвищенням рівня катехоламінів (особливо епінефрину) у сечі;
- виникнення неврозів має серйозну генетичну базу. Наприклад, хворі на агорафобію мають близько 20% родичів з таким самим розладом. Для випадків генералізованого тривожного розладу конкордантність складає 50% у однайцевих та 15% у різнояйцевих близнят;
- з боку психоаналізу Зігмунд Фрейд у 1895 році описав два типи порушень, що викликають різні види неврозів. Першою причиною, на його думку, є прямий «токсичний» ефект придушення полові функції, що призводить до розвитку неврастенії та неврозу тривоги (він дав їм назву «актуальних неврозів»). Другою причиною було витіснення емоцій, які згодом перетворювались у фізичний симптом, що уявляв компроміс між неусвідомленим бажанням виразити думку та страхом можливих наслідків.

Класифікація

F40-F48 Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади

F40 Тривожно-фобічні розлади

1. F40.0 Агорафобія.

00 без панічного розладу.

01 з панічним розладом.

2. F40.1 Соціальні фобії.

3. F40.2 Специфічні (ізолювані) фобії.
4. F40.8 Інші тривожно-фобічні розлади.
5. F40.9 фобічний тривожний розлад, не уточнений.

F41 Інші тривожні розлади

1. F41.0 Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога).
00 Помірний.
01 Важкий.
2. F41.1 Генералізований тривожний розлад.
3. F41.2 Змішаний тривожний і депресивний розлад.
4. F41.3 Інші змішані тривожні розлади.
5. F41.8 Інші уточнені тривожні розлади.
6. F41.9 Тривожний розлад, не уточнений.

F42 Obsесивно-компульсивний розлад.

1. F42.0 Переважно нав'язливі думки або міркування (розумова жуйка).
2. F42.1 Переважно компульсивні дії (obsесивні ритуали).
3. F42.2 Змішані obsесивні думки і дії.
4. F42.8 Інші obsесивно-компульсивні розлади.
5. F42.9 Obsесивно-компульсивний розлад, не уточнений.

F43 Реакція на важкий стрес і порушення адаптації.

1. F43.0 Гостра реакція на стрес.
00 Легка.
01 Помірна.

02 Важка.

2. F43.1 Посттравматичний стресовий розлад.

3. F43.2 Розлади адаптації.

F44 Дисоціативні (конверсійні) розлади.

1. F44.0 Дисоціативна амнезія.

2. F44.1 Дисоціативна fuga.

3. F44.2 Дисоціативний ступор.

4. F44.3 Транси і стани одержимості.

5. F44.4 Дисоціативні розлади моторики.

6. F44.5 Дисоціативні судоми.

7. F44.6 Дисоціативна анестезія і втрата чуттєвого сприйняття.

8. F44.7 Змішані дисоціативні (конверсійні) розлади.

9. F44.8 Інші дисоціативні (конверсійні) розлади.

80 синдром Ганзера.

81 розлад множинної особистості.

82 транзиторні дисоціативні (конверсійні) розлади, що виникають в дитячому та підлітковому віці.

88 інші уточнені дисоціативні (конверсійні) розлади.

10. F44.9 Дисоціативний (конверсійний) розлад, не уточнений.

F45 Соматоформні розлади.

1. F45.0 Соматизований розлад.

2. F45.1 Недиференційований соматоформний розлад.

3. F45.2 Іпохондричний розлад.

4. F45.3 Соматоформна вегетативна дисфункція.

30 серця і серцево-судинної системи.

31 верхньої частини шлунково-кишкового тракту.

32 нижньої частини шлунково-кишкового тракту.

33 дихальної системи.

34 уrogenітальної системи.

38 іншого органу або системи.

5. F45.4 Хронічний соматоформний больовий розлад.

6. F45.8 Інші соматоформні розлади.

7. F45.9 соматоформний розлад, не уточнений.

8. F48 Інші невротичні розлади.

F48.0 Неврастенія.

1. F48.1 Синдром деперсоналізації-дереалізації.

2. F48.8 Інші специфічні невротичні розлади.

3. F48.9 Невротичний розлад, не уточнений.

Тривожно-фобічні розлади – група розладів, у клінічній картині яких переважають тривога та неконтрольовані страхи (фобії).

Тривога – негативна емоція, яка виражає неприємні передчуття або очікування невизначеної небезпеки. На відміну від фобій, причини тривоги не є конкретними, а, навпаки, вона цілком безпредметна.

Фобія – симптом, при якому в певних обставинах виникає неконтрольоване відчуття страху, який за своїм характером є цілком ірраціональним. Маючи такий патологічний страх, пацієнт робить усе можливе, щоб уникнути контакту із об'єктом занепокоєння, навіть якщо така поведінка призводить до справжньої небезпеки – це називається *фобічна поведінка*.

Розповсюдженість у популяції складає близько 5%.

Згідно із *класифікацією* усі фобії поділяються на такі групи:

1. Агорафобія – страх відкритого простору, страх виходити одному із дому, страх натовпу, черг, страх поїздки громадським транспортом;
2. Соціофобія - неконтрольований страх опинитися у центрі уваги;



3. Специфічні (ізолювані) фобії – найбільш різноманітна група, які об'єднує страхи якогось об'єкту (тварин, природних явищ, крові).
Наприклад:

- Ніктофобія – темряви;
- Вертігофобія – запаморочення;
- Оксифобія – гострих предметів;
- Арахнофобія – членистоногих;

- Мізофобія – забруднення;
- Танатофобія – смерті;
- Нозофобія – захворіти;
- Дисморфофобія – фізичної вади;
- Гінекофобія – жінок;
- Фазмофобія – привидів та духів;
- Ліссофобія – зійти з розуму;

Варто зауважити, що тривожно-фобічний розлад часто супроводжується наступними *вегетативними симптомами*: почервоніння обличчя, тремтіння рук, тахікардія, пітливість, нудота або постійні позиви на сечовипускання.

Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога) – різновид невротичних розладів, проявом якого є панічні атаки. У літературі також зустрічаються терміни «вегетативний криз», що є старою назвою панічної атаки; або «симпато-адреналовий криз», який також є синонімом.

Розповсюдженість у популяції складає 1,9-3,6%. Частіше хворіють жінки молодого віку (20-30 років).

Клінічні прояви: повторні епізоди панічних атак, зазвичай пов'язані з сильним відчуттям страху (смерті; катастрофи, що наближується; втратити контроль над собою, зійти з розуму). Панічна атака виникає раптово, незалежно від місця знаходження людини та супроводжується сильними вегетативними проявами, а саме: тахікардія, тахіпное, тремор верхніх кінцівок, пітливість, запаморочення, біль у грудях, ком у горлі, відчуття жару або ознобу.

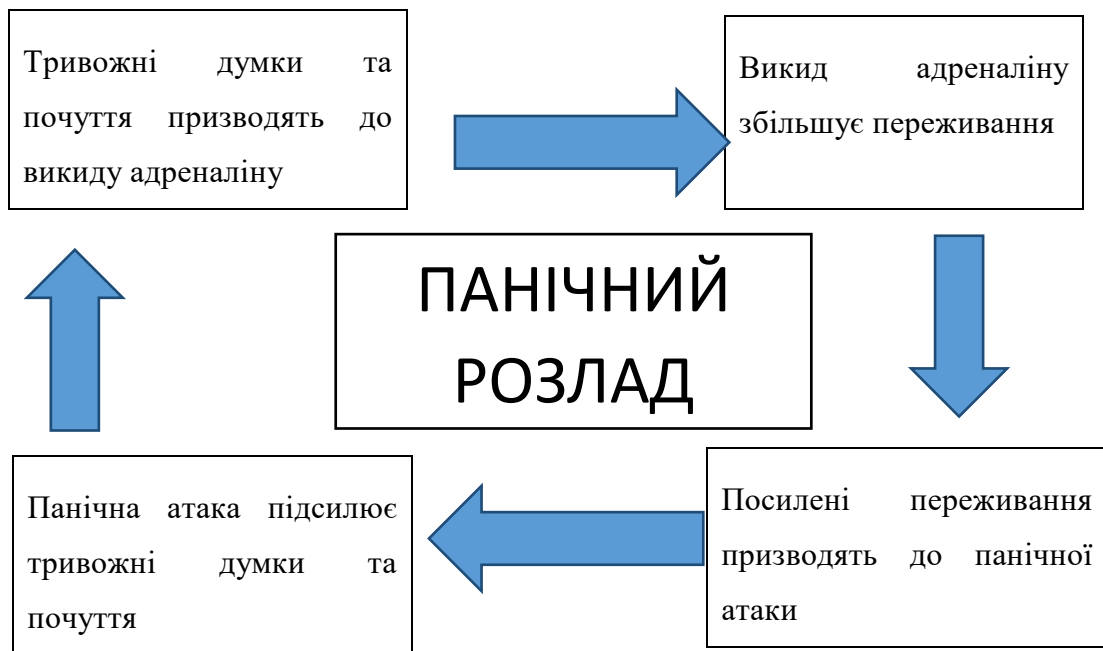


Такий епізод зазвичай триває від декількох хвилин до години.

Під час нападу:

- Через те, що під час панічної атаки людина дихає у режимі гіпервентиляції, дуже скоро настає стан гіпокапнії, що, в свою чергу, може призвести до втрати свідомості. Для того, щоб уникнути цього, людині необхідно спокійно вдихати та видихати;
- Щоб заспокоїти людину, необхідно запевнити її у тому, що ніщо не загрожує її здоров'ю та життю;

Для того, щоб краще зрозуміти складові панічної атаки, пропонуємо вам розглянути наступну схему:



Генералізований тривожний розлад – психічний розлад, який характеризується наявністю постійної, нефіксованої (з неспецифічного приводу) тривоги, занепокоєнням та нервозністю, які тривають не менше 6 місяців.

Розповсюдженість: тривожні розлади в 2 рази частіше зустрічаються серед жінок, віком до 30 років, ніж серед чоловіків.



Клінічна картина:
найхарактернішим симптомом ГТР є усвідомлювана тривога, яка кожний раз стосується різних сфер життя (навчання, роботи, здоров'я). Генералізована тривога тримає людину у напруженому очікуванні небезпеки,

неприємних подій; занепокоєність та побоювання погано контролюються та об'єктивно не відповідають ситуації.

Тривога не є ізольованим симптомом, вона завжди поєднується з іншими розладами, такими як:

1. моторне збудження – пацієнти нібито не можуть знайти собі місця (метушливість, тремор рук, напружене обличчя та похмурі брови, глибоке дихання, часті ковтальні рухи);
2. вегетативні розлади (блідість, прискорене серцебиття, пітливість, задишка, сухість в роті);
3. порушення сну (важке засинання, часті пробудження, відчуття «розбитості» зранку);
4. неврологічні розлади (головний біль напруги, мігрень, запаморочення).

Перебіг: захворювання починається повільно, та поступово прогресує.

