



ПОЛТАВСЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

***Предмет та завдання психіатрії та
наркології.
Історія розвитку та сучасний стан
психіатрії та наркології.
Класифікація психічних розладів і
захворювань.
Загальна психопатологія***

д. мед. н., професор Васильєва Ганна Юріївна

Предмет та завдання психіатрії та наркології

Психіатрія — медична дисципліна, що вивчає принципи діагностики, лікування, а також етіологію, патогенез, поширеність психічних хвороб і систему організації психіатричної допомоги. У перекладі з грецької психіатрія — це лікування душі (psyche — душа, iatria — лікування). Основні завдання психіатрії: а) вивчення поширеності, умов виникнення, нозологічної структури і клінічних особливостей психічних захворювань; б) вивчення етіології і патогенезу психічних захворювань; в) лікування і профілактика психічних захворювань; г) соціально-трудова реабілітація хворих; д) трудова, судова і військово-лікарська експертиза; е) проведення санітарно-освітніх і психогігієнічних заходів серед населення.

Психічне здоров'я

— відносно стійкий стан організму й особистості, що дозволяє людині усвідомлено, з огляду на свої фізичні й психічні можливості, а також навколишні природні й соціальні умови, здійснювати й забезпечувати свої індивідуальні потреби на основі нормального функціонування психофізіологічних систем, здорових психосоматичних і соматопсихічних відносин в організмі.

Психічне здоров'я — це відсутність хвороб і патологічних змін у головному мозку людини, але це ще не виключає виникнення в екстремальних умовах морально-етичних і соціально-психологічних реакцій, які виходять за межі загальноприйнятої норми, але не мають потреби у застосуванні медичних засобів.

До загальних критеріїв психічного здоров'я відносять:

1. Усвідомлення і почуття безперервності, сталості та ідентичності свого "Я".
2. Усвідомлення і почуття безперервності, сталості та ідентичності своїх переживань в однотипних ситуаціях.
3. Критичне ставлення до себе та результатів своєї психічної діяльності.
4. Відповідність психічних реакцій силі та частоті впливів середовища, соціальних обставин і ситуацій.
5. Здатність самокерування поведінкою відповідно до соціальних норм, суспільних правил та законів.
6. Здатність планувати свою життєдіяльність і реалізувати свої плани.
7. Здатність змінити свою поведінку залежно від життєвих ситуацій і обставин.

КОРОТКИЙ НАРИС З ІСТОРІЇ ПСИХІАТРІЇ

Психічні хвороби відомі з часу існування людства. У так званий донауковий період історії медицини превалювало примітивно-теологічне розуміння аномальної поведінки хворих, що знайшло відображення в міфах і легендах. Так, у Біблії описані випадки душевного розладу у вавилонського царя Навуходоносора (мізантропія) і в іудейського царя Саула (меланхолія й епілепсія).

Уже в Стародавньому Єгипті були фахівці, які лікували душевні хвороби. Відповідно до книг Веди—Аюрведа (приблизно 4 1500 років до н.е.) в індусів були фахівці, які виганяли демонів з одержимих. Стародавні греки вважали, що психічно хворих переслідують злі фурії, їм були відомі меланхолія, епілепсія, а також випадки симуляції душевних хвороб (Аякс, Одиссей, Орест, Давид). Вивчення історії психіатрії від її джерел до наших днів свідчить, ще уявлення про сутність психічних захворювань нерозривно пов'язане з пануючими філософськими теоріями.

Джерела зародження психіатрії пов'язані з ім'ям великого лікаря і мислителя античної Греції — Гіппократа, якого вважають засновником наукової медицини. Гіппократ перший зазначав, що в душевнохворих страждає мозок, їх повинен лікувати лікар. Вчення Гіппократа є найдавнішим підґрунтям гуморальної патології. Гіппократ вважав, що психічні особливості людини визначаються змішуванням основних соків живого організму (кров, слиз, жовта й чорна жовч), залежне від переваги одного з них він розрізняв 4 типи темпераменту: сангвінік флегматик, холерик, меланхолік. їм започатковане вчення про психічні розлади, зокрема меланхолії і манії, які виникають унаслідок матеріальних змін і організмі. Гіппократ розглядав душевні хвороби як виліковні й рекомендував хворим спокій тіла, дієту, ванни, холодні обливання, легкий моціон і легку гімнастику, блювотне й проносне.

