

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної і 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

“ _____ ” _____ 2020 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

до практичного заняття по темі «Невротичні, пов`язані із стресом та соматоформні розлади» для студентів 4 курсу медичного факультету (спеціальність «Стоматологія»)

ТЕМА: Невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади.

Кількість навчальних годин – 4 академічних години.

I. Актуальність теми.

Неврози 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 неврозів 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.

II. Навчальні цілі заняття:

Студенти повинні:

1. Знати визначення поняття "реактивні психози", "невроз", "невротичні розлади" (а-II).
2. Знати етіологічні чинники розвитку невротичних розладів та реактивних психозів (а-II).
3. Знати патогенетичні механізми, які лежать в основі невротичних розладів та реактивних психозів (а-II).
4. Знати характеристику короткочасних невротичних реакцій (а-II).
5. Знати класифікацію невротичних розладів та реактивних психозів (а-II).
6. Знати клінічну картину неврастенії, дисоціативно-конверсійних розладів, obsesивно-компульсивних розладів та реактивних психозів (а-II).
7. Знати показання до госпіталізації хворих на психогенні розлади (а-II).
8. Знати принципи лікування хворих із невротичними розладами та реактивними психозами (а-II).

Студенти повинні:

1. Вміти оцінювати клінічні особливості невротичних станів та реактивних психозів (а-III).
2. Вміти діагностувати реактивний ступор, реактивної депресії, реактивний параноїд (а-III).
3. Вміти проводити диференціальну діагностику істеричного й епілептичного нападів (а-III).
4. Вміти проводити трудову, військову і судово-психіатричну експертизу у хворих із невротичними розладами та реактивними психозами (а-III).

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) (а-IV).

III. Виховні цілі.

Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність постановки клінічного діагнозу, оцінити загальний стан, наявність ускладнень та надання невідкладної допомоги хворим на психогенні розлади. Сформувати деонтологічне ставлення та розвинути чуйність щодо особливостей відношення майбутнього фахівця до пацієнта, хворого на психогенний розлад.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

| Дисципліна | Знати | Вміти |
|--|-------|-------|
| I. Попередні дисципліни (забезпечуючі): | | |
| Нормальна анатомія | | |
| Нормальна фізіологія | | |
| Біохімія | | |
| Фармакологія | | |
| Пропедевтика внутрішніх хвороб | | |
| II. Наступні дисципліни: | | |
| Нейрохірургія | | |
| Ендокринологія | | |
| Кардіологія | | |
| III. Внутрішньопредметна інтеграція: | | |
| | | |

V. Зміст теми заняття.

Психогенні розлади (психогенії) зумовлені внутрішньоособистісним конфліктом унаслідок переживання психотравмівної ситуації. Психогенно травмівні обставини виступають при цьому як екзогенно-стресорний агент, що порушує гомеостаз організму.

КЛАСИФІКАЦІЯ

У МКХ-10 психогенні захворювання (психогенії) наведено в рубриках Р-40 — Р-48: Р 40 Тривожно-фобічні розлади Р 41 Інші тривожні розлади Р 42 Обсесивно-компульсивний розлад Р 43 Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації Р 44 Дисоціативні (конверсійні) розлади Р 48 Інші варіанти невротичних розладів (Р 48.0 Неврастенія)

За ОМ8-IV психогенії кодують у таких рубриках:

300. Тривожні розлади

306. Дисоціативні розлади

307. Розлад харчової поведінки 309. Розлади адаптації

За традиційною вітчизняною класифікацією психогенії ділять на неврози і реактивні психози.

16.2. НЕВРОЗИ

Неврози — це група функціональних, психогенно зумовлених психічних захворювань з тенденцією до транзиторного затяжного перебігу, які клінічно характеризуються астеничними синдромами, нав'язливими станами та істеричними розладами за відсутності порушень відображення реальності й усвідомлення власного стану.

До неврозів не належать психічні розлади невротичного регістру — невротичні реакції, що часто супроводжують соматичні й нервові захворювання. Невротичні реакції, неврози і психопатії є предметом вивчення так званої межової, або малої, психіатрії. Неврози потрібно відрізнити також від неврозоподібних розладів, які зазвичай клінічно представлені у вигляді симптомів астенії, обсесивно-фобічних чи істеричних розладів, що не мають психогенного походження і складають клінічну картину інших затяжних психічних (наприклад шизофренія) або соматичних (гіпертензивна хвороба, пептична виразка) захворювань.

16.2.1. Історичні дані

Поняття "невроз" уперше ввів у літературу шотландський лікар У. Сіієп у 1776 р., розуміючи під цим терміном нервовий розлад, що не супроводжується гарячкою, не пов'язаний з місцевим ураженням одного з внутрішніх органів, а зумовлений "загальною недугою, від якої залежать рухи і думки". Основу регуляції життєвих процесів він вбачав у напруженні й розслабленні нервової системи і з її порушенням пов'язував виникнення відхилень у психічній діяльності, які назвав неврозом.

На початку ХІХ ст. до неврозів відносили різні захворювання, стани і симптоми. Проте в середині ХІХ ст. завдяки значним досягненням у галузі патоморфології зміст поняття "невроз" зазнав суттєвих змін і уточнень.

З удосконаленням патоморфологічних досліджень і встановленням характеру морфологічних змін в органах і системах багато станів і захворювань з групи неврозів почали відносити до інших нозологічних форм. У другій половині ХІХ ст. визначення невроз передбачало обов'язкову відсутність за цього захворювання органічних змін. Проте і тоді цю думку поділяли не всі дослідники. Так, Р. Каутопо! у 1907 р. висловив припущення,

що в разі неврозу відсутні лише ті анатомічні зміни, які могли бути виявлені сучасними на той момент методами дослідження.

Водночас проводилось уточнення етіології неврозів, виникло уявлення про них як психогенні розлади. Значний внесок у вивчення проблем неврозів зробили О. Веагсі (1868), Б. Зіштреї (1878), J. Спагсої (1888), Р. іапеї (1903).

Вирішальними в цьому напрямку були дослідження Р. Ойбоїз (1912), який вважав основною ознакою неврозів втручання ПСИХІКИ, "розумового уявлення" в усі їхні СИМПТОМИ. Грунтуючись на цьому, він запропонував замість терміна "невроз" використовувати назву "психоневроз".

Складного розвитку дістало вивчення клініки неврозів і диференціація їхніх форм. Зокрема, істерія як хвороба була відома ще до нашої ери (у єгипетському папірусі Каїп її згадують як хворобливий стан, в основі якого лежить переміщення матки в тілі).

Майже через 100 років після введення поняття «невроз» американський лікар С. Ізагд (1869) детально описав стан дратівливої слабкості у промислових робітників Америки. Спочатку він назвав цей стан "американським неврозом", а пізніше неврастенією. У 1880 р. С. \Уезгґа1 сформулював визначення нав'язливих (обсе-сивних) станів, що дало змогу диференціювати їх з неврастенією.

Отже, до початку ХХ ст. було описано основні форми неврозів, але їхня диференціація продовжувалась. На цей процес вплинули такі наукові напрями, як психоаналіз З. Фрейда, біхевіоризм, екзистенціалізм та ін. Велике значення мало також вчення І.П. Павлова про вищу нервову діяльність.

Важливу роль у вивченні неврозів відіграли дослідження С.М. Давиденкова (1963), О.В. Кербікова (1962), А.М. Свядоца (1974), Б.Д. Карвасарського (1980) та ін.

16.2.3. Етіологія

На сьогодні не підлягає сумніву, що виникнення неврозів зумовлене дією інформаційних чинників (психічної травми). Вперше це довів І.П. Павлов в експериментах над тваринами. Психогенними чинниками можуть бути:

- зовнішні конфлікти;
- внутрішньопсихічні конфлікти;
 - довготривале (психотравмівна ситуація) або надто гостре сильне емоційне чи інтелектуальне психічне перенапруження.

Ступінь психотравмівного впливу переважно визначається не фізичною інтенсивністю сигналу, не об'ємом інформації, яку він несе, а його значущістю для певного індивідуума. Тому невроз не можна розглядати крізь призму простого співвідношення "стимул — реакція". Виховання людини, її життєвий досвід, установки, ідеологія та інше формують значущість, а звідси і патогенність для неї тієї чи іншої інформації.

Важливу роль у виникненні хвороби можуть відігравати природжені типологічні особливості нервової системи, а також її стан на певний момент. Найуразливішими в цьому відношенні є особи з астенічними, істеричними та

психастенічними рисами характеру, тим більше якщо вони досягають психопатичного рівня. Так, П.Б. Ганнушкін зазначав, що між фазою як формою динаміки психопатій і неврозом принципів розбіжностей немає. Загально визнаним є уявлення, що ймовірність виникнення тієї чи іншої форми неврозу визначається особливостями акцентуації характеру людини в преморбідному стані. Зокрема, особистості, акцентувані за астеничним типом, схильні до розвитку неврастенії, за тривожним типом — до неврозу нав'язливих станів, за істероїдним типом — до істеричного неврозу.

Сприятливі виникненню неврозів можуть також тривало існуючі афективно забарвлені уявлення, що відображають глибоке психотравматичне переживання. Е. Вієієг запропонував називати їх *комплексами*.

16.2.4. Патогенез

За І.П. Павловим, патогенетичною основою неврозів є порушення (зрив) вищої нервової діяльності (ВИД) з перенапруженням нервових процесів або їхньою надмірною рухливістю під впливом надсильних подразників.

Зокрема, неврастенії властиве патологічне переважання процесу збудження над внутрішнім умовним гальмуванням унаслідок порушення останнього під впливом патогенних чинників. Це відбувається в осіб, які в преморбідному стані відрізнялися холеричним, а в тяжких випадках і сангвіністичним темпераментом. За подальшого впливу психотравматичних чинників процес розвивається в напрямку розвитку стійкого домінування поза межоохоронного гальмування і капітуляції збудження. В осіб зі слабким типом ВИД гальмування починає домінувати над збудженням одразу, внаслідок початкової слабкості кіркових клітин.