Невроз нав'язливих станів (обсесивно-компульсивний розлад) – вид неврозу, для якого характерні психогенно зумовлені нав'язливі стани (думки та дії), від яких людина постійно та безуспішно намагається позбутися.

Розповсюдженість серед населення складає 1,5-1,6%. Біля третини пацієнтів захворює у віці 10-15 років, три чверті – до 30 років. Слід зауважити, що більша частина людей приховує свій хворобливий стан та звертаються за допомогою через п'ять, а іноді й через десять років перебігу хвороби. У чоловіків такий невроз з'являється у більш ранньому віці (від 6 до 15 років), а у жінок пізніше (20-29 років).

Провідні симптоми:

1. **Обсесії** - нав'язливі думки, ідеї та уявлення, від яких людина не може позбутися. Будь-яка спроба переключити увагу закінчується поразкою та погіршенням стану пацієнта. Окрім думок до обсесій також відносять



нав'язливі спогади (переважно неприємного характеру), рахування (наприклад: пацієнти рахують кількість вікон у будинках, кількість червоних машин), нав'язливе сумління (стан коли людина постійно міркує про правильність своїх рішень), розбір слів на склади, відтворення

у пам'яті забутих прізвищ (або імен, термінів, визначень) та нав'язливе мудрування (розумова гумка).

2. **Компульсії** – нав'язливі дії, поведінка або ритуали, які виникають імперативно. Людина відчуває себе зобов'язаною виконати будь-яку дію (наприклад перевірити чи зачинені двері), при невиконанні яких

підвищиться тривожність та страх аж доки пацієнт не зробить необхідну дію. Ритуали, в свою чергу, мають захисний та конкретний характер, але з часом можуть ускладнюватися. Наприклад: «якщо я тричі штовхну вхідні двері, то ніхто не пограбує мою квартиру»; «я повинна тридцять шість разів помити руки з милом і сімнадцять разів без мила, тоді я не помру від сепсису», «якщо я шість разів постукаю по шафі нігтем, то моя родина залишиться у безпеці».

Класифікація: В залежності від домінування того чи іншого симптому виділяють наступні форми obsесивно-компульсивного розладу:

- Предомінантні навязливі думки або міркування (obsесії);
- Предомінантні компульсивні акти (навязливі ритуали);
- Змішані obsесивні думки та акти;
- Інші obsесивно-компульсивні розлади;
- Obsесивно-компульсивний розлад, неуточнений.

Діагностика: для постановки діагнозу «obsесивно-компульсивний розлад» необхідно зверитися з наступними критеріями:

1. obsесії та\або компульсії постійно спостерігаються, як мінімум протягом 2 тижнів;
2. нав'язливі думки сприймаються як власні, але хоча б одній думці або дії пацієнт чинить опір;
3. думки про виконання компульсій самі по собі не є приємними;
4. хворі суб'єктивно страждають від наявності нав'язливих думок та дій.

Перебіг неврозу нав'язливих станів – хронічний. Можливе тимчасова стабілізація психічного стану пацієнта, з подальшим відновленням соціальної адаптації, але повне вилікування від неврозу відбувається дуже рідко.

Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації – стани, що виникають під дією тривалого емоційного перенапруження або в стані гострого стресу, та призводять до порушення соціального функціонування.

Класифікація: до реакцій на тяжкий стрес та розладів адаптації відносять наступні діагнози:

1. Посттравматичний стресовий розлад;
2. Порушення адаптації;
3. Інші реакції на тяжкий стрес;
4. Реакція на тяжкий стрес неуточнена.

Посттравматичний стресовий розлад – реакція на стрес, що виникає у людей, що перенесли одну або декілька сильних, катастрофічних психотравмуючих подій.



Розповсюдженість ПТСР серед населення складає 8-9%. Частіше всього ПТСР зустрічається серед ветеранів війни, минулих заручників, жертв фізичного або сексуального насильства. Іноді

цей розлад може бути у родичів або очевидців травмуючих подій.

Клінічна картина з'являється після 3-18 тижнів після катастрофи та проявляється наступними станами:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| – нав'язливі спогади про психотравму; | – безсоння або нічні кошмари; |
| – «flashback» та тригери*; | – емоційне притуплення; |
| – анегедонія; | – підвищена вегетативна збудливість; |

- спалахи агресії або страху;
- схильність до зловживання
- уникнення контактів з алкоголю та наркотиків.
- людьми та обставинами
- травмуючої події;

*Flashback – раптові та сильні за своєю інтенсивністю переживання минулих подій;

*Тригер – об’єкт або подія, що може спровокувати напад ПТСР.

Істеричний невроз



Історія: термін істерія (ὕστέρα — «матка») з’явився у давньому Єгипті ще 2 тис. років до н.е.. А у древній Греції вважали, що матка у тілі жінок постійно рухається усередині тіла, а при хворобі вона підіймається так високо, що аж викликає порушення

дихання. Згідно цього «механізму» виникнення, істерію лікували обкурюванням промежини ароматними димами та вводили подразнюючі песарії. Згодом, цей невроз вивчали: Гіпократ та Гален (які пов’язували цей розлад із половою стриманістю), Жан-Мартен Шарко (вважав істерію наслідком дегенеративних змін ЦНС), Жане Пьер (висунув теорію психічної дисоціації), Зигмунд Фрейд (пояснення механізму дисоціації, як активного процесу психологічного захисту).

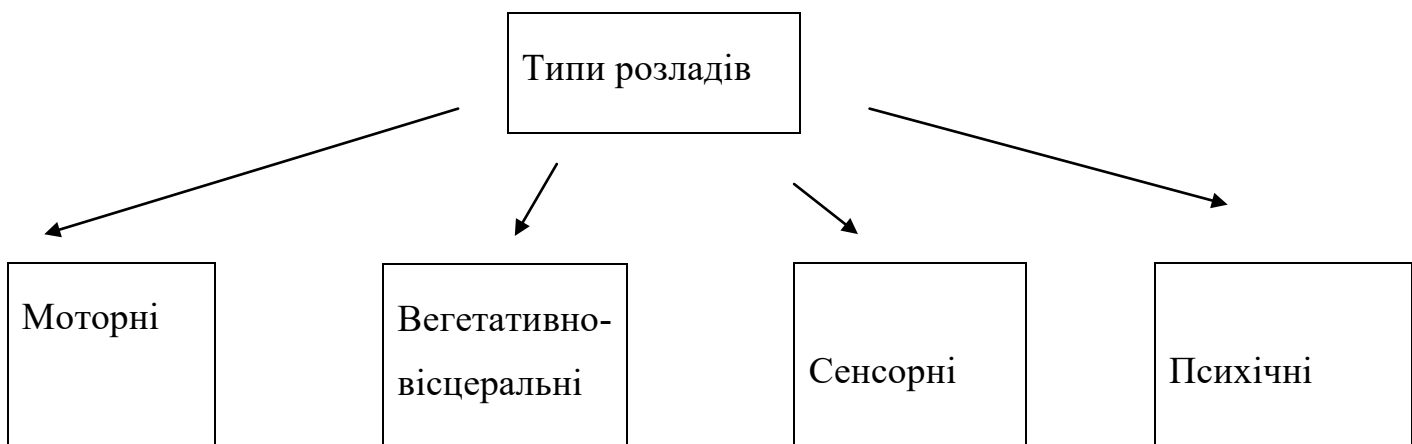
Істеричний невроз - це різновид психогеній, який виникає внаслідок впливу психотравмівної ситуації на осіб з істеричним складом характеру.

Згідно з МКХ-10 виділяють наступні різновиди:

- Дисоціативна амнезія (F44.0);
- Дисоціативна fuga (F44.1);
- Дисоціативний ступор (F44.2);
- Транс та одержимість (F44.3);
- Дисоціативні розлади рухів та почуттів (F44.4-44.7);
- Змішані дисоціативні (конверсійні) розлади (F44.7);
- Інші дисоціативні розлади (F44.8);

Розповсюдженість: найчастіше істеричний невроз виникає у молодих жінок, але можуть хворіти і чоловіки.

Клінічні прояви неврозу нагадують різні захворювання, через що дістав назву «хамелеон, який безперервно змінює своє забарвлення». Умовно усі розлади були розподілені на такі групи: моторні, сенсорні, вегетативно-вісцеральні та психічні.



1. Моторні розлади:

- істеричний пароксизм або конвульсії – окремий діагноз виділений у МКХ-10 (F44.5) (слід диференціювати з епілептичним нападом); Істеричні напади також можуть проявлятися у вигляді підвищеної сонливості - «істеричної псевдокоми», що продовжується декілька годин, днів або тижнів. Пацієнт лежить нерухомо, не вступає у контакт та не реагує на подразники. Але усі загальноклінічні показники та фізіологічні рефлексії у таких хворих будуть у нормі.

Диференційна діагностика істеричного нападу:

Диференційно-діагностичні критерії	Епілептичний напад	Істеричний напад
Початок	Раптовий	Психогенно обумовлений
Аура	Наявна	Відсутня
Ініціальний крик	Завжди	Відсутній
Падіння	У будь-якому місці	Повільне, акуратне падіння, на м'яку поверхню
Цианоз обличчя	Є	Відсутній
Мімічні реакції	Одноманітні	Виразні гримаси (страждання, страху, захвату, судомне смикання повік)

Реакція зіниць на світло	Відсутня	Збережена
Тривалість нападу	Від 30 секунд до 2 хвилин	Від декількох хвилин до години
Послідовність фаз нападу	Є	Відсутня
Контакт під час нападу	Неможливий	Можливий
Прикушення язика, мимовільне сечовипускання	Відбувається	Не відбувається
Амнезія після нападу	Повна	Часткова
Олігофазія після нападу	Є	Відсутня
Наявність судомної біоелектричної активності на ЕЕГ	Наявна	Відсутня

- істеричний параліч (у вигляді моно-, пара-, тетраплегії або обмежується маленькими розмірами, не супроводжується патологічними рефlekсами, пірамідними порушеннями, не відповідає ходу нервових стовбурів);
- істерична афонія (параліч голосових м'язів);
- істерична контрактура (коли пацієнти на тривалий час застигають у «манірній позі»);
- істеричний гіперкінез (проявляється як тикоподібні або тремтливі рухи тіла\окремих його частин; характеризується елементами імітації);
- астазія-абазія (розлад у вигляді нездатності до самостійного стояння і ходіння).

2. Сенсорні розлади:

- виникнення ділянок анестезії або гіперестезії (у вигляді панчох, шкарпеток, рукавичок);
- істеричний сурдомутизм, сліпота, втрата нюху, смаку, глоткового рефлексу.