Під сильним впливом Гіппократа перебував Арістотель — філософ, що також приділяв увагу вивченню психічних хвороб. Він відзначав схильність епілептиків до жорстокості, а меланхоліків уважав більш обдарованими, ніж людей іншого темпераменту.

Серед лікарів давнини були й інші геніальні особистості. Так, Аретей описував епілепсію, меланхолію, манію, їхню клініку, перебіг і кінцевий стан захворювання, а також гострі психози під час соматичних захворювань.

Клавдій Гален вивчав головний мозок, уважав, що це місце розташування розуму, що помисли локалізуються у серці, а бажання — у печінці. Душевні хвороби Гален поділяв на гострі і хронічні, до перших він відносив гарячкове марення, до других — меланхолію. У цей період у Греції існувала храмова медицина, у храмах жерці лікували хворих за допомогою магічних прийомів і заклинань.

Можна стверджувати, що психіатрія у стародавні часи досягла певного ступеня розвитку, однак матеріалістичні судження, які висловлювалися вже тоді, ще не могли закріпитися і похитнути основи пануючого містичного уявлення про душу як про особливу духовну субстанцію, що абсолютно не залежить від тілесних процесів. У період Середньовіччя розвиток науки загальмувався. У цей час панувала церква і її догми про диявольську мару, про боговідступництво, про святість і біснுவатість, тому будь-яке порушення психіки оцінювали не як хворобу, а як результат добровільного спілкування з дияволом. Особливо значного поширення набули процеси відьом і чаклунів після булли папи Інокентія VIII, у якій наказувалося карати людей, що добровільно віддали душу дияволу. Люди з дивною поведінкою, які відчували страх, висловлювали дивні думки, мали "бачення" і "голоси", оцінювалися не як хворі, а як великі грішники, що не потребували медичної допомоги. Методи, які застосовували для вигнання дияволів, були різні: заклинання, ув'язнення, катування та спалення на багатті. У країнах Західної Європи виникали численні "епідемії відьом" (в основному в жіночих монастирях) у вигляді індукованого божевілля. Велика кількість психічно хворих була спалена на багаттях інквізиції. Перша чаклунка, чиє ім'я збереглося в історії, — Жанна д'Арк — була спалена у Франції в місті Руані у 1431 р. У цей період у деяких країнах створюються притулки для душевнохворих, в основному при монастирях.

Не дивлячись на жорстке придушення паростків наукового мислення, в епоху раннього Середньовіччя почали зароджуватися і прогресивні погляди на природу психічних хвороб. Так, видатний арабський учений Авіценна вважав хворобою порушення психічної діяльності й закликав до лікування цих порушень.

Погляди Авіценни реалізовувалися в будівництві лікарень для психічно хворих. Наприкінці XVII — початку XVIII ст. у зв'язку із розширенням міст і збільшенням населення влада наказувала родичам хворих охороняти спокій гих, хто живе поруч. Хворих зв'язували, приковували ланцюгами, закривали у приміщеннях.

У Європі почали відкривати притулки для душевнохворих. Є підстави припускати, що перші такі притулки були створені арабами у Феці та Каїрі ще в VII ст., які послужили первісними зразками для подальшого устрою закладів для душевнохворих у Європі. Однак це були лише окремі оази, навколо яких психічно хворі піддавалися тілесним і душевним катуванням.

Однак хоча в цих закладах хворих не страчували та не спалювали, але відношення до них було суворим і жорстоким. Прикладом цього може служити організований в Англії психіатричний заклад — Бедлам, ім'я якого стало надалі загальним. У Бедламі хворих тримали в маленьких кімнатах з кам'яними підлогами без меблів, прикутими ланцюгами до стін. Сковані хворі нерідко лежали у випорожненнях, вкриті виразками та комахами.

Головним джерелом забезпечення хворих була доброчинність. Для розваги людей, бажаючих познайомитися з умовами такого закладу, пускали туди за невелику плату. У якості "лікувальних" засобів використовували батоги, різні психічні впливи, здатні спричинити потрясіння у хворих: навколо таких закладів зводили високі стіни з ровом і звідними мостами, служителі мали чорний одяг, хворих зненацька викидали з вікон у сітки, штовхали у воду. До арсеналу засобів впливу на хворих входили гамівні сорочки, "камзоли", батоги, кайдани. Хворих піддавали "обертальній", "нудотній" терапії, лікуванню "легким" крижаним душем, наливними пластирами.