Істеричний невроз, за І.П. Павловим, виникає у хворих зі слабким художнім типом ВНД. Основними чинниками є переважання підкіркових процесів над кірковими через функціональну слабкість кори великого мозку, домінування в ній першої сигнальної системи над другою і патологічно виражену негативну індукцію. Під впливом потужних афективних імпульсів з підкіркових ("інстинктивних") структур, а також словесних (зовнішніх або власних) стимулів у корі утворюється вогнище сильного збудження. Його одразу охоплює зона потужної негативної індукції, ізолюючи від інших зон кори. Це пояснює походження надзвичайної істеричної навіюваності, адже патологічний процес ізолюється від минулого життєвого досвіду. За локалізації в моторних зонах кори процесів збудження виникають різноманітні тики й гіперкінези, а в протилежному випадку — парези, паралічі, астазія-абазія.

В основі патофізіологічних механізмів нав'язливих станів за І.П. Павловим (1933) лежить порушення (зрив) ВНД з утворенням стійких (на відміну від істерії) патологічних зон (пунктів) кори в осіб зі слабким аналітичним типом ВНД. Поряд із безумовним визнанням заслуг павловської школи у вивченні цієї проблеми слід зауважити, що ще в 1913 р. видатний психіатр М.М. Асатіані опублікував дослідження про фобії, як умовні рефлекси. Він розглядав їх як "патологічне інертне застійне збудження у хворих пунктах".

О.Г. Іванов-Смоленський (1952, 1974) дійшов висновку, що важлива роль у механізмі виникнення нав'язливих станів належить явищам патологічно позитивної і патологічно негативної індукції з порушенням гальмівних процесів, які утворюються в онтогенезі.

Необхідно враховувати й значення фазових станів. Так, механізм ультрапарадоксальної фази зумовлює виникнення контрастних думок і потягів. Більшість нав'язливих станів пов'язана з другою сигнальною системою. Тимчасове заспокоєння, яке відчуває

хворий після виконання нав'язливих ритуальних дій, швидше за все можна пояснити виникненням нового вогнища збудження в руховому аналізаторі з розвитком негативної індукції і пригніченням основного вогнища інертного збудження.

Згідно з іншими поглядами на патогенез неврозів, основною ланкою його є порушення функції мозкових систем, що керують процесами адаптації. Що більшою є невідповідність між наявним становищем і прогнозованим, то ймовірніші патологічні наслідки для організму. Виникають нервові напруження з відчуттям незадоволеності — фрустрація і стрес з відповідними ендокринними і вегетативними проявами.

Процеси прогнозування впливають на виникнення емоцій у відповідь на дію інформації. Згідно з даними електроенцефалог-рафії, прогнозування здійснюється внаслідок діяльності сітчастої речовини, лімбічної системи й поясної звивини. Особливо важлива роль належить лімбічній системі ("вісцеральному мозку"), яка регулює виникнення емоцій.

Відхилення перебігу подій від прогнозованого ініціює мобілізацію організму для функціонування з великими енерговитратами, насамперед на ендокринному рівні (підвищення секреції адреналіну та інших гормонів). Емоційне напруження (а разом з ним і можливість психотравмивної дії конфліктної ситуації) може бути нівельоване лише у випадку вироблення чіткої стратегії поведінки, яка б сприяла емоційній розрядці.

16.2.5. Класифікація

За вітчизняною традиційною класифікацією розрізняють три класичні форми неврозів:

- істеричний невроз;
- неврастенію;
- невроз нав'язливих станів.

Свого часу термінами "невроз органів" (серця, легень, шлунка) і "системний невроз" (серцево-судинної, дихальної, сечостатевої систем) позначали одну з форм неврозу з переважною фіксацією пацієнта на порушеннях функції відповідного органа чи системи, тобто клінічний різновид загального неврозу. Подібні вегетативні розлади, які не мають органічної основи, раніше називали вегетативними неврозами, проте правильніше говорити про вегетативний (початковий) етап розвитку неврозу.

У МКХ-10 замість терміна "невроз" прийнятий термін "невротичні розлади"; невроз нав'язливих станів дістав назву "обсесивно-компульсивний розлад";

істеричний невроз — "дисоціативні (конверсійні) розлади", термін "неврастенія" збережено. Окремо виділено *невроз страху*, а також *іпохондричний та депресивний неврози*.

З плином часу, за психотравмівної ситуації, що триває, невротичні розлади можуть набувати хронічного характеру, що зумовлює невротичний розвиток особистості з переважанням у клінічній картині астенічних, obsесивно-фобічних та істеричних розладів, що зумовлюють соціальну дезадаптацію пацієнта.

16.2.6. Неврастенія

Неврастенія — психогенне захворювання з групи неврозів (невротичних розладів), основним проявом якого є стан дратівливої слабкості, тобто підвищена виснажуваність і сповільнене відновлення психічних процесів. Виникає переважно у віці 20—40 років, дещо частіше в чоловіків, ніж у жінок. Неврастенію вперше описав у 1869 р. американський психіатр О. Веарсі. Він пов'язував її виникнення з тривалим емоційним і фізичним перенапруженням нервової системи, що призводить до її виснаження.

Клініка. Хвороба розвивається підостро, поступово. На першому етапі в разі фізичного чи емоційного напруження виникають *вегетативні розлади* (тахікардія, пітливість, похолодання кінцівок, дисомнія), що неадекватні подразнику за інтенсивністю і швидко минають. На наступному етапі виникають *сенсомоторні розлади* (гіперчутливість, метеопатія), які викликають іпохондричну налаштованість і різко знижують працездатність. У подальшому приєднуються *афективні розлади* (надмірна емоційна лабільність, нетримання афекту, неадекватні реакції образи, дратівливість із незначного приводу). В подальшому провідними стають *ідеаторні розлади* з важкістю зосередження уваги, зниженням пам'яті та схильністю до безперервного самоаналізу.

У вітчизняній психіатрії розрізняють три клінічні форми неврастенії згідно з послідовними фазами її розвитку.

I. *Гіперстенічна форма*, з якої дебютує хвороба, здебільшого виявляється дратівливістю і схильністю до швидкого знесилення. Малозначущі або індіферентні для здорової людини подразники

починають викликати посилену реакцію (гіперестезія). Хворі стають запальними, дратуються навіть з незначного приводу, не переносять сильного шуму і яскравого світла, багатолюдних народних зібрань. Виникненням гіперчутливості щодо інтеро- і пропріорецепторів пояснюється також поява численних скарг на неприємні відчуття в різних ділянках тіла (головний і зубний біль, шум у вухах, парестезії тощо).

Зниження працездатності на цьому етапі виникає не стільки через перевтому, а переважно внаслідок психічної незібраності й розгубленості таких хворих, що зумовлені первинною слабкістю активної уваги. Взятись за роботу, вони довго не витримують необхідного для цього психічного напруження і, відволікаючись на сторонні подразники, припиняють її. Спроби подолати "важкий початок" і відновити роботу можуть бути

численними, але внаслідок значних втрат часу ефективність такої праці дуже низька.

Зазначені розлади нестійкі, швидко зникають завдяки лікуванню і відпочинку.

2. *Форма дратівливої слабкості* є проміжною і характеризується розгорнутістю проявів і більшою стійкістю стану дратівливої слабкості. Поряд із підвищеною емоційною збудливістю, гіперестезією, нестриманістю, низькою толерантністю до фрустрації, різко посилюється відчуття психічної виснаженості, ще більш ослаблюється активна увага. Дратівливість залишається яскраво вираженою, але афективні реакції зі збудженням і криком швидко згасають, змінюючись на психічне безсилля з чуттям образи, повною емоційною капітуляцією і сльозами. Характерно, що такі полярні прояви виникають з незначних приводів, демонструючи властиву хворим на неврастенію слабкодухість.

Взявшись за роботу, хворий швидко стомлюється, починає відчувати головний біль, втрачає здатність до зосередження і в повному виснаженні припиняє роботу. Постійне збільшення інтервалів між робочими "пароксизмами" не допомагає, адже відновлення сил не відбувається.

Часто спостерігаються зниження м'язового тону, тремор пальців рук, язика, який посилюється під час хвилювання. Виникають розлади сну у вигляді важкості засинання, тривожного очікування безсоння, іноді можливі гіпнагогічні галюцинації. Сон неглибокий, з тривожними сновидіннями, після яких хворі почувають себе невиспаними, розбитими. Безсоння може поєднуватися з підвищеною сонливістю в денний час.

Обов'язковим компонентом неврастенії є поліморфні сомато-вегетативні розлади, зумовлені гіпоталамо-вегетативною дисфункцією. Найтипівішими є функціональні серцево-судинні розлади (транзиторна артеріальна гіпо- і гіпертензія, відчуття пульсації судин), головний біль, нерідко з відчуттям стягування голови ("каска неврастеніка"), загальний або локальний гіпергідроз і функціональні розлади системи травлення (анорексія, гіпосалівація з відчуттям сухості в порожнині рота, нудота, метеоризм, закреп, який іноді чергується з проносом). Можуть спостерігатися сексуальні розлади: зниження статевого потягу, ослаблення ерекції, передчасна еякуляція. Зазначені розлади зазвичай спостерігаються на тлі нестійкого, переважно субдепресивного настрою.

3. *Гіпостенічна форма* неврастенії виникає або первинно в астенічних і тривожно-помисливих особистостей, або як етап (третя стадія) розвитку хвороби в осіб із сильним типом ВІД.

Провідним проявом цієї форми є постійна астения на тлі зниженого настрою. Емоційне тло дещо тривожне, з відтінком суму й апатією. Спостерігаються плаксивість і надмірна емоційна лабільність. Часто наявні іпохондричні скарги, фіксація на внутрішніх відчуттях.

16.2.7. Істеричний невроз (дисоціативно-конверсійні розлади)

Цей різновид психогеній виникає внаслідок впливу психотравмивної обстановки на осіб з істеричним складом характеру.

У патогенезі цього захворювання важливу роль відіграє механізм "втечі у хворобу", "умовної приємності, бажаності" хворобливого симптому. І.П. Павлов довів, що тимчасові порушення функцій організму, даючи людині той чи інший життєвий зиск, наприклад вихід із загрозової ситуації або втечу від тяжкої реальності, можуть завдяки своїй "умовній приємності" закріпитися за механізмом умовного рефлексу. Це явище лежить в основі істеричної фіксації хворобливого симптому.

Істеричний невроз здебільшого виникає в молодих жінок, хоча хворіють і чоловіки. За своїми проявами нагадує різні захворювання.