3. Вегетативно-вісцеральні розлади:

- відчуття стискання гортані (globus hystericus);
- відчуття нехватки повітря;
- дисфагія;
- затримка сечовипускання, закрепи;
- нудота, блювання (як спорадичне, так і постійне);
- істерична анорексія, гикавка, зригування, порушення салівації;
- порушення функції серцево-судинної системи (дистонія, лабільність пульсу);
- розлади терморегуляції;
- порушення менструального циклу (аменорея, дисменорея, менорагія, вагінізм);
- істерична псевдовагітність (збільшення розмірів живота внаслідок метеоризму, відчуття рухів плода, аменорея, нудота);
- істеричний дерматоз (гіперемія шкіри, геморагічний висип).

4. Психічні розлади:

- підвищена афективність (лабільність настрою, хворі легко зриваються на крик, вередують, б'ють посуд);
- фіксовані страхи та істерична депресія (яскраві зовнішні прояви: стон, патетичні заяви);
- істеричний присмерковий стан (у свідомості домінують яскраво забарвлені галюцинації та маячноподібні фантазії, що відображують психотравмуючу ситуацію в більше сприятливому для хворого стані).

Дисоціативна амнезія – найбільш розповсюджений дисоціативний розлад, частіше виникає у людей, що пережили стихійне лихо, війну.

Діагноз «дисоціативна амнезія» встановлюється при частковій або повній втраті спогадів травматичних стресових розладів. Епізод амнезії виникає гостро та



частіше всього пацієнт відчуває втрату пам'яті, що сприймається болісно або байдуже. Найчастіше зустрічається локалізована амнезія, коли втрачаються спогади за короткий проміжок часу (від 1 до 7 днів). У період амнестичного епізоду пацієнт може виглядати дезорієнтованим, сплутаним, не пізнавати знайомих обличч, можливі навіть галюцинації. Такий стан може приносити, як первинну (втрату пам'яті про смерть близьких), так й вторинну вигоду (видалення військового у стані амнезії із зони бойових дій). Епізод втрати пам'яті закінчується так само несподівано, як і починається. Після виходу з амнезії у пам'яті іноді впливають окремі елементи того, що відбувалося.

У лікуванні дисоціативної амнезії необхідно найскоріше усвідомити витіснені переживання у обстановці, де такий процес буде найменш болісним. Далі необхідне детальне опрацювання витіснених спогадів із метою глибокого розуміння хворим його зв'язку із актуальними емоційними конфліктами.

Дисоціативна fuga (лат. *fugere* «бігти») – це різновид дисоціативного розладу, коли хворий несподівано, без пояснень, вирушає у дорогу, або

навіть у подорож та втрачає будь-які спогади про своє тяжке минуле або про усе своє життя. Але на відміну від дисоціативної амнезії, пацієнт під час епізоду фуги не усвідомлює розладів пам'яті та ззовні не виглядає дезорієнтованим. Хворий представляється іншим ім'ям, займається іншою професією (ніяк не пов'язаною із минулим місцем роботи), вступає в складні соціальні взаємодії та не привертає до себе уваги оточуючих. У рідких випадках можливі спалахи агресії.

Вважається, що дисоціативна фуга найчастіше зустрічається у військовий час, внаслідок природної катастрофи або внаслідок кризи, що супроводжує інтенсивний внутрішній конфлікт особистості.

Етіологія. Факторами, що сприяють виникненню фуги є: зловживання алкоголю, наявність емоційно нестабільного, істероїдного або шизоїдного типу особистості, а також супутня афективна патологія. В основі полягає психологічний фактор, який пов'язаний із бажанням уникнути хворобливих переживань, тобто фуга носить захисний характер, бо дає хворому «відпустку» від своїх проблем. Окрім катастрофічних обставин, фуга відбувається у контексті побутового психосоціального стресу (образа, емоційна значуща втрата, сімейний конфлікт).

Тривалість такого стану складає від декількох годин до декількох місяців. Завершення епізоду виникає несподівано (на виході зі сну), супроводжується негативними емоціями. Повернення пам'яті болісних спогадів супроводжується повним або частковим забуванням подій, що були під час фуги.

Перший клінічний випадок дисоціативної фуги був описаний у 1890 році американським психіатром У.Джеймсом:

«17 січня 1887 священик Ансель Бурн, штат Род-Айленд, зняв зі свого рахунку в банку в Провіденсі \$ 551, сплатив кілька рахунків за ділянку землі та сів в кінний екіпаж, що прямував в Потакет. Це була остання подія, яку він пам'ятав. У цей день він не повернувся додому, про нього нічого не було чути протягом двох місяців. В газетах помістили оголошення про його розшук, але поліції, яка підозрювала, що скоєно якийсь злочин, не вдалося визначити його місцезнаходження. Однак вранці 14 березня в Норрістаун, штат Пенсильванія, людина, що називала себе А. Дж. Брауном, який шістьма тижнями раніше взяв у оренду невеликий магазин, заповнив його канцелярським приладдям, кондитерськими виробами, фруктами, дрібними товарами і вів увесь цей час скромну торгівлю, не даючи привід оточуючим помітити щось незвичайне, прокинувся переляканим, покликав сусідів по будинку і попросив їх сказати йому, де він знаходиться. Він повідомив, що його звуть Ансель Бурн, що йому нічого невідомо про Норрістаун, що він нічого не розуміє в торгівлі і останнє, що він пам'ятає, - йому здавалося, це було тільки вчора, - це те, як він брав гроші в банку в Провіденсі ... Він був дуже слабкий, мабуть, втративши у вазі понад 20 фунтів за час своєї ескапади, і прийшов в жах від думки про кондитерський магазин та відмовився там більше з'являтися (James, 1890, р. 391-393)».

Рецидиви дисоціативної фути бувають дуже рідко, але у таких хворих є велика коморбідність із другими дисоціативними порушеннями.



Дисоціативний ступор – розлад, що проявляється психомоторним гальмуванням, вираженою афективною напругою та мутизмом, внаслідок психічної травми.

При цьому стані у пацієнтів значно знижується або взагалі відсутні довільні рухи та мова, обмежена координація рухів очних яблук, відсутня реакція на світло, звук та торкання, тривале перебування у одній позі. Але при цьому м'язовий тонус, дихання та здатність самостійно підтримувати вертикальне положення тіла у таких хворих будуть у нормі. При згадуванні травмуючої ситуації хворий може почати плакати, в нього частішає пульс та можуть тремтіти м'язи обличчя.

Короткотривалий ступор (декілька секунд) зустрічається часто та не вимагає спеціального лікування. Більш тривалий ступор є рідким психічним розладом і потребує уваги спеціалістів.

Транс та стани одержимості – розлад, що характеризується тимчасовою втратою самосвідомості та повним нерозумінням оточуючого світу. Людина у такому стані не в змозі реагувати на зовнішні подразники, але після виходу з трансу пам'ять на минулі події збережена. Також, у стані одержимості (стара назва «какодемономанія») люди впевнені, що їх тілом та думками хтось керує (наприклад: дух, демон або божество). *Диференційну діагностику* такого стану необхідно проводити із шизофренією, розладами особистості органічної етіології, інтоксикацією, пов'язаною з використанням ПАР.

Інші дисоціативні розлади



➤ Множинна особистість (дисоціативний розлад особистості, дисоціативний розлад ідентичності) - стан психіки, який характеризується наявністю двох або більше особистостей, що чергуються між собою, у одній людині.

Клінічна картина: в ході бесіди з таким пацієнтом, визначається, що усі «особистості» ніяк не пов'язані між собою, вони мають різну стать, вік, національність, спогади та погляди на життя. При «переключенні особистості» спогади про діалог одразу амнезуються, навіть якщо він тільки що завершився. Таким чином відбувається дисоціація, розщеплення особистості, яке захищає емоційний стан людини. Варто зауважити, що множинна особистість не пов'язана з органічною патологією та психічними розладами при вживанні ПАР.

Диференційну діагностику множинної особистості слід проводити із психогенною амнезією, дисоціативною фугою та шизофренією.

Соматоформний розлад (соматизована психічна реакція) - група психічних розладів невротичного походження, в клінічній картині яких в першу чергу виступають соматичні (псевдосоматичні) скарги, а потім вже психічні порушення.

Такі пацієнти вимагають у лікарів постійного та повторного обстеження, незважаючи на запевнення лікаря у відсутності соматичної патології. У такому разі, дуже важливо, щоб лікар загальної практики зміг правильно диференціювати соматоформний розлад та направити пацієнта до психіатра.



Діагностичні критерії соматоформного розладу згідно з МКХ-10:

1. Тривалість розладу (наявність хоча б одного соматичного симптому) - більше 2 років;

2. Пред'явлення соматичної симптоматики одночасно з наполегливими вимогами медичних обстежень, незважаючи на повторні негативні їх результати і запевнення лікарів, що симптоми не мають соматичної природи. Постійна недовіра до лікарів, недотримання їх призначень;

3. Якщо у хворого є будь-які соматичні захворювання, вони не пояснюють природи і ступеня вираженості симптомів або скарг пацієнта.

Для того, щоб розпізнати провідні синдроми при СФР необхідно ознайомитися із класифікацією соматоформних розладів.

Класифікація:

1. Соматизований розлад – синдром множинних скарг. *Наприклад:* ангіоневроз, синдром гіпервентиляції (психогенна задишка), синдром роздратованого шлунку.

2. Недиференційований соматоформний розлад – мінлива картина захворювання, клініка постійно змінюється.



3. Іпохондричний розлад – впевненість хворих у наявності в себе смертельної хвороби, навіть якщо під час діагностичних досліджень не було знайдено жодної патології. Такі пацієнти вивчають велику кількість медичної літератури та намагаються запевнити лікаря у наявності своєї хвороби. Наслідками цього розладу є недовіра пацієнтів до лікарів та соціальна дезадаптація (через постійне занепокоєння людини своїм здоров'ям).

4. Соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи – найчастіше зустрічається у практиці лікарів, які виставляють діагноз «вегето-судинна дистонія». Слід наголосити, що згідно МКХ-10 такого діагнозу не існує, але клінічна картина відповідає опису соматоформної дисфункції ВНС. Порушення ВНС призводить до виникнення великої кількості скарг у пацієнтів з боку усіх органів та систем, наприклад: серцебиття, задишка, запаморочення, тремор, ларінгоспазм, «ведмежа хвороба». При цьому, наведені симптоми не відповідають жодному структурному або функціональному розладу, та не призводять до порушення функціонування організму. Яскравим прикладом соматоформної дисфункції ВНС є синдром Да Коста (кардіофобія), коли у людини виникає страх за своє серце. Пацієнти із синдромом Да Коста скаржаться на тупий біль у серці, утруднене дихання, прискорене серцебиття, блідість, розширення зіниць – що лише погіршує їх емоційний та психічний стан.

Згідно МКХ-10 виділяють соматоформну дисфункцію ВНС серця і серцево-судинної системи, верхньої частини шлунково-кишкового тракту, нижньої частини шлунково-кишкового тракту, дихальної та уrogenітальної системи.