В епоху зародження капіталізму в Європі відбувалося поступове звільнення науки зпід впливу церкви. Створюються передумови для формування психіатрії як науки. У XVIII ст. намітилися більш значні зміни в організації психіатричної допомоги. У цьому відображалися ті соціальні зміни, які відбулися у Франції в період буржуазної революції.

Французькі філософи і лікарі (Ламерті, Дідро, Кабаніс, Гольбах, Гельвецій) здійснили великий вплив на медицину. Відповідно до трактату Кабаніса, психічні хвороби є хворобами мозку. З'явилася можливість законодавчої зміни положення психічно хворих.

Французький психіатр Філіп Пінель (1745—1826), головний лікар психіатричної лікарні Бісетра домігся в Національному Конвенті права на зняття ланцюгів з душевнохворих і ввійшов в історію як "батько сучасної психіатрії".

Ф. Пінель — засновник психіатрії у Франції, основна його заслуга полягає в тому, що він "перевів божевільного в ранг душевнохворого".

Найближчий учень Ф. Пінеля, Ж. Ескероль заклав фундамент науково-клінічної психіатрії, узаконив вимогу про обов'язковий медичний огляд осіб, яких госпіталізують у психіатричні заклади. Він створив кафедру психіатрії, що стала школою для багатьох психіатрів Європи. Викликають інтерес його дослідження в галузі загальної психопатології. Ж. Ескероль започаткував вивчення прогресивного паралічу, встановив значення соматичних симптомів у клініці психозів, розмежував ілюзії та галюцинації.

Реформу, почату Ф. Пінелем, продовжив в Англії Коноллі, професор Лондонського університету, що проголосив принцип "нестиснення" психічно хворих. У 20-ті роки XIX ст. у німецькій психіатрії сформувалися два напрямки: так звана школа психіків, очолювана Гейнротом і школа соматиків, провідним ідеологом якої був Якобі.

Представники школи психіків уважали причиною психічного захворювання порочність душі, аморальність, гординю.

Соматики вважали психічну хворобу тілесною і для терапії хворих призначали голодну дієту, профузне проносне, кровопускання. Ці впливи, на думку авторів, повинні були виділити у хворих неправильні уявлення і замінити їх на здорові думки.

Засновником німецької наукової психіатрії був В. Грізінгер, який стверджував, що психічна діяльність є рефлексорна, а психічні хвороби — це хвороби мозку. Він закликав ліквідувати міри стиснення хворих. У своїх працях В. Грізінгер намагався об'єднати патологоанатомічні, фізіологічні та клінічні дослідження в психіатрії.

Видатним ученим й організатором психіатричної допомоги в США був Б. Раш — засновник американської психіатрії, що одним з перших виявив матеріалістичний підхід до психічних захворювань, висловивши думку, що вони виникають унаслідок порушення рівноваги між збудженням та гальмуванням. Він написав перший американський підручник з психіатрії.

У середині та другій половині XIX ст. психіатрія досягла значних успіхів. Віденський психіатр Т. Мейнерт описав аменцію, німецький психіатр К. Верніке вперше описав алкогольний галюциноз, гострий геморагічний поліенцефаліт, пресбіофренію, ввів поняття надцінних ідей, псевдогалюцинації, галюциноза, галюцинаторної сплутаності. У Франції в середині XIX ст. широкого поширення набула концепція виродження (дегенерації) Б. Мореля, який вважав, що патологічна спадковість, що призводить до виродження, є причиною психічних захворювань. Різні ж зовнішні впливи не мають значення. Негативним аспектом цього навчання було твердження про фатальність і невиліковність психічних захворювань. Концепція Б. Мореля про виродження стала основою для "школи кримінальної антропології" Ломброзо.

Другою концепцією, що серйозно вплинула на розуміння сутності та закономірностей перебігу психічних хвороб, була концепція єдиного психозу, що відкидала наявність нозологічних одиниць. Клінічним вираженням цієї концепції була класифікація В. Грізінгера, де виділялася меланхолія, манія, стан психічної слабості як стадії одного захворювання.

Наступний розвиток вчення про виродження спричинив розмежування психозів внаслідок дегенерації від психозів, які можуть виникнути не на дегенеративному ґрунті в будь-якої людини.

Наприкінці XIX ст. широкого розвитку набула симптоматична психіатрія: систематизований маревний психоз (В. Магнан), циркулярне божевілля, кататонія (К. Кальбаум), гебефренія (Е. Геккер), гебоїдофренія (К. Кальбаум), дизноя (С.С. Корсаков).