внаслідок чого він дістав назву "хамелеон, який безперервно змінює своє забарвлення". Особливостями хворих на істеричний невроз є демонстративність, прагнення будь-яким шляхом привернути до себе увагу, навіюваність і самонавіюваність та інфантильні (дитячі) механізми психологічного захисту в конфліктних ситуаціях.

Клініка. Враховуючи дуже різноманітну симптоматику істеричного неврозу, властиві йому розлади умовно поділяють на моторні, сенсорні, вегетативно-вісцеральні та психічні.

Моторні розлади можуть виявлятися істеричними пароксизма-ми, функціональними паралічами, парезами, афонією, м'язовими контрактурами, гіперкінезами, порушеннями ходи (астазія) і неможливістю стояти (абазія), заїканням тощо.

Істеричний пароксизм (напад) виникає зазвичай у присутності глядачів, виявляється падінням, як правило, безпечним, у вигляді повільного опускання, після чого, за висловлюванням Е. Крейцфельда, "розгорається пожежа всіляких виразних рефлексорних рухів". Хворі при цьому тремтять, качаються по підлозі, вигинаються дугою, спираючись об підлогу потилицею і п'ятками ("істерична дуга"), кричать, стогнуть, викрикують якісь фрази, цитати, співають або щось шепочуть, кусають собі руки, дряпають лице і тіло, рвуть одяг, виривають волосся, заламують руки, приймають так звані пристрасні пози з відповідною характерною мімікою і гіперемією лица (дуже рідко з ціанозом чи зблідненням).

Істеричний напад триває від кількох хвилин до кількох годин. Може бути перерваний зовнішніми впливами, наприклад голосним звуком, різкою командою, обливанням холодною водою тощо.

Нерідко напад переходить у плач, стан розбитості, втоми, безсилля, рідше в сон. Про період істеричного нападу зберігаються часткові спогади.

Істеричний параліч (як і парез) виникає у вигляді моноплегії (монопарезу), параплегії (парапарезу), тетраплегії (тетрапарезу). При цьому зона паралічу (парезу) може обмежуватися розмірами пальця, кисті, стопи, руки чи ноги ("пташина лапа"). Зазвичай він, на відміну від органічного, не супроводжується патологічними рефlekсами, пірамідними знаками і топографічно не відповідає ходу нервових стовбурів.

В основі *істеричної афонії* лежить параліч голосових зв'язок.

Істерична контрактура охоплює як окремі групи м'язів (істеричний блефароспазм, істерична кривошия), так і цілий ком-плекс, через що хворий, який страждає на істерію, може на тривалий час застигнути в "манірній позі".

Істеричний гіперкінез переважно виявляється у вигляді тико-подібних і тремтливих рухів як окремих частин тіла (підборіддя, повік, рук, ніг, голови), так і всього тіла. Він зумовлений афективним станом хворого і характеризується елементами імітації, що відрізняє його від органічного гіперкінезу.

Астазія-абазія — істеричний розлад у вигляді нездатності до самостійного стояння і ходіння за відсутності ознак органічного ураження опорно-рухового апарату. Хворі, перебуваючи в ліжку, самостійно рухають ногами, але падають на підлогу при спробі ходити.

Сенсорні розлади можуть виявлятися зниженням чутливості аж до повної анестезії або гіпертензією у відповідь на вплив тактильних, температурних чи больових подразників.

Ділянки анестезії або гіперестезії при цьому також можуть зовсім не відповідати певним зонам іннервації, маючи вигляд так званих курток, напівкурток, трусів, напівтрусів, панчох, шкарпеток, рукавичок. Нерідко спостерігаються істерична сліпота, глухота і німота (сурдомутизм), втрата нюху, смаку, відсутність глоткового рефлексу. Істеричний біль, різний за тривалістю та інтенсивністю, може спостерігатись у будь-якій частині тіла (голова, спина, суглоби, живіт). Описані випадки, коли у хворих на істерію живіт набував вигляду шахматної дошки через деформованість рубцями після численних лапаротомій. Такі хворі мігрують з однієї клініки до іншої з єдиною метою — отримати консервативне і навіть хірургічне лікування. Іноді больові відчуття в ділянці серця симулюють стенокардію або інфаркт міокарда.

Вегетативно-вісцеральні розлади в разі істеричного неврозу є найпоширенішими і різноманітними. Внаслідок спазму гладких м'язів можуть виникати відчуття стискання гортані (§10Бii8 пу§iegіси8), нехватки повітря, що нагадує бронхіальну астму, непрохідності стравоходу (дисфагія), затримка сечовипускання, за-креп. Можливі істерична анорексія (іноді з відразою до певного виду їжі), гикавка, зригування, порушення саливації, пронос, нудота. Блювання може бути як спорадичним, так і дуже частим, майже постійним, подібним до невпинного блювання у вагітних. Воно не пов'язане з патологією органів травлення і зумовлене психогенними спазмами воротаря. Можливі розлади, що нагадують непрохідність кишок, клініку хронічного апендициту. Нерідко виникають різноманітні порушення функції серцево-судинної системи (лабільність пульсу.

дистонія). Можуть спостерігатися розлади терморегуляції у вигляді невисоких, нерегулярних підйомів температури.

Із сексуальних розладів здебільшого мають місце порушення менструального циклу: аменорея, дисменорея, менорагія, вагінізм.

Іноді в жінок виникає *істерична псевдовагітність*, яка імітується комплексом симптомів (аменорея, збільшення розмірів живота внаслідок метеоризму, збільшення грудних залоз, нудота, блювання тощо).

Можуть спостерігатися *вікарні кровотечі*, коли внаслідок місцевих змін проникності судин відбувається кровотеча з неушкоджених ділянок шкіри.

У деяких випадках подібні зміни проникності судин зумовлюють *істеричний дерматоз*, коли шляхом самонавіювання хворі можуть викликати місцеві розлади у вигляді ділянок гіперемії шкіри, геморагічного висипу, пухирів тощо. До різновидів істеричного дерматозу зараховують і різноманітні ураження шкіри, які хворі штучно викликають з метою привернути до себе увагу. У подальшому в таких випадках нерідко можлива амнезія власних дій.

Психічні рохіади виявляються насамперед підвищеною афективністю, хворі з найменшого приводу зриваються на крик, тупають ногами, б'ють посуд, вередують, як діти. Настрій лабільний, з частими різкими перепадами від награно-захопленого до незадоволено-буркотливого. Істерія може імітувати окремі симптоми будь-яких психічних захворювань, про які хворі мають хоча б якесь уявлення.

Часто виникає *психогенна амнезія* (тотальна або часткова).

Фіксовані страхи й істерична депресія зазвичай неглибокі й супроводяться яскравим зовнішнім оформленням у вигляді театральних поз, стогону, патетичних заяв тощо.

Істеричні галюцинації образні, яскраво забарвлені, зазвичай відображають психогенну ситуацію в бажаному для хворих вигляді, мають короткотривалий епізодичний характер, можуть бути сценopodobними. Можливі також *маячні фантазії*.

Істерична втрата свідомості (непритомність) відрізняється від справжньої меншими глибиною затмарення свідомості, ослабленням дихання і кровообігу, відсутністю зазвичай різкого збліднення лиця.

Істеричний сутінковий стан свідомості триває від кількох хвилин до кількох діб. Свідомість при цьому звужена, оточуюча реальність у повному обсязі не сприймається, хворі цілком охоплені

власними хворобливими переживаннями. У свідомості домінують у цей час яскраво забарвлені галюцинації й маячноподібні фантазії, що відображають у дійсному або (частіше) більш благоприємному для хворого світлі пережиту психотравмівну ситуацію.

Істеричний сутінковий стан свідомості може виявлятися у вигляді сомнамбулізму, істеричних фуг, трансу, дромоманії.

За нерозв'язаної психогенної ситуації у хворих можна виявити *синдром пuerилізму, псевдодеменції, синдром Ганзера*.

Можливе виникнення *психогенного (істеричного) ступору* (зазвичай з виразною позою), який поєднується з проявами мутизму (відмова від спілкування з оточуючими). *Істеричний мутизм* може також виникати ізольовано, у вигляді самостійного розладу.

16.2.8. Невроз нав'язливих станів (обсесивно-компульсивні розлади)

Для цієї форми невротичних розладів характерні психогенно зумовлені нав'язливі стани (образи, думки, чуття чи дії), які мимовільно виникають у свідомості, необґрунтованість яких хворі розуміють, борються з ними, але здолати їх не можуть. Клінічні складові неврозу такі:

- *фобії*— нав'язливі страхи;
- *обсесії* — різноманітні нав'язливі думки, ідеї та уявлення;
- *компульсії* — нав'язливі прагнення і дії.

Раніше цю форму невротичних розладів розглядали як психастенію, проте вже у 20-ті роки ХХ ст. Е. Кгаереїп запропонував розцінювати її як самостійну нозологічну форму — "нав'язливий невроз". Неврозом нав'язливих станів називають форму неврозів, яка може виникати як на основі психастенічної конституції, так і в здорових суб'єктів.

Іноді до цих розладів призводять психотравмівні ситуації, які зумовлюють співіснування конфліктних внутрішньоособистісних тенденцій. Наприклад, жити разом з матір'ю чи окремо; статевий потяг і уявлення про неприпустимість його задоволення; чуття ненависті до близької людини, бажання їй смерті та розуміння неприпустимості цих бажань.

Невроз нав'язливих станів може виникати в осіб з різноманітними типологічними особливостями характеру. Особливо легко нав'язливі стани виникають у людей тривожних, боязливих, занадто совісних.

На першому етапі, зазвичай після формування невротичного тла (драгівливості, емоційної лабільності, безсоння), виникають фобії, потім нав'язливі компульсивні розлади (за типом контрастних потягів) і пізніше — обсесивні явища.

Клініка. *Фобії, або нав'язливі страхи*, спостерігаються дуже часто й у найрізноманітніших формах. Найпоширеніші з них такі:

- а г о р а ф о б і я — страх відкритого простору;
- к л а у с т р о ф о б і я — страх замкнених, закритих приміщень;
- а к р о ф о б і я (гіпсофобія) — страх висоти;
- п а н т о ф о б і я — загальний страх;
- е р и т р о ф о б і я — страх почервоніти на людях;
- д и с м о р ф о ф о б і я — страх фізичної вади;
- м і з о ф о б і я — страх забруднення;
- т а н а т о ф о б і я — страх смерті;
- т а ф е ф о б і я — страх бути заживо похованим;
- н о з о ф о б і я — страх захворіти на тяжку хворобу.