5. Стійкий соматоформний больовий розлад – стан, при якому пацієнт відчуває постійний, виснажуючий біль по всьому тілу, що триває не менше 6 місяців. Скарги не відповідають результатам досліджень (може спостерігатися невелике відхилення від норми, яке все одно не пояснює походження болю) та стан пацієнта погіршується після будь-яких емоційних навантажень.

Неврастенія (синдром Бірда, американська хвороба, американське виснаження).

Розповсюдженість неврастенії у популяції складає 1,2-5%. До лікарів загальної практики з приводу астенії звертаються 14-65% пацієнтів. Виникає неврастенія переважно у віці 20-40 років, частіше у чоловіків.

Неврастенія вперше була описана у 1869 році американським лікарем Георгом Бірдом, який пов'язував виникнення астенії із тривалим виснаженням нервової системи.

Клінічні прояви: ведучим симптомом неврастенії є дратлива слабкість. Такі хворі скаржаться на нестерпну втоми, слабкість, зниження життєвого тону, нездатності отримувати задоволення (ангедонія). Внаслідок зниження уваги та розсіяності, знижається працездатність.



Також виникають різноманітні вегетативні розлади: тахікардія, пітливість, похолодання кінцівок, зниження апетиту, порушення сну (нічні пробудження), головні болі, біль нервово-м'язового типу. Можуть виникати вегетативні кризи.

Класифікація: виділяють дві форми неврастенії: *гіпостенічну* та *гіперстенічну*.

Гіпостенічна неврастенія Провідними симптомами такого стану є втоми, фізична слабкість, виснаження після мінімальних зусиль, зниження зацікавленості у оточуючому світі.

Гіперстенічна неврастенія проявляється роздратованістю, сльозливістю, нетерплячістю. Характерна гіперестезія - виражена сенсibiliзація до зовнішніх подразників. Пацієнти кажуть, що їх: «дратує звук капання води, тикання часів, виникають болісні відчуття при ввімкненні світла».



Найб Частіше зустрічається послідовний перехід гіперстенічної форми у гіпостенічну, між ними ще може існувати проміжна форма. Виділяють також затяжний перебіг неврастенії (триває більше року, супроводжується стійкими іпохондрічними, депресивними та

тревожно-фобічними розладами).

Виділяють наступні *симптоми та синдроми* характерні для неврастенії:

- Каска Гіпократата - різновид стягуючого головного болю. Пацієнти описують цей біль, як «відчуття від натягнення на голову важкої каски»;
- Синдром менеджера або синдром вигоряння- наявність постійної втоми, навіть після відпочинку;
- Амблінойя- патологічне утруднення у прийнятті рішень, постійні сумління;
- Синдром Мінковського або синдром концентраційних таборів - втрата здатності співчувати іншим, прагнення до усамітнення, слабкість та зниження ваги.



Синдром хронічної втоми (синдром поствірусної астенії).

Історія: цей діагноз з'явився на світ тільки у 1980-х роках, у Каліфорнії, під час спалаху епідемії герпес-асоційованих захворювань. На території штату Невада лікарі відмітили, що у інфікованих

пацієнтів, окрім соматичних проявів (субфебрилітет, збільшення розмірів селезінки, лімфатичних вузлів), приєднуються ще й такі скарги, як: підвищена сонливість, стомлюваність, поганий настрій, емоційна лабільність, експлозивність, зниження пам'яті, роздратованість – що не проходять після відпочинку, протягом більш ніж 6 місяців.

Розповсюдженість: В Україні діагноз СХВ частіше виставляють жінкам працездатного віку (16-45 років). Загострення такого стану серед пацієнтів відбувається восени та взимку, що пояснюється нестачею інсоляції, як ще одного чиннику розвитку цього синдрому.

На сьогоднішній день, *етіологія* СХВ невідома. Також не була доведена роль вірусних інфекцій, харчових алергій, надмірних навантажень у розвитку наведеного синдрому. Але в імунологічному плані у таких пацієнтів спостерігається зниження кількості Ig G, Т - лімфопенія та підвищення кількості циркулюючих імунних комплексів, що дозволяє припустити імунологічну теорію походження хронічної втоми.

Важливо правильно *диференціювати* цей діагноз з іншими астеничними та депресивними станами. Ключова відмінність: чіткий зв'язок СХВ із соматичними проявами та імунодефіцитом.

Синдром деперсоналізації – дереалізації – стан, у якому поєднуються два симптоми порушення сприйняття, а саме деперсоналізація та дереалізація. Пацієнт з таким діагнозом не відчуває себе, свого тіла та

оточуючі предмети навколо себе, та буде скаржитися на те, що: «усе навколо, та навіть я сам, стало немов би чуже, зовсім не знайоме мені. Моє тіло штучне, несправжнє, як і мої емоції.. А люди навколо, немов декорація, усе це не існує насправді». При цьому, пацієнти дуже болісно сприймають свій стан, та критично відносяться до таких змін свого світосприйняття.

Інші уточнені невротичні розлади – до них відносять:

1. Синдром Дата – невроз, при якому чоловік переконаний у тому, що процес сім'явипорскування виснажує його здоров'я та життєві сили. Даний синдром іноді супроводжується соматичними розладами (почуття слабкості, болем у м'язах, виснажуванням);

2. Професійні неврози, у т.ч. й писальний спазм – розлади, які заважають людині робити дії, які потрібні для виконання їх роботи. Яскравим прикладом є писальний спазм – безболісний стан, коли людина не може писати, через те, що рука починає сильно тремтіти або навпаки, не може утримати ручку. Але подібний спазм є дуже вибіркоvim, тобто при виконанні інших дій, усі функції руки будуть збережені;

3. Психастенія – невротичний розлад, який характеризується надмірною вразливістю, роздратованістю, нерішучістю пацієнта, така людина постійно знаходиться у сумнівах, недооцінює себе. Головною відмінністю пацієнтів з психастенією від пацієнтів з неврастенією є їх гіпертрофована чутливість та деперсоналізація.

2.2. Реактивні психози

Реактивні психози – це тимчасові, зворотні розлади психічної діяльності, в етіопатогенезі яких головна роль належить психотравмі. Ключовими відмінностями реактивних психозів від неврозів є гострота стану

пацієнта, наявність продуктивної симптоматики, афективно - звужений стан свідомості, і як наслідок, відсутність критики хворих.

Класифікація. За особливостями перебігу реактивні психози поділяють на:

1. Гострі (афективно-шокові):
 - Гіпокінетичний варіант;
 - Гіперкінетичний варіант (гострий присмерковий стан, гостра реактивна сплутаність);
2. Підгострі (істеричні):
 - Істеричний присмерковий стан;
 - Псевдодеменція;
 - Регресія;
 - Пуерилізм;
 - Синдром Ганзера;
 - Маячноподібний стан;
3. Затяжні (суб'єктивно значущі)
 - Реактивна депресія;
 - Реактивний параноїд;

Афективно-шокові реактивні психози (гострі психози, психогенний шок) – виникають під впливом дуже сильної, глобальної та раптової загрози та\або психотравми. Розрізняють два види таких реакцій:

1. *Гіпокінетичний* варіант, у вигляді гострого реактивного ступору («уявна смерть») – раптово виникаючий стан повної дезорієнтації, нерухомості, мутизму та байдужості до оточення. Такі хворі завмирають із виразом жаху на обличчі, відразу після психічної травми, в них дуже помітні вегетативні розлади – липкий піт, різке збліднення, можливі мимовільні сечовипускання та дефекація. *Тривалість:* від декількох годин до 1-2 днів.

2. *Гіперкінетичний* варіант, у вигляді:

– *Гострий присмерковий стан* – стан, при якому у хворого раптово виникає сплутаність свідомості, психомоторне збудження, повна дезорієнтація; пацієнт робить хаотичні нецілеспрямовані рухи, у спробах втекти від уявної небезпеки (фугіформні реакції);

– *Гостра реактивна сплутаність* – також стан розладу свідомості, який супроводжується дезорієнтацією, збудженням, людина не розуміє звернену до нього мову, безперервно розмовляє, що призводить до виникнення «мовленнєвого вінегрету»;

– *Гострий реактивний параноїд* – стан, при якому виникають маячні ідеї спостереження, впливу або відношення, на фоні психотравмуючої ситуації.



Клініка: постійне відчуття тривоги та страху призводить до того, що пацієнти стають дуже підозрілими, часто озираються, ретельно спостерігають за оточуючими. Нерідко параноїд супроводжується реактивним маренням спостереження, відношення, впливу, самозвинувачення або навіть іпохондричним маренням, тому характерним для таких хворих є впевненість у тому, що за ними слідкують, хочуть вбити, на них полюються і таке інше. Перебіг реактивного параноїду також супроводжуються галюцинаціями (переважно слуховими), пацієнти чують, що про них говорять, обговорюють план їх «вбивства». Слід наголосити на тому, що галюцинації та марення при параноїді повністю відображують психотравмуючу ситуацію.

Підгострі реактивні психози:

1. *Істеричний присмерковий стан* – характеризується своєю демонстративністю, поліморфністю та афективним звуженням свідомості. Афективні розлади носять напружений та тривожний характер, частіше це відчуття страху, гніву, жаху, тощо. Перебіг присмеркового стану часто супроводжується ілюзіями, яскравими зоровими галюцинаціями, образним маяченням Копгра та Фреголі, загальним психомоторним збудженням.
Тривалість: до 2 тижнів;

2. *Псевдодеменція* – вважається відносно легким та неглибоким розладом, при якому відбувається минулий регрес психічної діяльності, що нібито імітує недоумство. Хворий починає неправильно відповідати на поставлені питання (мимоговоріння), постійно засмучено озирається, робить вигляд, що нічого не розуміє. Неправильні відповіді часто супроводжуються неправильними діями (мимодія): якщо попросити хворого показати ніс, він показує очі, замість того, щоб надягнути взуття на ноги, людина натягує їх на ноги та таке інше. Типовою особливістю псевдодементного стану є контраст між мімиоговорінням й мимодією у простих обставинах та одночасне збереження складних вирішень та дій.



Розрізняють ажитовану та депресивну псевдодеменцію. Ажитована псевдодеменція характеризується виникненням збудження, ейфорії, хворі метушливі, кривляються, на запитання відповідають без зупинок.

Депресивна псевдодеменція проявляється уповільненим мисленням, розгубленістю, хворі можуть плакати, довго дивитися у одну крапку, відповідають на усі питання запереченням.