Симптоматологічний напрямок обмежувався описом симптомів, симптомокомплексів, у яких проявляються психічні захворювання, без обліку причин і механізмів їхнього розвитку.

Цей період розвитку світової психіатрії визначається як донозологічний, однак уже в цей час були описані 2 нозологічні одиниці: прогресивний параліч (А. Белль), алкогольний поліневритичний психоз (С.С. Корсаков).

Велику роль у формуванні нозологічних поглядів у психіатрії відіграли праці німецького вченого Е. Крепеліна. Він стверджував, що душевна хвороба — це закономірний біологічний процес, що має певну етіологію, характерні психічні й фізичні ознаки, патологоанатомічну основу, типовий перебіг і заздалегідь визначений результат. Він виділив дві ендегенні психічні хвороби — раннє слабоумство (dementia praecox) і маніакально-депресивний психоз. Е. Крепелін і його послідовники протягом XX ст. узагальнили синдроми психічних захворювань, визначили етапи розвитку різних захворювань.

Нозологічна класифікація психічних захворювань була прийнята майже у всіх країнах. На початку XX ст. набуло поширення вчення К. Бонгеффера про екзогенні типи реакції у вигляді порушення свідомості на вплив екзогенних чинників (інфекції, інтоксикації). До екзогенних типів реакції було віднесено також так звані перехідні симптоми — марення і афективні розлади (Н. Вік).

Загальна психопатологія

ПАТОЛОГІЯ ВІДЧУТТІВ

- ▶ Гіперестезія
- ▶ Гіпестезія
- ▶ Парестезії
- ▶ Сенестопатії

Кількісні зміни відчуттів:

- ▶ *Гіперестезія* - підвищення сприйнятливості звичайних зовнішніх подразників, нейтральних для людини в нормальному стані.
- ▶ *Гіпестезія* - зниження сприйнятливості зовнішніх роздратувань.

Якісні зміни відчуттів:

- ▶ *Парестезії* - неприємні відчуття стягування, поколювання, ворушіння, напруги, розпирання і т.п. у різних частинах тіла, у всьому тілі. Частіше вони є результатом неврологічних розладів.
- ▶ *Сенестопатії* - неприємні суб'єктивно-тяжкі відчуття в різних частинах тіла, що відрізняються від парестезії невизначеністю, нечіткістю відчуттів, іноді їх химерністю, а також відсутністю наявної патології нервів, нервових центрів і відповідних соматичних порушень.

ПАТОЛОГІЯ СПРИЙНЯТТЯ

- ▶ *Ілюзії* - це перекручені за зовнішнім виглядом або змістом сприйняття реально існуючих предметів і явищ.

Класифікації ілюзій:

1. За механізмом виникнення:
 - фізичні,
 - фізіологічні,
 - патологічні.
2. За аналізаторами: зорові, слухові, тактильні, смакові, нюхові.

- ▶ ***Фізичні ілюзії*** - це перекручене сприйняття реально існуючого предмета чи явища.
- ▶ ***Фізіологічні ілюзії*** виникають у психічно здорових людей у стані афективної напруги, чи стомлення при зниженні рівня пильнування.
Фізичні і фізіологічні ілюзії епізодичні, короткочасні і відразу критично оцінюються.

Патологічні ілюзії

- ▶ *Парейдолічні ілюзії* - зорові ілюзорні сприйняття з фантастичним оформленням.

Хворі при цьому чітко вказують на об'єкт, котрий служить джерелом ілюзорного сприйняття.

Галюцинації

- це мнимі, помилкові сприйняття без реально існуючого об'єкта, що виникають на хворобливій основі і мають для хворого характер дійсного сенсорного відображення об'єктивної реальності.

Класифікація галюцинацій:

1. **За аналізаторами:** зорові, слухові, нюхові, смакові, тактильні, загального почуття, моторні (кінестетичні), вестибулярні, пропріоцептивні і інтероцептивні (вісцеральні).
2. **За повнотою розвитку:** щирі і псевдогалюцинації.
3. **За складністю:** прості і складні, сценоподібні, "кінематографічні".
4. **За сенсорним компонентом:** виразні, бліді (неясні), тихі, голосні, знайомі, незнайомі, поліфонічні, безбарвні, тіньові, одно - і багатокольорові.
5. **Стосовно особистості:** нейтральні, загрозливі, осудливі, що коментують, імперативні.
6. **За часом виникнення:** гіпнагогічні, гіпнопомпічні.