Можуть спостерігатися також бактеріо-, гельмінто- і канцеро-фобія, лісофобія (страх сказу), сифілофобія, СНІДофобія та ін.

Особливі випадки — нав'язливе занепокоєння внаслідок неможливості виконання будь-якого звичайного життєвого чи професійного акту: у педагога — лекція, у співачки — виступ тощо.

Усі ці форми фобії схильні до "обростання" вегетативно-іпохондричними нашаруваннями, які суттєво ускладнюють лікування.

До нав'язливих страхів зазвичай приєднуються різноманітні захисні дії — *ритуали*. Вони здебільшого носять характер прямого захисту, конкретні й не є символічними, але з часом можуть розширятися та ускладнюватися.

Нав'язливі думки — непотрібне і хворобливе мудрування, яке XV. Стієвінґер називав "душевною, або розумовою, жуйкою". Наприклад, чому стіл стоїть на чотирьох ніжках? Чому крейда біла?

Нав'язливі спогади — образні спогади про якусь неприємну подію. Контрастні уявлення і думки з лайливими словами — за своїм змістом протилежні світосприйняттю хворого, його етичним установам.

Нав'язливі сумніви полягають у невпевненості щодо правильності та завершеності власних вчинків (наприклад замкнув чи не замкнув двері, вимкнув чи не вимкнув праску тощо).

Нав'язливі потяги — виразне прагнення скоїти якийсь непотрібний, небезпечний або непристойний вчинок (наприклад: гідроманія — кинутися у воду; гоміцидоманія — вбити когось; піроманія — підпалити щось). Проте, на відміну від насильницьких та імпульсивних дій, нав'язливі потяги не реалізуються.

Нав'язливі дії. Примітивні нав'язливі дії представлені *невротичними тиками* — своєрідними стереотипними рухами, коли хворий без потреби проводить рукою по волоссю (поправляючи зачіску), відкидає голову назад, блимає очима та ін. Спостерігаються вони переважно в дитячому і підлітковому віці й мають сприятливий прогноз. На відміну від них, складні нав'язливі дії (р и т у а л) пов'язані з нав'язливими сумнівами і фобіями.

У хворих на невроз нав'язливих станів можлива наявність розладів, властивих неврозам взагалі (дратівливість, гіперестезія, розлади сну, вегетативні дисфункції).

Перебіг нав'язливих станів характеризується коливаннями від майже повного зникнення до значного посилення, навіть через значні проміжки часу.

16.2.9. Невротичні розлади в стоматологічній практиці

У пацієнтів із природженими і набутими дефектами лица часто спостерігаються різні невротичні розлади. Оскільки особи з такими вадами часто звертаються до лікарів-стоматологів для виконання коригувальних операцій, обізнаність щодо клінічних особливостей таких розладів необхідна для забезпечення ефективного лікування. Проте невротичні розлади в осіб з природженими вадами лица мають певні особливості порівняно із невротичними реакціями осіб, які дістали косметичний дефект у дорослому віці. Це зумовлено тим, що в перших психогенія існує з дитинства і залежно від тривалості та частоти психогенних декомпенсацій змінюється характер психічних реакцій. У другій групі пацієнтів спо-творювальна травма лица є несподіваною трагедією, яка викликає виражену невротичну реакцію своєрідного характеру. Такі реакції слід розглядати як первинно-психогенні. За наявності тривало існуючих дефектів, які не піддаються коригувальним косметичним операціям, можливі глибокі якісні зміни психіки.

У разі природжених дефектів невротичні реакції виникають зазвичай у ранньому шкільному (7—11 років) або пубертатному (12—14 років) віці. Провокують такі реакції насмішки, зауваження й образливі репліки з приводу зовнішнього дефекту. Вони зазвичай нестійкі і виникають безпосередньо як відповідь на травмівну ситуацію.

У клініці неврозу, зумовленого як природженими, так і набутими дефектами лица, центральне місце займає *синдром дисмор-фофобії*. На відміну від шизофренії, у таких випадках він має об'єктивну основу і психогенний механізм виникнення.

Клінічні прояви синдрому дисморфофобії залежать від тривалості й тяжкості дефекту, а також мікросоціальних умов. Розрізняють три варіанти невротичних синдромів: *астенічний*, *астено-депресивний* та *астено-фобічний*.

У ранньому шкільному віці астенічна й афективна реакції нерідко поєднуються з пасивно-оборонними або агресивними формами поведінки. Для старшого і зрілого віку характерні астено-депресивна і сенситивно-фобічна реакції.

У разі набутих косметичних дефектів, що змінюють зовнішній вигляд лица, невротичні реакції виникають після гострого періоду травми, коли хворі вперше усвідомлюють, що зовнішній вигляд їхнього лица безповоротно змінився. Цю реакцію слід розглядати як дис-трес, що виникає внаслідок соціально-особистісної декомпенсації.

Клінічно це виявляється депресивною або астено-депресивною симптоматикою. У хворих виникає підвищена емоційна вразливість, страх спілкування з людьми. При цьому нерідко розвиваються вегетативні реакції у вигляді серцебиття, коливань АТ, гіпергідрозу. Хворі стають плаксивими, у них часто порушується сон. У виникненні цих реакцій важливу роль відіграють характер і тяжкість попередньої травми, стан психічного здоров'я і преморбідні особливості особистості.

Невротичні реакції мають нестійкий характер, їхнє виникнення пов'язане з додатковими психогенними чинниками (нагадування про потворність, зустріч із родичами і близькими).

У багатьох випадках хворобливі явища зникають через 1,5—2 міс після комплексного лікування або ефективних коригувальних пластичних операцій. Із виникненням додаткових психотравмів-них чинників гострі невротичні реакції можуть переходити в стійкий невротичний стан з частими декомпенсаціями, ускладненням емоційних розладів. Хворі більшість часу перебувають у пригніченому настрої, відчувають безвихідну тугу, у них виникають нав'язливі думки про втрату "власного обличчя". Такий стан може супроводжуватися суїцидними тенденціями. Виникає *симптом дзеркала* — постійне розглядання власного обличчя в дзеркалі. Хворі прагнуть самотності, втрачають соціальні контакти, друзів. На цьому етапі хвороби виявляють такі провідні синдроми: депресивний, астено-депресивний і депресивно-фобічний. На тлі депресії виникають ідеї самозвинувачення або стосунку (оточуючі навмисно розглядають їхнє лице, натякають на потворність).

Наростають прояви астенізації (підвищена втомлюваність, низька продуктивність праці), виникають страхи: власної потворності - дисморфо-фобія; мовлення — лалобія; знущань — скопто-фобія; людей — антропобія та ін.

16.2.10. Лікування

Лікування поряд із фармакотерапією обов'язково передбачає психотерапевтичний вплив. Доцільне також використання фізіотерапії й лікувальної фізкультури. У разі тяжкого невротичного розладу хворого потрібно ізолювати від психотравмивного середовища (бажано шляхом госпіталізації), відволікти його увагу від конфліктної ситуації.

За наявності неврастенії хворий потребує повноцінного відпочинку і призначення загальнозміцнювальної терапії (полівітаміни, магне-В₆, енеріон, адаптогени, глюкоза, малі дози інсуліну), ефективне лікування пролонгованим сном. У випадках вираженого психічного збудження, нестриманості поряд із транквілізаторами (феназепам 1—2 мг тричі на добу, транксен 20—60 мг на добу, мепробамат 0,2—0,4 мг на добу) доцільне призначення невеликих доз невротиків — фенотіазинів (аміназин, тизерцин). Для боротьби з безсонням (гіперстенічна неврастенія) застосовують ра-дедорм (5—20 мг на прийом), івадал (10 мг на прийом), мелерил (10—75 мг на прийом), феназепам (2—3 мг на добу з основною дозою на ніч). Ефективним є комплексний гомеопатичний препарат хомвіо-нервін.

У разі істеричного неврозу ефективні такі невротичні засоби, як еглоніл (100—200 мг на добу) соннапакс, мелерил (40—60 мг на добу).

У випадку астенічного стану із сонливістю і в'ялістю доцільно починати терапію із седативних засобів, препаратів брому, невеликих доз снодійних засобів упродовж місяця. Лише після цього можна призначати тонізувальні й стимулювальні засоби. Перевагу віддають біологічним стимуляторам (настойка женьшеню, лимоннику), проте в подальшому можливий перехід на синтетичні стимулятори (центедрин, сиднокарб та ін.), а також ноотропні засоби (пірацетам, аміналон). За наявності астено-депресивного стану призначають антидепресанти в помірних дозах (коаксил, анафриніл, лудіаміл, сертралін, ципраміл, ципролекс, велбутрин, ламіктал).

У разі неврозу нав'язливих станів з вираженими фобіями і тривожністю найефективнішим є застосування транквілізаторів (феназепаму, транксену, лоразепаму, еленіуму — лібріуму), а також внутрішньовенне краплинне введення невротиків (три-фтазину, лепонексу, азалептину) в помірних дозах.

При дисомнії призначають зопіклон (апо-зопіклон), золпідем (івадал) — 5—10 мг на ніч.

У пацієнтів із невротичними розладами використовують усі види психотерапії, але обов'язковим є застосування раціональної психотерапії. На початковому етапі вона має бути переважно седативною, спрямованою на усунення внутрішнього напруження в пацієнта. Якщо ця мета досягнута, можна перейти до спроб переглянути і відкоригувати систему особистісно-

соціальних стосунків хворого, а потім настає етап особистісно-спрямованої реконструктивної терапії. Завершують цей процес зазвичай так званою активізуючою терапією, яка готує хворого до відновлення праці й повноцінного повернення в суспільство. Прямі показання є для психоаналітичної (психодинамічної), біхевіоральної та інших видів психотерапії.

16.2.11. Експертиза

Лікарсько-трудова експертиза. Переважна більшість хворих із невротичними розладами одужують і повертаються до повноцінної праці. Показанням до призначення інвалідності можуть бути випадки тривалого і несприятливого перебігу невротичних станів з кардіо- й фотофобією, нав'язливим страхом психічного захворювання, а також наявністю виражених істених парезів, паралічів, астазії-абазії, формування іпохондричного та інших варіантів невротичного розладу особистості.