3. *Регресія або здичавіння психіки* – так називають виникаючу на фоні істеричного розладу свідомості поведінку хворого, що нагадує поведінку тварин. Регресія проявляється психомоторним збудженням та іноді, маренням перевтілення: хворий не носить білизну, повзає навколішки, кричить, кусається, ричить на оточуючих, скалять зуби, їдять із миски



4. *Пуерілізм* – істеричне звуження свідомості, при якому доросла людина починає себе вести, як дитина. Хворі шепелявлять, сюсюкають, говорять із дитячими інтонаціями, дорослих людей називають «дядьки та тітоньки», вередують, граються з іграшками. Такі хворі метушливі, усього торкаються, топчуть ногами, якщо їм у чомусь відмовляють, надувають губи. Але одночасно із такою дитячою поведінкою, зберігаються звички дорослої людини, тобто хворий спочатку може гратися ляльками, а потім почати курити цигарки, правильно запалюючи сірник та прикурюючи;



5. *Синдром Ганзера* (синдром мимоговоріння) – варіант істеричного сутінкового потьмарення свідомості, при якому створюється «імітація» справжнього психічного захворювання. *Історія*: вперше цей розлад був описаний Ганзером у 1898 році, серед тюремних ув'язнених. *Розповсюдженість*: частіше хворіють чоловіки юнацького віку, переважно із дисоціативним розладом особистості. *Клінічна картина*: основні симптоми цього стану є:

- Мимоговоріння- людина відповідає на питання у площині правильної відповіді, але все одно невірно. Наприклад, на питання: «якого кольору дерево, кров, небо та земля?», пацієнт відповідає наступним чином: «дерево червоне, кров зелена , небо коричневе та земля голубого кольору»; людина не може правильно назвати своє ім'я, дату народження та місце проживання.

- Мимодія - при виконанні певних команд, пацієнт робить їх начебто навпаки. Приклад: щоб зачинити двері, пацієнт їх відчиняє, або якщо лікар питає: «скільки буде шість помножити на вісім?», людина відповідає: «сорок сім».

- Пуерілізм;
- Істеричне звуження свідомості.

Перебіг: закінчується синдром Ганзера частковою конградною амнезією та триває від декількох часів до декількох днів.

6. *Маячноподібний стан* – виникнення у хворих із реактивним психозом нестійких ідей, зміст яких змінюється від зовнішніх обставин: переслідування, багатства, самозвинувачення, ревнощів, реформаторства. При цьому, зміст їх висловлювань суперечить загальному тривожному настрою пацієнтів. У змісті висловлювань хворих прямо або опосередковано відображується зміст психотравмуючої ситуації.

Затяжні реактивні психози:



1. *Реактивна депресія* – найбільш часта форма реактивних психозів, близько 40% від усіх випадків психозів.

Класифікація:

I. За перебігом:

– Гострі депресивні

стани – після раптової психотравми, що має особливе значення для хворого; частіше відбуваються у особистостей з

астенічними та психастенічними рисами. Клінічна картина: страх, глибокий розпач, суїцидальні думки;

– Затяжні

депресивні стани – розвиваються через певний час після психотравмуючої ситуації.



Клінічна картина: хворий повністю зосереджений на неприємних подіях свого життя, настрій пригнічений, тужливий;

II. За клінічними синдромами:

- Астенодепресивний синдром – характеризується психомоторною загальмованістю, швидким виснаженням, зниження та погіршення уваги, гіперестезія (різка реакція на подразники, наприклад: шум, світло), вегетативні розлади (слабкість, блідість, запаморочення та ін.);
- Істероїдно - депресивний синдром – виразні зовнішні прояви депресії : слізливість, злобність, подразливість, демонстративність (театральна міміка, рухи хворого, що привертають увагу), суїцидальні спроби. Хворі запевняють оточуючих у тому, що їх стан дуже тяжкий, що вони страждають більш за всіх оточуючих, активно привертають до себе увагу. Часто така симптоматика поєднується з іншими істеричними проявами реактивних психозів (пуерілізм, псевододеменція);
- Депресивно - параноїдний синдром – виявляється у вигляді психомоторної загальмованості, афективно-звуженої свідомості (людина фіксується на психотравмуючій події), подалі виникає маячна інтерпретація навколишнього світу, брадипсихія, синдром Кандинського-Клерамбо;
- Депресивно - іпохондричний синдром – розвивається гостро, часто трапляється ятрогенна причина виникнення подібного стану: внаслідок необережних висловлювань медичних працівників людина починає замислюватись про те, що в неї є невиліковне захворювання. Клінічно такий синдром проявляється тужливим настроєм, тривогою,

відчуттям страху, фіксованістю на своєму здоров'ї. Будь-які вегетативні розлади будуть ще більше запевняти пацієнта у їх «уявній» хворобі. На пізніх стадіях можливий розвиток іпохондричного марення.

Відмінностями реактивних депресій від ендогенних є: фабула депресивних переживань повністю відображує зміст психотравми, збереження критики (хоч і дещо зниженої) до власного стану, більш сприятливим прогнозом;

2. *Реактивний параноїд* – характеризується афективною насиченістю марення, страхом, тривогою, розгубленістю. Фабула маячення відображує зміст психотравми. Реактивний параноїд розвивається після короткого продромального періоду – «передчуття» лиха, тривога, елементи дереалізації. Потім розгортається клінічна картина, коли хворі відчують смертельну небезпеку для їх життя.

Історія: ще у 30-х годах XX століття Жислін С.Г. описав залізнодорожний параноїд. Він помітив, що у людей, які довго перебували у подорожі, виникав патологічний стан при якому вони починали думати, що усі їх попутники за ними стежать, говорять про нього, планують пограбувати. Постійне перебування у закритому приміщенні та висока емоціональна напруга призводили до того, що такі хворі зверталися за допомогою до співробітників залізниці, міліції, скаржилися на образників та вимагали їх покарання. Окрім цього, людина намагалася також самотійно «оборонятися» від уявних ворогів, конфліктувала із сусідами по вагону та навіть загрожувала фізичною розправою. Була описана й зворотна поведінка пацієнтів: людина навмисно віддавала свої речі та гроші «ворогам», щоб уникнути конфлікту та задобрити їх. Іноді хвилювання призводило до того, що людина намагалася вистрибнути з поїзду або покінчити із собою, із метою уникнення покарання.

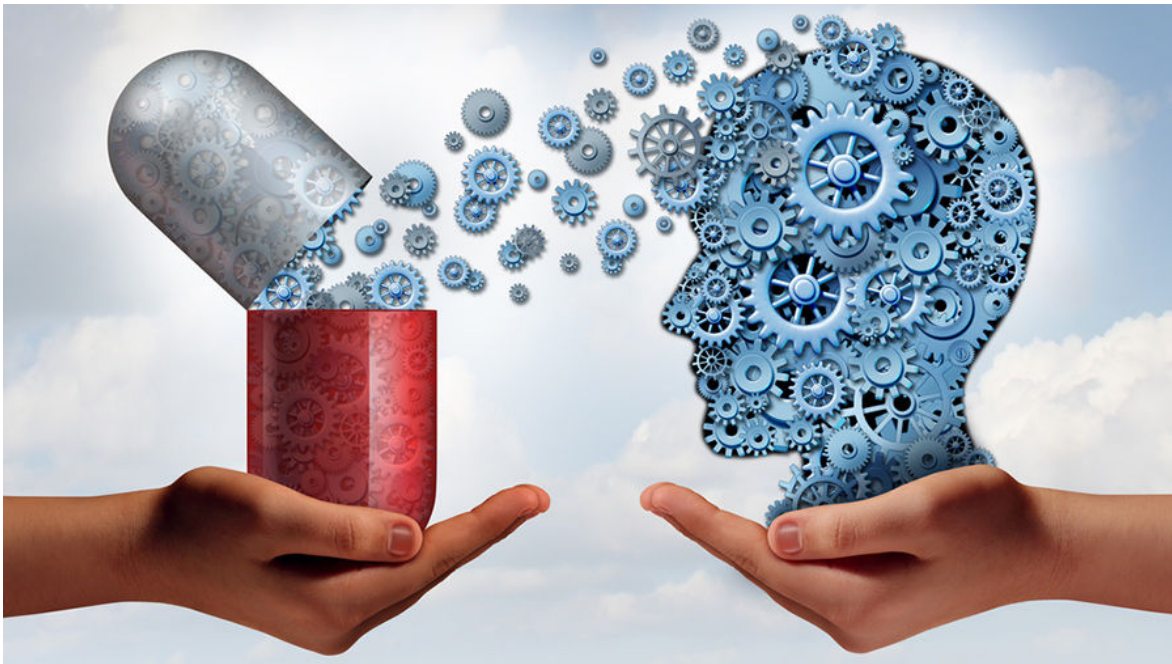
Класифікація – на сьогоднішній день виділяють наступні форми параноїду:

– Паранояльний («гіпопараноя», «абортивна параноя») – характеризується паранояльною структурою надцінних і маревних ідей, що не виходять за рамки психотравмуючих обставин. Частіше за все це марення ревностів, винахідництва та переслідування – воно не має тенденції до генералізації та є відносно ізольованим, щодо свого змісту.

– Параноїд зовнішніх обставин – сюди відносять: міграційний психоз (коли людина опиняється в іншомовній та незнайомій країні), марення туговухих, тюремні параноїди (виникає у разі очікування осуду, страху покарання), залізничний параноїд, параноїд воєнного часу (коли людина бачить своїх ворогів у оточуючих людях). Клінічна картина цих параноїдів характеризується виникненням тривоги та страху, слухових ілюзій загрозливого змісту, можливе виникнення вербальних галюцинацій, що коментують дії хворого, звинувачувального та загрозливого характеру.

2.3. Лікування психогенних розладів

Найбільш важливим та актуальним є питання про лікування неврозів та реактивних психозів. Перш за все, необхідно звернути увагу на те, що лікування неврозів повинно бути строго індивідуальним та комплексним, тобто фармакотерапія, психотерапія, загальнозміцнююча терапія та методи реабілітації - однаково важливі під час лікування хворих. Зазвичай, лікування психогеній амбулаторне, але при психозах необхідно проведення стаціонарного лікування.



Групи препаратів, що доцільно використовувати для лікування психогенних захворювань:

1. Транквілізатори (анксіолітики) – лікарські засоби, які назначають у випадках коли необхідно усунути тривогу, відчуття страху, психоемоційне напруження та афективну нестійкість пацієнтів. Транквілізатори ефективно діють при астенічних, антеро - депресивних та антеро - іпохондричних проявах невротично-соматичного генезу. Класифікація анксіолітиків:

А. В залежності від ефекту:

- транквілізатори із гальмівним ефектом (феназепам, еленіум, оксазепам, золпідем, нітразепам, гідазепам) – знижують збудливість, вегетативні розлади, мають снодійний, седативний, міорелаксуючий та протисудомний ефекти;
- транквілізатори із стимулюючим ефектом (діазепам, медазепам, афобазол) – призначають для усунення дисфорій, гострої тривоги, навязливих станів, неспсихотичної депресії та лікування судомних нападів.

В. Згідно механізму дії:

- Агоністи бензодіазепінових рецепторів (діазепам, феназепам);
 - Агоністи серотонінових рецепторів (буспірон);
 - Речовини різного типу дії (амізіл).
2. Антидепресанти – мають тимоаналептичний ефект, та впливають на депресивний синдром різного генезу.
- У людей, що страждають на депресію були виявлені порушення серотонінергічної та норадренергічної синаптичної передачі, тому дія антидепресантів націлена на корекцію обміну медіаторів. Згідно механізму дії антидепресантів їх поділяють на наступні групи:
- трициклічні антидепресанти (інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну) – амітриптилін, іміпрамін, докsepін – збільшують кількість серотоніну та норадреналіну у синаптичній щілині та у постсинаптичному нейроні;
 - селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну – флуоксетин, сертралін, циталопрам, флувоксамін, пароксетин;
 - селективні інгібітори зворотного захоплення норадреналіну – мапротилін, нортриптилін, дезипрамін;
 - інгібітори зворотного захоплення дофаміну – диклофеназін, бупропіон, амінептин;
 - інгібітори моноамінооксидази: зворотної дії (піразидол, моклобемід) та незворотної дії (ніаламід) – ця група препаратів інгібує фермент моноамінооксидазу, що руйнує моноаміни у нервових синапсах, тим самим збільшуючи їх кількість у синаптичних щілинах та постсинаптичному нейроні;
 - антидепресанти рецепторної дії – міртазапін (блокує пресинаптичні альфа 2-адренорецептори, що посилює серотонінергічну систему), міансерин (антагоніст 5-НТ постсинаптичних рецепторів серотоніну та альфа 2-адренорецепторів);

- агоністи блокади мелатоніну і серетонінових рецепторів – агомелатин.

Окрім такої класифікації, антидепресанти також розподіляють згідно типу їх дії на організм, тобто існують антидепресанти із *седативною дією* (амітриптилін, триміпрамін, азафен, міансерин, есциталопрам), із *стимулюючою дією* (іміпрамін, кломіпрамін, мапротілін, флуоксетин) та антидепресанти *без побічного додаткового ефекту*.

3. Нейролептики – психотропні засоби, що використовуються у випадках психомоторного збудження пацієнтів, які супроводжуються тривогою, безсонням, страхом та розгубленістю. У лікуванні неврозів нейролептики використовуються досить рідко, але слід знати, як класифікують цю групу препаратів:

А. «Типові» нейролептики:

- похідні фентотіазину (*аліфатичні* – аміназин, тизерцин; *пінеразинові* – трифтазин, мажептил, флуфеназил; *пінеридинові* – сонапакс);
- похідні бутерофенону (галоперидол, бенперидол);
- похідні тіоксантену (хлорпротіксен, клопиксол);

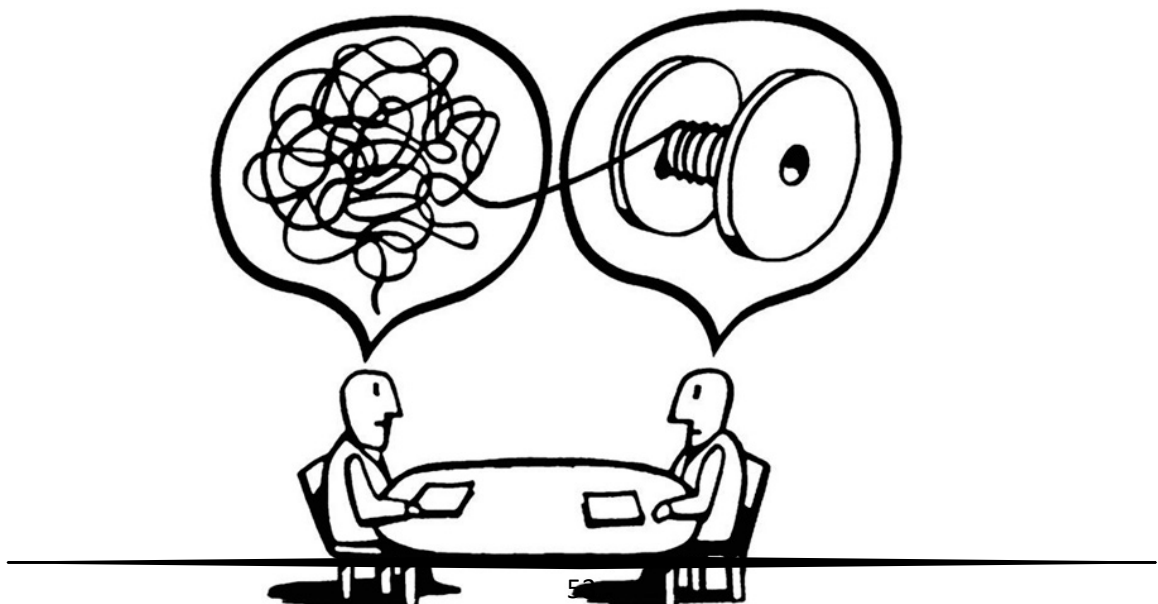
В. «Атипові» нейролептики:

- похідні бензодіазепіну (клозапін, оланзапін, кветіапін);
- пензаміди (сульпірид, амисульпірид);
- похідні бензілоксазолу (рісперідон).

Головною відмінністю типових нейролептиків від «атипових» є те, що перша група препаратів часто викликає екстрапірамідні розлади (через те, що вони впливають на дофамінові рецептори D2), а атипові антипсихотики, в свою чергу мають мультирецепторний профіль зв'язування, що більш легко переносяться пацієнтами.

4. Ноотропи – лікарські засоби, що мають вегетостабілізуючу, антидепресивну, транквілізуючу дію, активізують вищі психічні функції та підвищують психічний тонус. Ноотропи нормалізують процеси клітинного метаболізму в ЦНС і справляють антигіпоксичну дію. Цю групу препаратів часто призначають пацієнтам із астенічними станами, розладами пам'яті, вегетативними дисфункціями та при багатьох інших порушеннях ЦНС. Найбільш розповсюджені ноотропи це: пірацетам, пантогам, піридитол, аміналон;
5. Психостимулятори – призначають при невротичних розладах з астенічними, психастенічними і неврастенічними станами, млявістю, загальмованістю, зниженням працездатності, апатії. Ця група препаратів стимулює інтелектуальну діяльність, прискорює процеси мислення. Механізм дії психостимуляторів полягає у посиленні передавання збудження в синапсах, унаслідок мобілізації медіаторів. До психостимуляторів відносяться наступні препарати: кофеїн, мезокарб та сиднофен.

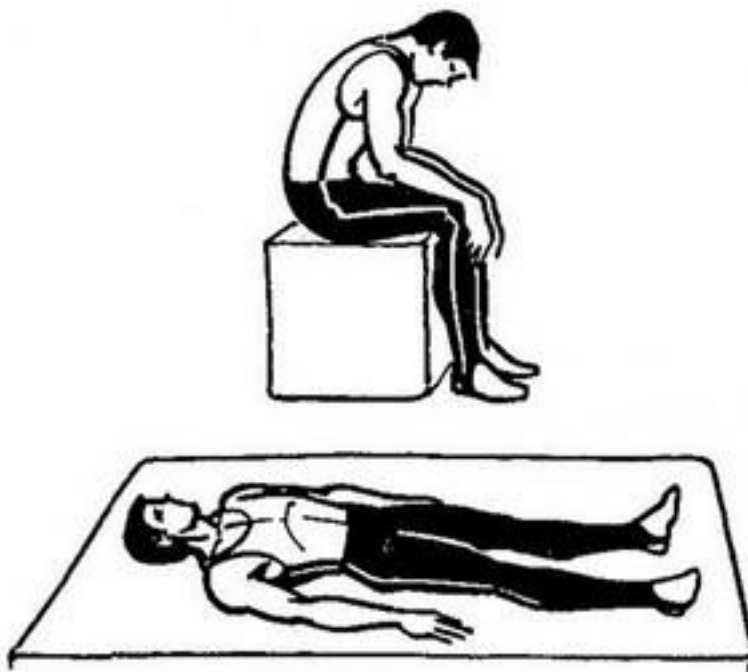
Дуже важливим аспектом лікування психогеній є правильно підібрана *психотерапія*, яку використовують диференційовано, залежно від стану хворого. Основні напрямки *психотерапії*.



➤ *Раціональна психотерапія* – націлена на корекцію поведінки хворого, перероблення патологічного стереотипу реакцій, нормалізацію системи емоційно - вольового реагування шляхом логічного роз’яснення та аргументації. Засновник цього методу П.Дюбуа стверджував: «Раціональною психотерапією я називаю ту, що має своєю метою діяти на світ уявлень пацієнта безпосередньо, а саме шляхом переконливої діалектики». Таким чином, психотерапевт та пацієнт опрацьовують незнання, невизначеність та суперечливі здогадки людини, щодо її хвороби, методами поступового та об’єктивного роз’яснення. Різновиди раціональної психотерапії зустрічаються майже у кожній медичній практиці, де лікар пояснює своїм пацієнтам про їх хвороби та розповідає про терапію;

➤ *Аутогенне тренування* – метод психотерапії, де шляхом самонавіювання досягається релаксація м’язів та процес самовиховання. Під час сеансу аутогенного тренування людиною досягається проміжний стан між сном та неспанням, при якому людина здатна реагувати на зовнішні подразники, але уся її увага є прикутою до власного стану.

Методика цієї терапії складається з трьох етапів:



– 1 етап – релаксація. Необхідно прийняти зручну позу: сидячи (поза кучера), напівсидячи або лежачи. У цьому положенні людина розпочинає виконання вправ, які направлені на: викликання відчуття важкості, тепла, оволодіння ритмом серцевої діяльності,

ритмом дихання, відчуття тепла у епігастральній ділянці та відчуття прохолоди у ділянці чола.

- 2 етап – візуалізація приємних подій, для того, щоб поширити фізичне розслаблення на свідомість людини, фокусування на конкретній меті або деталях, які людині хочеться змінити;
- 3 етап – вихід із аутогенного стану, повернення до повсякденного життя.

Поясненням лікувального ефекту цього різновиду психотерапії є підвищення активності парасимпатичної нервової системи, і як наслідок, нейтралізація негативного настрою людини. Цей метод показаний при тривожних та депресивних розладах психіки, у людей із порушеннями сну та пацієнтам.

➤ *Групова психотерапія* – моделювання психосоціальної діяльності хворого, перебудова невротичних ситуацій, шляхом терапевтичної спрямованості групи.