Військово-лікарська експертиза. Хворі на невротичні розлади залишаються на військовій службі, отримуючи лікування в загальному порядку.

Судово-психіатрична експертиза. Скоєння правопорушення в невротичному стані не є приводом для звільнення від кримінальної відповідальності, оскільки хворі усвідомлюють свої дії і в змозі керувати ними.

16.3. РЕАКТИВНІ ПСИХОЗИ

Реактивні психози (реактивні стани, психогенні психози) — це тимчасові розлади психічної діяльності, що виникають унаслідок психічної травми. Від невротичних розладів (невротичних станів) вони відрізняються гостротою і тяжкістю психічних травм, що спричиняють виникнення глибоких психічних розладів психотичного рівня. Крім того, у хворих з реактивними психозами відсутнє критичне ставлення до наявності продуктивних симптомів. Термін "реактивні психози" застосовують переважно у вітчизняній психіатричній літературі. У зарубіжній — зустрічаються назви "аномальні реакції", "психогенні реакції" та ін.

16.3.1. Історичні дані

Вперше психогенне затьмарення свідомості з істеричними порушеннями чутливості описав 8. Оапзег у 1897 р., який визначив його як істеричний сутінковий розлад свідомості. Потім цей психічний розлад увійшов у психіатричні класифікації як ган-зерівські сутінки. До цього, у 1888 р., явище "мимомовлення" у в'язнів спостерігав С. Моеїї, але він розцінив його як симуляцію. На думку деяких дослідників (N1881, 1902), ганзерівський синдром "мимомовлення" може трактуватися як істеричний лише в разі його виникнення як прояв природженої істерії. В усіх інших випадках він є симптомом кататонічного негативізму, що виникає внаслідок психічної травми, зазвичай в ув'язнених. Остаточну ясність у це питання вніс І.Н. Введенський (1905), зазначивши, що "мимомовлення" психогенного генезу не виходить за межі поставленого питання, тоді як за кататонічного

синдрому відповіді не мають навіть приблизного відношення до змісту заданого питання.

У 1898 р. Н.М. Попов як реактивний стан описав пуерилізм. Праці К. Вігпашп (1908) містили відомості щодо відображення психічної травми в симптомах хвороби.

Складної еволюції зазнало клінічне розуміння психогенних маячних утворень. На випадки гострої параної реактивного характеру вперше звернув увагу П.Б. Ганнушкін (1904), а в 1910 р. Е. Кгеїзсптег і К. Оаирр детальніше описали реактивні мая стани. Визначення діагностичних рамок реактивної депресії й розмежування її з ендogenous було проведено Е. Кеї\$\$ (1911), М. Кеїспагсі (1922), і. Бапфе (1925).

На основі узагальнення результатів попередніх досліджень К. іа\$рег\$ (1923) було сформульовано основні принципи діагностики реактивного психозу (*триада Ясперса*):

1. Реактивні стани виникають унаслідок психічних травм.
2. Зміст психічної травми відображений у симптоматиці хвороби.
3. Після дезактуалізації психічної травми реактивні стани редукуються.

Наступні дослідження продемонстрували відносність другого принципу і явну умовність третього.

Значний внесок у вивчення реактивних станів зробили О.М. Бу-неєв, Н.І. Фелінська, Ф.І. Іванов.

16.3.2. Епідеміологія

Точних відомостей щодо поширеності реактивних психозів у популяції немає. Певні статистичні проблеми пов'язані з тим, що деякі автори використовують поняття істеричних психозів як синонім реактивних, хоча вони є нозологічно самостійними. Є інформація лише щодо реактивної депресії, яка становить 59 % випадків реактивних психозів.

Вважають, що в жінок реактивні стани виникають у два рази частіше, ніж у чоловіків.

16.3.3. Етіологія і патогенез

У виникненні реактивних психозів вирішальне значення має поєднання характеру психічної травми (інтенсивність, тривалість і характер дії), конституційних особливостей особистості (насамперед наявність сенситивного або істероїдного радикалу) й функціонального стану ЦНС на цей момент.

До чинників, що визначають схильність до реактивних психозів, належать наслідки черепно-мозкової травми, хронічні інфекції, інтоксикації, атеросклероз, вікові кризи. Вплив психотравмивних чинників може бути гострим і прот-рагованим. Незважаючи на різноманітність цих чинників, спричинені ними психогенні розлади значною мірою визначаються системою цінностей даної особистості.

Тривалість психотравмивної ситуації має певне значення, але більш значущими є особливості ставлення особистості до цієї ситуації, тобто

адаптація чи сенсифікація. Не менш важливою є спрямованість змісту психотравмивних обставин в ієрархії особистісних цінностей людини.

У розвитку гострих (афективно-шокових) реактивних психозів преморбідні якості особистості не є визначальними, головне значення мають тяжкість і значущість психічної травми. Підгострі (істеричні) психози виникають за механізмом навіювання і самонавіювання для захисту особистості від нестерпної для неї ситуації. У суб'єктивно значущих ситуаціях із розвитком затяжного психозу значну роль відіграють преморбідні якості особистості, рівень її психічної зрілості.

16.3.4. Класифікація

За особливостями виникнення і перебігу реактивні психози (реактивні стани) поділяють на три групи.

I. Гострі (афективно-шокові):

- гіпокінетичний варіант (гострий реактивний ступор);
- гіперкінетичний варіант:

- гострий сутінковий стан;
- гостра реактивна сплутаність;
- гострий реактивний параноїд.

II. Підгострі (істеричні):

- істеричний сутінковий стан;
- псевдодеменція:

- ажитований варіант;
- депресивний варіант;

- регресія (синдром "здичавіння");
- пуерилізм;
- синдром Ганзера;
- маячноподібний стан;

істеричний ступор III. Затяжні (суб'єктивно значущі):

- реактивна депресія:
 - параноїдна;
 - астенична;
 - істероїдна.
- реактивний параноїд:
 - паранояльний;
 - іпохондричний;
 - зовнішніх обставин (воєнного часу, залізничний, тюремний).

За МКХ-10 реактивні психози в основному представлено в рубриках Р 40 — Р 48 "Невротичні, пов'язані зі стресом і сомато-формні розлади".

16.3.5. Гострі реактивні психози

Афективно-шокові реакції — це короточасні психо-тичні стани, що виникають здебільшого в ситуації раптової глобальної загрози самому існуванню індивіда: землетрус, пожежа, повінь, терорестичний акт та ін. Вони

завжди супроводжуються сутінковим затьмаренням свідомості, переживанням відчаю, руховими і вегетативними розладами (тахікардією, різким зблідненням чи гіперемією шкіри, профузним потом).

Розрізняють гіпо- і гіперкінетичний варіанти афективно-шокових реакцій.

Гострий реактивний ступор відповідає гіпокінетичному варіанту гострих реактивних психозів. Цей стан Е. Кгеївсптег (1924) описав як реакцію "уявної смерті". Характеризується вона раптовим виникненням у травмівній ситуації повної нерухомості з мутизм-мом. У такому стані хворі не сприймають навколишнього, на обличчі в них застигає вираз жаху, очі широко розплющені, з'являється холодний піт, часто спостерігаються мимовільні сечовипускання і дефекація.

Гострий сутінковий стан розвивається гостро, характеризується повним дезорієнтуванням, неможливістю вербального контакту з хворим, психомоторним збудженням і хаотичними спробами втечі (іноді назустріч небезпеці).

Зникнення хворобливих розладів нерідко відбувається раптово, хворий ніби прокидається після кошмарного сну. Проте при зазвичай поступово і може проходити через період *стунідності* — минаючого різкого збіднення інтелектуальної діяльності, внаслідок чого хворі нагадують недоумкуватих.

Проста форма сутінкового затьмарення свідомості зазвичай триває кілька хвилин чи годин і супроводжується настанням амнезії, іноді через сон.

Хворим із сутінковим затьмаренням свідомості навіть за неповної амнезії властиве ставлення до того, що вони скоїли (наприклад убивства), як до чужого, скоєного кимось іншим.

Гостра реактивна сплутаність виявляється у вигляді сутінкового затьмарення свідомості з афектом страху і психомоторним збудженням, на тлі якого спостерігається безперервна мовна "продукція" за типом мовного вінегрету.

Гострий реактивний параноїд часто спостерігається в судовій практиці; характеризується поєднанням маячення переслідування і стосунку з вербальними галюцинаціями й окремими проявами психічного автоматизму. Зміст реактивного галюциаторно-пара-ноїдного психозу тісно пов'язаний з психотравмівною ситуацією.

Властивий стан розгубленості з афектом страху, тривогою. Маячення афективно насичене, його фабула відображає психо-травмівну ситуацію. На висоті параноїду може порушуватися свідомість — від афективного звуження до сутінкового стану. Можливе виникнення галюцинацій (справжніх і псевдо) та інших елементів синдрому Кандинського—Клерамбо.

У початковий період гострого реактивного параноїду виникає *ментизм* (наплив думок). Впливають спогади про давно забуті епізоди. Поряд з цим виникає відчуття "витягування", "читання думок", чуття "внутрішньої відкритості", що поєднується зі слуховими псевдогалюцинаціями ситуаційного змісту (частіше ситуація слідства). Хворі повідомляють про внутрішні голоси, що втручаються у плин їхніх думок, відтворюють процес слідства, лунають у їхній голові. Виникають окремі компоненти

сенестопатичного автоматизму у вигляді неприємних відчуттів у тілі (холоду, печіння).

На висоті психозу, на тлі інтенсивного афекту страху виникають справжні вербальні галюцинації, пов'язані змістом із травмівною ситуацією. Голоси, які чує хворий, мають множинний характер (полівокальний галюциноз) або набувають форми діалог цьому повне відновлення ясності свідомості відбувається у Можливі окремі зорові галюцинації, що також відображають ситуацію.

Спостерігають маячення стосунку, значення, переслідування, а також ідеї зовнішнього впливу, постійного контролю, що здійснюється за допомогою гіпнозу, спеціальних пристроїв тощо.