Існує багато класифікацій та принципів розподілу групової психотерапії. Групи поділяють на:

а) відкриті (безперервні) – коли склад групи постійно змінюється та закриті (одномоментні) групи – коли усі учасники одночасно починають і закінчують курс психотерапії, та їх склад ніколи не змінюється;

б) гетерогенні (об'єднання хворих із різними захворюваннями) та гомогенні (пацієнти з однаковими діагнозами);

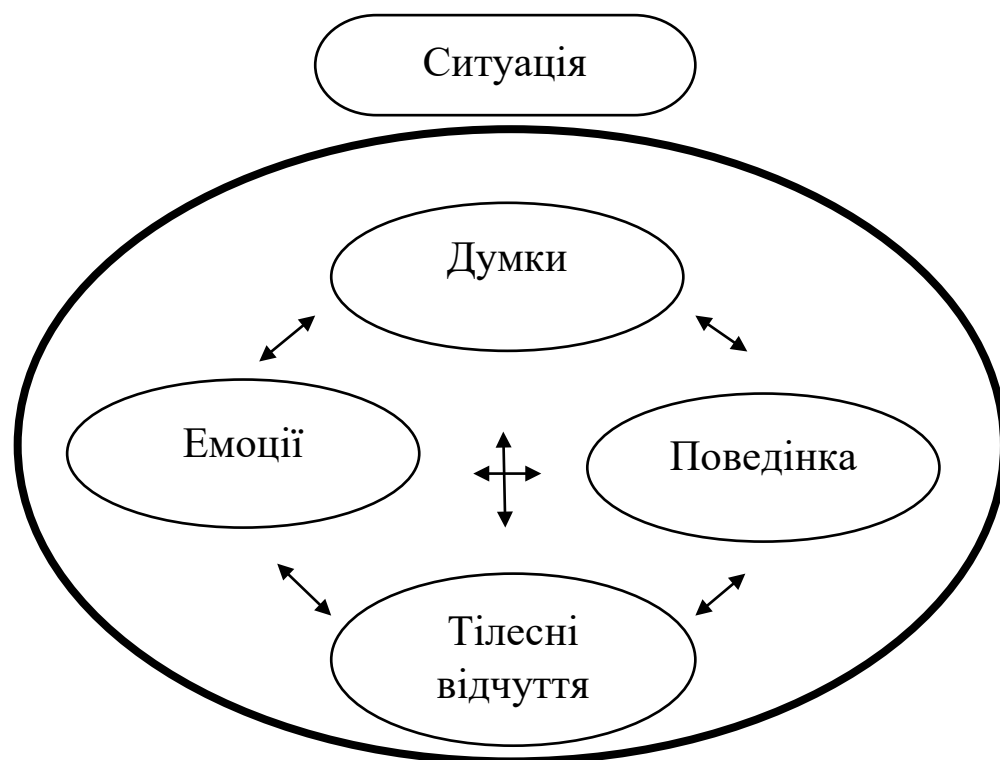
в) в залежності від кількості людей у психотерапевтичній групі виділяють: малі групи (від 2 до 9 людей), середні (від 9 до 20 людей) та великі групи (більше 20 людей);

г) за віком: дитячі, юнацькі, групи дорослих та літніх людей;

д) патогенетична групова психотерапія (базується на концепції психології особистості, включає у себе такі прийоми, як пошук спільного між учасниками групи; створення прийомів активної протидії хвороби; анонімне обговорювання) та симптоматична психотерапія (що поділяється на відволікаючу, активуючу, пояснюючу та седативну психотерапію).

На сьогоднішній день, найбільш розповсюдженою, серед групових психотерапія є сімейна психотерапія. До складу сімейної групи можуть входити: чоловік та дружина, батьки та дитина або навіть представники трьох поколінь. Задачею такої психотерапії є виявлення та опрацювання чинників, що призвели до дезадаптації сімейних стосунків.

➤ *Когнітивно-поведінкова* психотерапія – є одною із найбільш розповсюджених технік психотерапії. КПТ – це система використання принципів навчання й утворення умовних рефлексів, для корекції дезадапційної поведінки пацієнтів. Цей різновид психотерапії поділяє усі емоції на дві групи: продуктивні (раціональні) та непродуктивні (дисфункціональні). Конкретна емоція безпосередньо пов'язана із тим, що робить та як думає людина. Когнітивно-поведінкова психотерапія розглядає кожну дезадаптивну та конфліктну ситуацію таким чином:



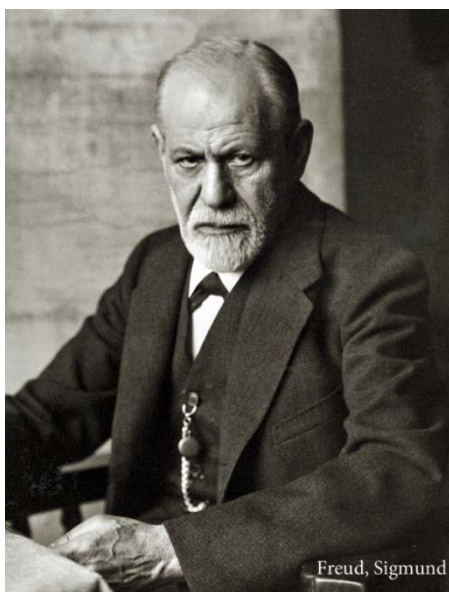
Отже, головною метою КПТ є вивчення кожної ланки цієї моделі: «про що ви думали?», «що ви зробили?», «як відреагувало ваше тіло?», «що саме ви відчули?» - виявити помилки та виправити реакцію та деструктивне мислення людини. Висока ефективність умовно-рефлекторної терапії під час лікування obsесивно-компульсивних розладах, генералізованих тривожних та тривожно-фобічних розладах;



➤ *Сугестивна психотерапія* – вплив на психіку людини методом навіювання, в обхід контролю свідомості та розуму. Навіювання – це процес спонукання людини до дії. Перш ніж розпочати процес навіювання психотерапевт та пацієнт

обговорюють основні скарги хворого, вибудовують гіпотези, що допоможуть у вирішенні проблемної ситуації (слід провести перевірку цих гіпотез, бо необхідно отримати різко негативну реакцію пацієнта на свідомому рівні) і після цього переходять до ключового елементу терапії. Процес навіювання відбувається у наказовій формі, команди віддаються чітко та зрозуміло, з допомогою директивного та недирективного гіпнозу, ритуальних дій, емоційного впливу оточуючих чи казок або метафор. Найбільш чутливими до цього методу психотерапії є люди із нав'язливими станами, розладами сну, порушеннями чутливості.

➤ *Геиштальт – терапия* – займається вивченням реакцій людини на події, що були у минулому. Вона базується на уяві, що соматичне і психічне здоров'я потребують повного усвідомлення фізичних почуттів і емоційних потреб. З цього й виходить головна мета цього різновиду психотерапії: відпрацювання актуальних почуттів та їх тілесних проявів, пошук перцептивних блоків, що перешкоджають самостійному виявленню проблеми. Психотерапевт та пацієнт займаються вивченням психотравм та проблем людини, що були у минулому, з'ясовують їх взаємозв'язок із теперішнім самопочуттям хворого та вирішують існуючі проблеми як у психічному, так і фізичному аспекті;



➤ *Психоаналіз* – терапія, що базується на методі вільних асоціацій та інтерпретації людських сновидінь. Цей метод психотерапії дуже часто використовують у процесі лікування неврозів. Говорячи про психоаналіз необхідно згадати про її засновника – S. Freud, австрійський невролог, психіатр, психолог. S. Freud займався детальним розбором: аспектів лікування пацієнтів з невротичними та істеричними

розладами та вивченням структури людських сновидінь. В кінці XIX початку XX ст. теорія психоаналізу створила справжній резонанс серед усіх лікарів-психіатрів, та й на сьогоднішній день психоаналіз є одною з найбільш поширеніших видів психотерапії. Але з часом, крім класичного, фрейдівського психоаналізу з'явилося багато різновидів цієї практики. Пропонуємо вам розглянути основні поняття у психоаналізі:

– Психіка людини є поєднання трьох ланок: несвідоме, предсвідоме та свідомість; *Несвідоме* – це вмістилище витіснених афективних потягів, бажань, інстинктів, заряджених потужною психічною енергією, що завжди готові реалізуватися. У несвідомих потягах ключова роль надається сексуальному потягу та потягам власного «Я». *Предсвідоме* – вибірково пропускає інформацію (бажання, потяги, думки) у свідоме та формує «ідеал особистості», можна сказати, що предсвідоме виконує роль цензора або сторожу. *Свідоме* – це «орган почуття» для сприйняття психічних процесів, який детермінується вродженими інстинктами;

– Причини поведінки людини полягають у глибині біологічної природи, у незмінних в процесі розвитку, інстинктах, потягах;

– Основа неврозів полягає у внутрішньому конфлікті особистості.

Теорія психоаналізу висуває ряд вимог, щодо роботи психоаналітика:

1. Психоаналітик повинен «вільно» спілкуватися із пацієнтом, щоб проникнути у «тайне» та зрозуміти усю криву симптомокомплексу та розгадати закономірність хвороби;

2. Необхідно зберігати зовнішню афективну не зацікавленість у матеріалі, що представляє пацієнт;

3. Треба вміти навести безпредметну бесіду у бік пошуку джерела тих чи інших переживань, що травмують психіку хворого;

4. Психоаналітик повинен бути наполегливим, всупереч хворому, що активно опирається зануренню до себе у душу, усвідомленню своїх внутрішніх проблем та бажань;

5. Слід прагнути до перенесення хворим своїх сподівань на лікаря, як на ідеал. Хворий повинен «закохатися» у психоаналітика, я колись закохувався у свою матір чи батька.

Психоаналіз, за увесь час свого існування, неодноразово піддавався критиці через те, що перебільшувалась роль сексуальних потягів у несвідомому людини; надто широке залучення, в якості пояснень - метафор, художніх образів, умоглядних конструкцій; довільність у поясненні несвідомого (зміст слів, помилковість дій); довготривалість процесу.

➤ *нейролінгвістичне програмування* – система методів перепрограмування мислення, поведінки та свідомості людини, шляхом копіювання найбільш правильної реакції на певну ситуацію. Винахідники цього методу (Д. Гріндер, Р. Бендлер) утворили модель ефективної комунікації, що дозволяє впливати на співбесідника, змінюючи його відношення до певної проблеми. Психотерапевт дізнається про стратегії поведінки пацієнта, модальність, згідно якої пацієнт дивиться на світ та психічні ресурси пацієнта. Даний метод психотерапії є дуже ефективним у процесі лікування фобій;



➤ Трансактний аналіз

Берна – головний стереотип цієї методики психотерапії базується на тому, що є три станів *его*: Дитина («я хочу», «мені подобається»), Дорослий («я можу це зробити») та Батько («це робити не можна», «заборонено», «я повинен»).

Кожне *его* має свою модель поведінки та типи реакцій – і саме тому, трансактний аналіз допомагає глибше вивчити кожний із станів, взаємодію кожного *его* з оточенням та скорегувати дезадаптивне становище. Такий ефект досягається шляхом плідної співпраці психотерапевта та клієнта, детальним обговоренням конфліктних ситуацій між різними *его* та вирішенням існуючих проблем людини.

Розділ 3.