Зміна клінічної картини хвороби відбувається одразу після госпіталізації хворого до стаціонару. Першими зникають галюцинації, напружений афект страху змінюється на депресію, маячення набуває резидуального характеру. Поступово формується критичне ставлення до перенесених хворобливих розладів. Упродовж місяця і більше після виходу з психозу спостерігаються астения, дратівлива слабкість, які посилюються в другій половині дня та увечері, афективна лабільність з переважанням зниженого настрою, вередливістю, невдоволенням і слізливістю.

16.3.6. Підгострі реактивні психози

Підгострі (істеричні) реактивні психози мають поліморфну клінічну картину внаслідок поєднання і трансформації різноманітних істеричних розладів.

Істеричний сутінковий стан на відміну від гострого реактивного психозу характеризується афективним звуженням свідомості, що зумовлює своєрідне фрагментарне сприйняття навколишнього. Клінічна картина відрізняється динамічністю і поліморфністю. Поведінка хворого демонстративна, короткочасне, забарвлене тривогою й афектом страху збудження змінюється на субступор. Можливе виникнення маніакально-подібних станів, істеричних судомних пароксизмів, ілюзорно-ейдетичних зорових феноменів.

Образне маячення може супроводжуватися хибним впізнаванням (*симптоми Котра, Фреголі*). Афективні розлади за сутінкового затьмарення свідомості дуже інтенсивні й характеризуються напруженістю. Здебільшого це страх, жах, тупа озлобленість, гнів, екстаз тощо. Рухові розлади виявляються у збудженні, часто у формі безглузких руйнівних дій, які спрямовані на оточуючі предмети і людей.

Перебіг сутінкового затьмарення свідомості з продуктивними розладами може бути *безперервним* й *альтернувальним*, тобто із СПОНтанним зникненням на короткий час багатьох і навіть усіх симптомів з подальшим їхнім повторним виникненням.

Тривалість цієї форми сутінкового затьмарення свідомості коливається від кількох годин до 1—2 тиж. Амнезія після нього може бути: частковою (якщо у свідомості на різні терміни залишається зміст переважно зорових галюцинацій та афекту, що їх супроводять), ретардованою (відставленою) або повною.

Псевдодеменція — психопатологічний стан минучого регресу психічної діяльності, що імітує недоумство. Частіше спостерігається в чоловіків. Вперше її описав С. Уєгпіске (1906).

Клінічно для псевдодеменції характерний раптовий занепад психічної діяльності, що виявляється хибними відповідями (*мимомовленням*) і діями (*мимодіями*). Хворі не орієнтуються в навколишньому: не знають, де перебувають, не можуть правильно назвати поточний місяць, рік. Вони невірно відповідають на елементарні запитання, виконують прості завдання з грубими помилками: на прохання показати очі показують ніс, замість руки — ногу, черевики надівають на руки, просувають ноги в рукава халата, намагаються запалити сірник іншим кінцем тощо. При цьому відповіді такі пацієнти завжди дають у площині заданого питання (наприклад: білий колір називають чорним, літо — зимою, вікно — дверима; на запитання, скільки у нього пальців на руках або очей, хворий може відповісти, що в нього 4 пальця і 5 очей).

Спостерігається порушення читання і письма (аграматизм, пропуски літер, нерівність почерку). Характерний зовнішній вигляд хворих — вони розгублені, витріщають очі, безглуздо посміхаються.

Розрізняють ажитований і депресивний варіанти псевдодеменції.

Ажитована псевдодеменція розвивається гостро, на тлі істеричного звуження свідомості виникає психомоторне збудження. Хворі метушливі, не всидять на одному місці, повернути їхню увагу досить важко. Вони виконують багато непотрібних рухів, без потреби торкаються до оточуючих предметів, ворують одяг, кривляються. Переважає ейфорія, що легко змінюється напруженістю з тривогою і страхом. Мова прискорена, на запитання хворі відповідають без затримки.

Депресивна псевдодеменція розвивається на тлі психомоторної загальмованості. Настрій хворих тривожно-пригнічений, вони сидять із сумним виглядом, широко розплющивши очі, беззвучно

плачуть, розгублені, боязко оглядаються. Мислення уповільнене за темпом, на запитання відповідають після неодноразового повторення, відповіді носять характер заперечення (не знаю, не пам'ятаю, забув) або персеверації. Симптом неправильних дій має стертий, рудиментарний характер. Так, на прохання протягнути ліву руку хворий довго роздивляється обидві руки, потім піднімає то одну, то іншу, і після цього нарешті протягує одну з рук. Псевдодеменція може повністю визначати клінічну картину реактивного психозу. Тз поглибленням захворювання ажитована псевдодеменція часто змінюється на пуерилізм, депресивна — на психогенний ступор.

Тривалість псевдодеменції зазвичай становить від 2 тиж до 3 міс, інколи можливий затяжний перебіг. При цьому клінічна картина монотонна й одноманітна, на тлі субступору. Спогади про хворобливий стан або повністю відсутні (особливо за ажито-ваного варіанта), або ж уривчасті.

Регресія (синдром здичавіння) спостерігається досить рідко і виявляється істеричним затьмаренням свідомості з особливим психомоторним збудженням, за якого регрес психічної діяльності досягає крайнього ступеня:

хворі повзають навколішках, їдять ротом із тарілки, гарчать, гавкають, кусаються тощо. Іноді така поведінка супроводжується маяченням перевтілення (спробами рухатись і поводити себе як тварини).

Пуерилізм — стан регресу психічної діяльності, за якого в мові і поведінці дорослої людини виникають дитячі риси. Термін "пуерилізм" (від *puerilis* — дитячий) запропонував Е. Бирге у 1903 р.

Хворі на пуерилізм розмовляють з дитячими інтонаціями, шепелявлять, сюсюкають, до всіх звертаються на "ти", називають "дядями" і "тьотями". Вони виказують радість, коли бачать блискучі, яскраві предмети, тягнуться до них руками, із задоволенням грають у дитячі ігри (будують хатки, збирають картинки, грають у ляльки), вередують, невдоволено надувають губи, ображено плачуть, але в цілому їхня поведінка не є тотожною до звичайної дитячої поведінки. Вона відрізняється дисоційованістю — поряд із дитячими рисами в поведінці хворого зберігаються окремі звички і навички дорослої людини. Наприклад, правильна манера запалювати сірники, прикурювати.

Іноді реактивний стан упродовж усього захворювання зберігає цілісну однотипну форму пуерилізму, проте здебільшого останній.

є однією з форм чи етапів розвитку істеричного реактивного психозу. При цьому пуерилізм виникає після психогенної депресії або псевдодеменції і може в міру подальшого поглиблення реактивного стану змінюватися на синдром здичавіння. В окремих випадках пуерилізм змінюється на психогенний ступор.

Синдром Ганзера — симптомокомплекс глибокого істеричного сутінкового розладу свідомості з переважанням у клінічній картині мимомовлення.

Поліморфна клінічна картина синдрому визначається нечітким орієнтуванням в оточуючому, ускладненим сприйняттям дійсності, порушенням зв'язку із навколишнім світом, проявами пуерилізму. Хворий зосереджений на вузькому ізолюваному колі уявлень, у межах якого має місце деяка зв'язність і послідовність. Настрій хворого то піднесений, то тривожно-боязкий. Іноді виникають галюцинації, переважно зорові, сценopodobні, загрозливого змісту (ситуаційно-зумовлені сцени суду з показаннями свідків, винесенням вироку тощо). Мимомовлення є гіперболізованим — безглузді відповіді на повсякденні запитання. Можливе приєднання також явища мимодії — хворий невірньо виконує запропоновані йому дії. Іноді спостерігається відсутність реакції на поколювання голкою, нечутливість до холоду і жару.

Ганзерівський синдром триває від кількох діб до тижня, після нього має місце амнезія.

Маячноподобний стан (синдром маячноподобних фантазій) вперше описаний К. Вігп'ашп (1918), виявляється у мінливих фантастичних ідеях, які не вкладаються в чітку систему.

В одних випадках маячноподобні фантазії розвиваються гостро, на тлі істерично звуженої свідомості. При цьому переважають нестійкі ідеї величі, багатства, які в гіперболізованій формі відображують прагнення до втечі від

непосильної ситуації. Так, хворі розповідають про свої подорожі на іншу планету, про незліченні багатства, які їм належать, зроблені ними великі відкриття, що мають державне значення. Зміст цих висловлювань суперечить загальному тривожному тлу настрою, який змінюється залежно від зовнішніх обставин, запитань лікаря. Фабула думок зазвичай має зворотний зв'язок із психотравмівною ситуацією, тобто власні негарні вчинки видаються за подвиги, добродійність.

В інших випадках маячноподібні фантазії мають складніший і стійкіший характер, виявляється тенденція до систематизації. У період редукації реактивної симптоматики на перший план виступає ситуаційно зумовлена депресія, фантазії бліднуть, оживляючись лише на короткий час за стурбованості хворих, зумовленої впливом додаткових психотравмівних переживань.

Істеричний ступор іноді виникає гостро, одразу після психічної травми як самостійна форма реактивного психозу. У більшості випадків він розвивається поступово, як останній етап динаміки істеричних синдромів: істеричної депресії, псевдодеменції й пуе-рилізму.

Незважаючи на нерухомість і мутизм, міміка таких хворих відображає домінуючий афект. Вираз обличчя може бути похмурим, злобним, іноді він відображає страждання і відчай. На тлі психомоторної загальмованості виявляються симптоми, що властиві псевдодеменції й пуерилізму.

Свідомість у таких хворих змінена і наближається до афективно-звуженої, їхній фізичний стан, незважаючи на тривалу відмову від їжі, зазвичай задовільний. Зникають ступорозні розлади раптово або поступово.

16.3.7. Затяжні реактивні психози

Затяжні (суб'єктивно значущі) реактивні психози тривають 6 міс і більше.

Реактивна депресія характеризується поступовістю розвитку і тривалістю перебігу. Фабула депресивних переживань відображає зміст психотравмівних обставин, а вітальні прояви виражені меншою мірою, ніж у разі ендогенної депресії. При цьому у хворих зберігається, хоч і дещо зниженою, критичність до власного стану, а основна провина покладається зазвичай на оточуючих, а не на себе. Здебільшого спостерігаються три клінічні варіанти (синдроми) реактивної депресії.

1. *Астенічна депресія (астено-депресивний синдром)* виявляється в тужливому настрої, психомоторній загальмованості, кволості, швидкій виснаженості й важкості зосередження. Характерна гіперестезія (непреносність яскравого світла, гучних звуків і різких запахів). Спостерігаються головний біль, розлади сну у вигляді підвищеної сонливості або безсоння, вегетативні порушення. Залежно від зміни атмосферного тиску у хворих з астенічним синдромом може.

підвищуватися рівень втомлюваності, посилюватися дратівлива слабкість, гіперестезія (симптом Пирогова).

2. *І стероїдна депресія (істеридепресивний синдром)* характеризується особливою інтенсивністю зовнішніх проявів. Афективні розлади виявляються в поєднанні пригніченості, тривоги, злобності, сльозливості,

мають мінливий характер і залежать від ситуації. Ідеї самозвинувачення відсутні — хворі звинувачують в усьому оточуючих. Поряд із цим вони висловлюють перебільшені побоювання щодо власного здоров'я, переконані, що їхній стан дуже тяжкий, і внаслідок цього не можливе висування до них будь-яких вимог. Міміка, моторика і висловлювання відзначаються театральністю, прагненням привернути до себе увагу і викликати співчуття, психомоторна загальмованість відсутня. Іноді туга поєднується із гнівливостю, депресія набуває ажитованого характеру. Часто такі хворі заподіюють собі ушкодження, чинять демонстративні суїцидні спроби. Ця форма часто поєднується з такими істеричними проявами, як псевдодеменція, пуерилізм, маячноподібні фантазії. Перебіг істеричної депресії сприятливий. Редукція хворобливих розладів може відбутись одразу після позитивної зміни ситуації чи проведеного лікування. У міру одужання спостерігається часткова амнезія внаслідок істеричного звуження свідомості під час психозу.

3. *Параноїдна депресія (параноїдно-депресивний синдром)* розвивається поступово. Спочатку виникають туга і рухова загальмованість за відсутності ідеаторної загальмованості. У хворих спостерігається наплив думок, зміст яких пов'язаний із психотравмівною ситуацією. Свідомість концентрується на домінуючих переживаннях (афективно-звужена). Оточуюча обстановка сприймається як нереальна (у "сірих тонах", як "крізь туман" або "товщу води"). З поглибленням депресії виникають маячна інтерпретація навколишнього (у словах і жестах оточуючих хворі вбачають натяки на майбутнє покарання тощо), елементи синдрому Кандинського—Клерамбо і брадипсихія. У подальшому може розвинути депресивний ступор.

Депресивний ступор розвивається поступово і становить кінцевий етап психогенної депресії, що супроводжується психомоторною загальмованістю. У його клінічній картині зберігається афект туги, що виявляється мімікою і моторикою хворих. Вони майже не підіймаються з ліжка, а якщо це відбувається, то сидять в одноманітній скорботній позі, зігнувшись, низько нахиливши голову. Хворі не слідкують за своєю зовнішністю, нерідко відмовляються від їжі, внаслідок чого різко худнуть, перестають підтримувати контакт з оточуючими. Вираз обличчя у них пригнічено-страждений, погляд нерухомий, кути рота опущені, губи тремтять.

Психомоторна загальмованість зазвичай досягає рівня субступору. Хворим важко усвідомлювати зміст заданих запитань. Вони або зовсім не відповідають, або дають односкладові відповіді після багаторазового повторення запитань. Їхня мова повільна, з тривалими паузами, голос тихий, маломодульований, висловлювання свідчать про наявність ідей самозвинувачення і суїцидні тенденції.

Вихід зі ступорозного стану відбувається через період депресії, з наступною частковою амнезією. Депресивний ступор зазвичай триває 2—3 міс, за цей час хворі різко худнуть, у них спостерігаються виражені вегетативні розлади (тахікардія, коливання АТ, відчуття стискання, біль і важкість у ділянці серця).

Зі зміною ситуації або завдяки лікуванню першим зникає депресивний ступор, потім маячна інтерпретація навколишнього і в останню чергу нормалізується афект. Одночасно з поліпшенням настрою виникає критичне ставлення до перенесеного хворобливого стану. Впродовж місяця після цього спостерігається астения.

Реактивний параноїд — це реактивний психоз, що характеризується образним маяченням переслідування й супроводжується страхом і тривогою. Виникає в осіб, що перебувають у незвичній ситуації (відносна ізольованість). Значною мірою сприяє цим розладам безсоння.

У початковій фазі неактивного параноїду у хворих виникає незрозуміла болісна тривога. Потім приєднується маячення, яке відображає конкретну психотравмівну ситуацію. Хворі захищаються від вигаданих переслідувачів, інколи це набуває характеру гетеро-й автоагресії. Такий стан триває від 2 тиж до 2 міс. Поступово, після стадії сумнівів, відновлюється критичне ставлення пацієнтів до власного хворобливого стану, маячення зникає.

Розрізняють три варіанти (форми) реактивного параноїду.

Паранояльний параноїд виявляється в нестійкому маяченні без галюцинацій, що відображає психотравмівну ситуацію.

Іпохондричний параноїд розвивається внаслідок певної соматичної патології. Характеризується впевненістю пацієнтів у власній невиліковності, ідеями впливу, особливого ставлення, дисморфофобією. 3. *Параноїд зовнішніх обставин* має кілька різновидів:

А. *Параноїд воєнного часу* — фабула маячення корелює із ситуацією. Хворі перелякані, вбачають в оточуючих ворогів, роблять імпульсивні спроби втечі.

Б. *Залізничний параноїд* розвивається під час тривалих складних подорожей, у незвичному оточенні на тлі виснаження. Маячна фабула — ідеї переслідування і стосунку.

В. *Тюремний параноїд* — у хворого виникають переважно вербальні галюцинації звинувачувального, загрозливого чи коментувального характеру. Основною їхньою темою є ситуація, пов'язана з арештом і ув'язненням.

Післятравматичний стресовий розлад (ПТСР— Р 43.1) виникає як відставлена (від 2 тижнів до 6 міс після перенесеної травми) затяжна психопатологічна реакція на стресогенну ситуацію катастрофічного характеру. Характеризується нав'язливими синдромами (ремінісценсіями) про перенесену подію, що занурюють хворого в стан емоційного відчуження, заціпеніння почуттів. Можливі гострі драматичні спалахи страху, паніки або агресії під час цих спогадів або при потраплянні в ситуацію, яка явно чи віддалено нагадує перенесені психогенно травмівні обставини. Нерідко супроводжується вегетативними розладами, пригніченням настрою, алкоголізацією, наркотизацією та іншими порушеннями поведінки. У разі несприятливого тривалого перебігу ПТСР він може трансформуватися в стійкі зміни особистості після катастрофи (Р 62.1), за яких настають незворотні паталогічні зміни особистості — недовірливість і ворожість до оточуючих, соціальна відгороженість, відчуття постійної загрози, тривоги, існування "на

межі", внутрішньої спустошеності, безнадії, що призводить до соціальної дезадаптації.

16.3.8. Лікування

Хворим на реактивні психози призначають антидепресанти в поєднанні з антипсихотичними (невролептичними) засобами і транквілізаторами залежно від особливостей клінічних проявів і етапу перебігу реактивного психозу.

Для усунення гострого психогенного рухового збудження, психогенного сутінкового стану та ажитованої псевдодеменції засто совують внутрішньом'язові ін'єкції невролептичних засобів: аміназин (150 мг), трифтазин (10 мг), галоперидол (5-Ю мг), лепонекс (50 мг) тричі на добу, клопиксол-акуфаз (100 мг І раз на 3 дні). Із транквілізаторів у таких випадках ефективний седуксен (15—45 мг на добу внутрішньом'язово). Ці препарати призначають також перорально пацієнтам з гострим і підгострим маяченням.

За наявності депресивних станів у комплекс лікування вводять антидепресанти в добовій дозі, мг: анафраніл — 75; коаксил — 37,5; лудіоміл — 150; серталін — 100; паксил — 60; ламіктал — 150; ципраміл — 60; ципралекс — 60. У разі психогенного ступору рекомендовані разові амітал-ко-феїнові розгальмовування або навіть ефірний рауш-наркоз, що іноді є досить ефективним. Затяжний апатичний стан, млявий перебіг ступору й астенія є показаннями до призначення ноотроп-них засобів і загальнозміцнювальної терапії (особливо за наявності реактивного психозу з клінічною картиною в'ялого ступору): пірацетам, адаптогени (женьшень, елутерокок тощо), магне-В₆. Ефективний хомвіо-нервін. У період виходу хворих із патологічного стану призначення психофармакологічних засобів слід поєднувати з добре продуманою поетапною раціональною психотерапією. За наявності безсоння призначають нітразепам (радедорм), золпідем (івадал), зопіклон (апо-зопіклон) — 5—10 мг на **ніч**.

16.3.9. Експертиза

Лікарсько-трудова експертиза. Хворі на реактивні психози отримують стаціонарне лікування, перебуваючи на лікарняному листку, і здебільшого не потребують призначення їм інвалідності. У випадку затяжного реактивного психозу МСЕК зазвичай обмежується продовженням лікарняного листка не більше як на 4 міс. Виняток становлять хворі на прогресивний затяжний реактивний психоз, яким призначають ІІІ, а іноді навіть ІІ групу інвалідності. У разі психогенного параноїального маячення внаслідок збереження у хворих інтелекту і трудових навичок призначення їм групи інвалідності в більшості випадків недоцільне, проте в цілому при даному захворюванні питання лікарсько-трудової експертизи має вирішуватися суто індивідуально.

Військово-лікарська експертиза. За наявності підгострих і в більшості випадків затяжних реактивних психозів хворих не звільняють від військової служби. Винятком є хворі на прогресивні затяжні реактивні психози і пацієнти з психогенним параноїаль-ним маяченням, яких знімають з військового обліку як непридатних до військової служби.

Судово-психіатрична експертиза. Осіб, які скоїли правопорушення в стані реактивного психозу, що трапляється досить рідко, визнають неосудними;

вони підлягають примусовому лікуванню. У випадку, якщо підсудний захворів на реактивний психоз після здійснення злочину, але до винесення вироку (під час слідства), суд лише призупиняє на час хвороби карну справу, а підексперт-ний після одужання постає перед судом. І лише у випадку розвитку затяжного прогредиєнтного реактивного психозу справу остаточно припиняють, а хворого направляють на примусове лікування.