Завдання і тести

Матеріали для тестового контролю (І рівень)

1. Дайте визначення терміну *оксіфобія*?
 - a) Страх вільного простору;
 - b) Страх нестачі кисню;
 - c) Страх зійти з розуму;
 - d) Страх гострих предметів.*
2. Що не відноситься до obsesій?
 - a) Нав'язливе рахування предметів;
 - b) Нав'язливе миття рук;*
 - c) Нав'язливе мудрування;
 - d) Нав'язливий розбір слів на склади;
3. Для істеричного неврозу характерно усе, окрім:
 - a) Роздратована слабкість;*
 - b) Емоційна лабільність;
 - c) Анестезія у вигляді рукавиць;
 - d) Астазія-абазія.
4. Синдром Бірда – інша назва наступного неврозу:
 - a) Соматоформний розлад вегетативної нервової системи;
 - b) Дисоціативна фуга;
 - c) Неврастенія;*
 - d) Постравматичний стресовий розлад.
5. Панічна атака характеризується усім, окрім:
 - a) Мимовільне сечовипускання;*
 - b) Тахікардія;
 - c) Ком у горлі;

- d) Почуття жару або ознобу.
- 6. Головний біль напруги (каска Гіпократата) – це симптом, який може зустрічатися при:
 - a) Дисоціативна fuga;
 - b) Панічна атака;
 - c) Неврастенія;*
 - d) Істеричний напад.
- 7. Оберіть синонім до синдрому да Коста:
 - a) Нозофобія;
 - b) Кардіофобія;*
 - c) Псевдодеменція;
 - d) Синдром поствірусної астенії.
- 8. Відчуження від реальності та свого «Я» ведучій симптом:
 - a) Гострої реакції на стрес;
 - b) Генералізованого тривожного розладу;
 - c) Дерекалізації-деперсоналізації;*
 - d) Трансу та станів одержимості.
- 9. Писальний спазм – це:
 - a) Істерична втрата чутливості;
 - b) Компульсія;
 - c) Соматоформний розлад;
 - d) Професійний невроз*
- 10. Синдром Ганзера характеризується усім, окрім:
 - a) Антероградна амнезія;*
 - b) Мимоговоріння;
 - c) Пуерілізм;
 - d) Мимодія.

Матеріали для індивідуального усного опитування

1. Що таке невроз? Етіологія та патогенез неврозів. Критерії неврозів Ясперса.
2. Дати визначення терміну фобії, перелічити їх різновиди.
3. Тривожні розлади, класифікація. Механізм виникнення панічної атаки та методи її лікування.
4. Істеричний невроз: визначення, типи порушень, класифікація.
5. Які відмінності істеричного нападу від епілептичного?
6. Конверсійні розлади: дисоціативна амнезія, фуга, ступор, транс та стани одержимості.
7. Що таке соматоформний розлад? Що до нього відноситься?
8. Невроз нав'язливих станів. Клінічні прояви, класифікація, лікування.
9. Дати визначення посттравматичного стресового розладу, перелічити основні симптоми.
10. Характеристика неврастенії, її класифікація.

Типові задачі (II рівня).

1. Жінка, 24 роки. Під час сварки із чоловіком, повільно впала на підлогу, почала кричати, плакати, вигинатися дугою та розмахувати кінцівками. Такий стан продовжувався близько 40 хвилин. Потім пацієнтка самотійно встала та пішла на масаж.

Під час бесіди: жінка емоційно лабільна, розказує усі подробиці свого нападу, плаксива.

Який стан описаний у цій ситуації? (Істеричний напад)

Які симптоми підтверджують діагноз?

Диференційна діагностика?

2. Хворий, 56 років, минулий військовий. Під час перегляду телевізору випадково побачив сюжет про війну у Афганістані. Під час цього він різко встав, почав бігти та сховався під столом.

Який розлад у цього чоловіка?

Які симптоми в основі цього захворювання? (Flash-back у структурі постравматичного стресового розладу)

3. Хворий, 29 років, інженер, тюремний ув'язнений. Направлений слідчими органами у ПНД через дивну поведінку.

Під час бесіди пацієнт називає лікаря «дядя доктор», грається своїм одягом, поведінка демонстративна, вираз обличчя безглуздий. Не може назвати своє ім'я та дату народження, каже: «я працюю банкіром, рахую грошенятки». На питання лікаря: «скільки у вас пальців на руках?», відповідає: «одинадцять». А на питання: «котра зараз година?», каже «сорок дев'ять годин, три хвилини».

Матір пацієнта стверджує: «до моменту ув'язнення син був іншою людиною, дуже уважний, розумний, університет закінчив із червоним дипломом... Коли я приїхала до нього у поліцію, він мене не впізнав, сказав, що я «тітонька з буфета».

Що за діагноз у пацієнта? (Синдром Ганзера, дисоціативний розлад)

Які симптоми підтверджують характер захворювання?

Чим лікувати такого пацієнта?

4. Чоловік, 28 років. Працює головним адміністратором у провідній компанії країни. Під час роботи дуже втомлюється, робочий день іноді триває з восьмої ранку до другої години ночі. У відпустці був три роки тому. Скаржиться на те, що став дуже роздратованим,

перестав отримувати задоволення від життя, безсоння, попри втому, підвищену пітливість.

Який розлад у пацієнта? (неврастенія)

Які існують види цього розладу?

Лікування.

Нетипові задачі (III рівень) для заключного етапу заняття

1. Жінка 46 років, по професії бухгалтер. У дитинстві виховувалась без особливостей. Закінчила університет із червоним дипломом. Звернулася самостійно за допомогою. Вважає себе хворою останні 3 роки, з тих пір як вмерла її матір від раку. Зі слів хворої її «невиліковна хвороба» починалася з легкої втоми та запаморочення, але зараз вона страждає від постійної нудоти, слабкості, перепадів тиску, випадіння волосся, підвищеної кислотності шлунку та свербіжу. Під час бесіди хвора використовує багато медичних термінів, привертає увагу до незначних змін у показниках її аналізів, часто перевіряє свій пульс. Скаржиться на те, що ніхто з лікарів не хоче казати їй, що вона вмирає від раку. Занепокоєна через те, що: «власна родина мені не вірить».

Які симптоми виявляються у хворої?

Як називається цей розлад? Його класифікація? (Іпохондричний розлад, відноситься до соматоформних розладів).

2. Чоловік, 34 роки. Скаржиться на те, що не може знаходитися дома на самоті. «Мені здається, що на мене постійно хтось дивиться. Навіть, коли я іду у душ, я відчуваю, що за склом душевої kabіни хтось стоїть. Я вважаю, що це почалося з дитинства, коли я з родиною переїхав до нової квартири. Років у 12 я дізнався, що у цій квартирі було вбивство, і з тих пір привид вбитої людини слідує за мною. Зараз мені тридцять чотири роки, я

розумію, що привидів не існує і що усе це вигадка, але кожен день цей страх повністю мене охоплює».

Який діагноз у цього пацієнта? (Тривожно-фобічний розлад)

Яка назва ведучого симптому? (Фазмофобія – страх привидів і духів)

З чим слід проводити диференційну діагностику?

5. Хвора 23 роки, студентка. Самостійно звернулася за допомогою до лікаря. Під час бесіди тривожна, обличчя виснажене. «У дитинстві я часто спостерігала, як батьки сваряться, через те що батько зловживав алкоголем. Я кожний раз боялася, що він мене через щось покарає, перевіряла чи усе лежить на своїх місцях. Десь з шостого класу я почала постійно мити руки, я думала, що вони в мене брудні, тому мені знов і знов треба було їх вимити. В мене усе було пов'язано із цифрою чотири. Чотири рази треба було помити руки, потім чотири рази зачинити двері, чотири рази смикнути дверну ручку. Я розуміла, що усе це неправильно та усі спроби перестати були марними. З дев'ятого класу усе стало ще складніше, я постійно усе перевіряла: чотири рази перевіряла входні двері перед тим як піти до школи, чотири рази перевіряла чи взяла я гроші на проїзд, чотири рази перевіряла чи замкнута в мене сумка, перевіряла чи взяла я усі свої шкільні речі. Я постійно розкладавала речі на парті згідно їх розміру та кольору. На шляху зі школи я обходила усі люки, обдивлялася чи не загубила я свої речі, а якщо мені треба було перейти дорогу я повинна була зупинитися та перевірити чи усі мої речі в наявності. Це могло займати дуже багато часу... Якщо я цього не зробила, я більше не могла нікуди йти, я просто стояла на місці до тих пір, доки не перевірю свої речі. У одинадцятому класі мій стан полегшився, я не знаю чому, але усі ці нав'язливості пропали на рік. Зараз я навчаюся на першому курсі, я дуже хвилююсь через переїзд, своє навчання та відносини з

молодим чоловіком. Останні три місяці мені заважають мої думки. Я постійно згадую. Неважливо що саме, але я постійно прокручую у голові події дня, наприклад: у якому автобусі я їхала, якою рукою я трималася за поручень, тощо. Я вже так стомилася від цього, я не знаю, що робити...»

Які симптоми виявляються у хворої? (обсесії, компульсії)

Які захисні реакції були сформовані? (ритуали)

Який діагноз можна поставити цій пацієнтці? Яка форма розладу переважає? (обсесивно-компульсивний невроз, переважно нав'язливі думки або міркування (розумова жуйка).

Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтована карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою

№ п/п	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1	Оволодіти клініко - психопатологічним методом обстеження хворих з розладами мислення	Виконувати обстеження хворих у такій послідовності: 1. Зібрати ретельно скарги, анамнез хвороби та життя. 2. Ретельно у бесіді з хворим виявити психогенні фактори, відношення до них хворого. 3. Провести зовнішній	

		огляд хворого. 4. Дослідити соматичний статус. 5. Дослідити неврологічний статус 6. Провести додаткові патопсихологічні методики.	
--	--	---	--

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Психіатрія і наркологія: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. / Г. Т. Сонник [та ін.] ; за ред. О. К. Напрєєнка. - К. : ВСВ Медицина, 2015. - 424 с.
2. Психіатрія і наркологія : підруч. / В. Л. Гавенко [та ін.] ; за ред.: В. Л. Гавенка, В. С. Бітенського. - 2-е вид., переробл. и доп. - К. : ВСВ Медицина, 2015. - 512 с.
3. Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (курс психіатрії) : лекційний матеріал. – Запоріжжя, 2019.
4. Психологія особистості (курс медичної психології) : лекційний матеріал. – Запоріжжя, 2019.

Додаткова

1. Психіатрія / під ред. В. М. Козідубової [та ін.]. – Харків : Оберіг, 2013. – 1164 с. . – ISBN 978-966-8689-18-5.
2. Психіатрія : підручник / Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков. – К. : Здоров'я, 2006. – 432 с.
3. Психіатрія: зб. нормативних документів / упоряд. та голов. ред. В. М. Заболотько. – К. : МНІАЦ медичної статистики ; МВЦ «Медінформ», 2009. – 628 с.
4. Медична психологія : підручник / І. Д. Спіріна, І. С. Вітенко, О. К. Напрєєнко [та ін.]. – Дніпропетровськ : Ліра ЛТД, 2012.