VI. 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. 2. 3. | <p>Організація заняття</p> <p>Постановка навчальних цілей та мотивація</p> <p>Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:</p> <p>1). Класифікація психогенних розладів</p> <p>2). Визначення понять невроз, невротичні розлади, реактивні психози.</p> <p>3). Етіологічні чинники, патогенез розвитку неврозів та реактивних психозів.</p> <p>4). Неврастенія, дисоціативно-конверсійні та обсесивно-компульсивні розлади.</p> <p>5). Невротичні розлади в стоматологічній практиці</p> <p>6). Лікування неврозів, лікарсько-трудова, судово-психіатрична експертиза.</p> <p>7) Гострі та підгострі реактивні психози.</p> <p>8) Затяжні реактивні психози</p> <p>9) Лікування реактивних психозів, лікарсько-трудова та судово-психіатрична експертиза.</p> | I II II II II II | <p>Тестовий контроль I рівня</p> <p>Індивідуальне усне опитування</p> <p>Фронтальна бесіда</p> <p>Тестовий контроль II рівня</p> <p>Рішення типових задач II рівня</p> | <p>Академічний журнал «Навчальні цілі» «Актуальність»</p> <p>Методичні розробки</p> <p>Тематичні таблиці, плакати, слайди, структурно-логічні схеми</p> <p>Питання для індивідуального усного опитування</p> <p>Тестові завдання I, II рівня</p> <p>Типові задачі II рівня</p> | 25 |
| II. Основний етап | | | | | |
| | <p>Формування професійних навичок та вмінь:</p> <p>1). Оволодіння методикою проведення збору анамнезу життя та захворювання та оцінка цих даних;</p> <p>2). Сформувати вміння провести соматичне,</p> | III III III | <p>Методи формування навичок: професійний тренінг,</p> <p>рішення тестів III рівня, типових задач III рівня</p> | <p>Алгоритми для формування практичних навичок</p> <p>Методичні розробки. Неврологічні молоточки. Таблиці. Тести, типові задачі III рівня</p> | 260 |

| | | | | | |
|---------------------------|--|--------------------------|---|--|----|
| | психоневрологічне та лабораторно-інструментальне обстеження статусу хворого, інтерпретувати їх данні. 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 | професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій, задачі III рівня | Алгоритми для формування професійних вмінь. Пацієнти. Історії хвороби пацієнта. Ситуаційні нетипові задачі. Імітаційні ігри. Обладнання. | |
| III Заключний етап | | | | | |
| 1. 2. 3. 3. | Контроль і корекція рівня професійних вмінь та навичок Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного) Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі) | 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 |

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття.

1.2. Матеріали контролю для підготовчого та основного етапу заняття.

Питання для контролю початкового рівня знань (а II-III)

1. Визначення поняття "невроз", "невротичні розлади", «реактивні психози».
2. Етіологічні чинники розвитку неврозів (невротичних розладів).
3. Патогенетичні механізми, які лежать в основі неврозів (невротичних розладів).
4. Характеристика короткочасних невротичних реакцій.
5. Класифікація неврозів (невротичних розладів).
6. Клінічна картина неврастенії.
7. Клінічна картина істеричного неврозу.

8. Клінічна картина неврозу нав'язливих станів.
10. Диференціальна діагностика істеричного й епілептичного нападів.
11. Принципи лікування хворих із невротичними розладами.
12. Трудова, військова і судово-психіатрична експертиза у хворих із невротичними розладами.
13. Етіологія і патогенез реактивних психозів.
14. Класифікація реактивних психозів.
15. Клінічні прояви гострих реактивних психозів.
16. Характеристика реактивного сутінкового стану свідомості.
17. Клінічні прояви підгострих реактивних психозів.
18. Характеристика реактивного ступору і реактивної депресії.
19. Характеристика реактивного параноїду.
20. Характеристика псевдодеменції й синдрому Ганзера.
21. Клінічні прояви затяжних реактивних психозів.
22. Характеристика післятравматичного стресового розладу та стійких змін особистості після катастрофи.
23. Лікування й експертиза хворих на реактивні психози.

Тести II рівня

1. Емоційний стрес відіграє важливу роль у виникненні:
 - А. Корсаковського синдрому*
 - В. Манії*
 - С. Псевдодеменції*
 - Д. Делірія*
2. Типовим результатом реактивних психозів є:
 - А. Видужання*
 - В. Формування ремісії*
 - С. Мнестично - інтелектуальний дефект*
 - Д. Апатико-абулічний дефект*
 - Е. Затяжний без ремісій непроградієнтний перебіг.*
3. Характерною рисою афективно-шокових реакцій вважають:
 - А. Наявність галюцинацій*
 - В. Сум і безрезультатність*
 - С. Дурашливість і кривляння*
 - Д. Явище психічного автоматизму*
 - Е. Затьмарення свідомості.*
4. Характерною рисою посттравматичного стресового розладу вважають:
 - А. Наявність маячних ідей переслідування*
 - В. Відмова від лікарської допомоги*
 - С. Ступор чи збудження*
 - Д. Аутизм і негативізм*

Е. Затьмарення свідомості.

5. Поява дитячої поведінки на фоні тяжкої психотравмуючої події характерно для:

- А. Неврозів*
- В. Афективно-шокової реакції*
- С. Реактивного параноїку*
- Д. Істеричних психозів*
- Е. Соматоформних розладів.*

6. Ситуації, пов'язані із раптовим виникненням загрози для життя, часто визивають:

- А. Афективно-шокову реакцію*
- В. Реактивну депресію*
- С. Реактивний параної*
- Д. Істеричний психоз.*

7. Виникненню реактивного параноїда сприяє:

- А. Низький рівень інтелекту і освіти*
- В. Виховання в неповній сім'ї*
- С. Перебування в чужомовному середовищі*
- Д. Робота з технічними приладами*
- Е. Довготривале утримання від сексуальних контактів.*

8. Поява у хворого негативної симптоматики:

- А. Підтверджує діагноз неврозу*
- В. Підтверджує діагноз реактивного психозу*
- С. Підтверджує діагноз МД*
- Д. Виключає діагноз шизофренії*
- Е. Виключає діагноз будь-якого психогенного захворювання.*

9. Найбільш ефективною при реактивній депресії вважається:

- А. Біхевіоральна*
- В. Когнітивна*
- С. Сугестивна*
- Д. Релаксуюча психотерапія.*

10. Соматовегетативні розлади є характерним проявом:

- А. Неврастенії*
- В. Обсесивно-фобічного невроз*
- С. Істерії*
- Д. Будь-якого неврозу.*

11. Найбільш сприятливим варіантом неврозу вважають:

- А. Неврастенію*

- В. Обсесивно-фобічний невроз*
- С. Істерію*

12. Невроз очікування вважають варіантом:

- А. Неврастенії*
- В. Обсесивно-фобічного неврозу*
- С. Істерії*

13. При лікуванні панічних атак стійкий ефект спостерігається при призначенні:

- А. Антидепресантів*
- В. Нейролептики*
- С. Барбітуратів*
- Д. Бензодіазепінових транквілізаторів*
- Е. Ноотропів*

14. Порушення ковтання характерні:

- А. Для неврастенії*
- В. Для обсесивно-фобічного неврозу*
- С. Істерії*
- Д. При неврозах не спостерігається.*

15. Globus hystericus- це:

- А. Відчуття обруча на голові*
- В. Відчуття кому в горлі*
- С. Звуження полів зору*
- Д. Синонім синдрому Мюнхаузена*
- Е. Синонім синдрому Ганзера.*

16. Найчастішою причиною неврозів вважається:

- А. Смерть близької людини*
- В. Остаточний розрив із партнером*
- С. Довготривале розумове навантаження*
- Д. Переїзд на нове місце проживання*
- Е. Внутрішньо особистий конфлікт.*

17. Спадкові фактори в етіології і патогенезі неврозів:

- А. Розглядаються як основні причини*
- В. Мають суттєве значення*
- С. Визначають прогноз хвороби*
- Д. Не грають ніякої ролі.*

18. Механізми витіснення дисоціації і конверсії пов'язують з

- А. Реактивною депресією*
- В. Істерією*

- С. Неврастенією*
- Д. Обсесивно-фобічним неврозом*
- Е. Психосоматичними захворюваннями.*

19. Захист від психологічних переживань, який виражається у появі функціональних, неврологічних і соматичних розладів називається

- А. Регресією*
- В. Дисоціацією*
- С. Інтелектуалізацією*
- Д. Фіксацією тривоги*
- Е. Конверсією.*

20. До психосоматичних захворювань відносять:

- А. Прогресивний параліч*
- В. Виразкову хворобу*
- С. Жировий гепатоз*
- Д. СНІД*
- Е. Лімфогранульоматоз.*

Література

1. Теми лекцій: «Розлади відчуттів і сприйняття» (курс психіатрії)
2. Психіатрія: Підручник/Г.Т.Сонник, О.К. Напрєєнко, А.М. Скрипніков. – К.: Здоров'я, 2006. – 432 с.
3. Психіатрія. Під ред. професора О.К. Напрієнка. – Київ, 2001.
4. Банщиков В.М., Невзорова Т.А. Психіатрія - М., 1969.
5. Коркіна М.В., Лакосіна Н.Д. Психіатрія - М., 1995.
6. Жариков Н.М. Психиатрия - М., 1989.
7. Кербиков О.В. Психиатрия. – М., 1968.
8. Руководство по психиатрии. Под ред. А.В. Снежевского. В 2-х т. – М., 1983.
9. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М., 1997.
10. Клиническая психиатрия. Под ред.. проф. Н.Є. Бачериова. – Киев, 1989.
11. ПСИХІАТРІЯ : Нормативне виробничо-практичне видання. – К. : МНІАЦ медичної статистики ; МВЦ «Медінформ», 2009. – 628 с. – ISBN 966-8318-09-9.
12. Психіатрія / під ред. В. М. Козідубової, В. М. Кузнецова, В. А. Вербенко, Л. М. Юр'євої, О. О. Фільца, І.О. Бабюка. – Харків : Оберіг, 2013. – 1164 с. – ISBN 978-966-8689-18-5.
13. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз. – 3-е изд., расширенное. – Харьков: Наука, 2014 / 2015. – 536с. – ISBN 978-966-526-140-7.