Щирі галюцинації характеризуються наявністю почуттєвої жвавості, екстрапроекцією та незалежністю від волі. Критична оцінка при цьому, як правило, відсутня.

Характерними ознаками ***псевдогалюцинацій*** є інтрапроекція галюцинаторного образу, невідповідність його до законів нормального сприйняття і почуття зробленості, насильності. Образ людина бачить "внутрішнім оком", чує "внутрішнім вухом", сприймає в "суб'єктивному" просторі.

ПОРУШЕННЯ ПАМ'ЯТІ Й УВАГИ

Пам'ять

1. Гіпомнезія
2. Гіпермнезія
3. Амнезія
 - ▶ ретроградна
 - ▶ антероградна
 - ▶ фіксаційна
4. Парамнезії
 - ▶ Конфабуляції
 - ▶ Псевдоремінісценції

Увага

1. Слабкість активної уваги
2. Виснажуваність активної уваги
3. Підвищена відволікаємість уваги
4. Інертність уваги

РОЗЛАДИ ПАМ'ЯТІ

- порушення здатності до запам'ятовування, утримання і відтворення засвоєного матеріалу.

Гіпомнезія - поступове ослаблення пам'яті. Характерна динаміка зниження пам'яті. Спочатку відзначається ослаблення довільної репродукції: хворий не може згадати потрібне слово чи ім'я. Наступний етап - ослаблення утримання в пам'яті, а потім вже наростаюча недостатність запам'ятовування.

Гіпермнезія - підвищення здатності до репродукції, відтворення раніше накопиченої інформації. Відбувається посилення механічної пам'яті в зв'язку з пожвавленням асоціацій за подібністю і суміжністю в просторі і часі. Логічний тип пам'яті порушується. Спостерігається найчастіше при маніакальних станах.

Амнезія

- безпам'ятство, пробіл, відсутність пам'яті (спогадів) на певний період часу.

Ретроградна амнезія - випадання з пам'яті подій, безпосередньо попередніх хворобі (несвідомому стану), спостерігається, наприклад, при епілепсії;

Антероградна амнезія - втрата спогадів про події, що безпосередньо траплялися за закінченням несвідомого стану чи іншого розладу психіки;

Конградна амнезія – втрата спогадів про події, що відбувалися поки пацієнт був непритомний, у несвідомому стані;

Прогресуюча амнезія по закону Рібо – втрата в першу чергу пам'яті на події, що відбувалися нещодавно, а потім і на події більш пізнього періоду.

Фіксаційна амнезія - утрата здатності запам'ятовувати, відсутність пам'яті на поточні події.

Парамнезії

- ▶ ***Конфабуляції*** - помилкові спогади про вигадані події, що заповнюють пробіл пам'яті. Вони спостерігаються як при амнезії (Корсаковський синдром), так і поза нею, наприклад, при парафренних станах, розладах свідомості продуктивного типу.
- ▶ ***Псевдоремінісценції*** - помилкові спогади з неправильною локалізацією подій у часі. Пробоїл спогадів про події останнього часу заміщається подіями з минулого. Спостерігаються при Корсаковському синдромі.
- ▶ ***Корсаковський амнестичний синдром*** – фіксаційна амнезія, псевдоремінісценції і конфабуляції

ПАТОЛОГІЯ УВАГИ

- ▶ **Слабкість активної уваги** - порушення здатності зосередитися на тій меті, що ставить перед собою індивід. Характерна для астеничного синдрому.
- ▶ **Виснажуваність активної уваги** - зниження її стійкості в процесі діяльності. Також зустрічається при астеничному синдромі.
- ▶ **Підвищена відволікаємість уваги** - неуважність з перевагою пасивної уваги, постійними переходами від одного об'єкта до іншого, ні на чому не затримуючись. Характерна для маніакального синдрому.
- ▶ **Інертність уваги** - це порушення переключаємості, мала рухливість або патологічна фіксація уваги. Характерна для депресивного синдрому й органічного ураження головного мозку.

ПОРУШЕННЯ МИСЛЕННЯ ТА МОВИ

порушення темпу мислення

- ▶ прискорений
- ▶ уповільнений

патологія асоціативного процесу

- ▶ шперрунг
- ▶ ментизм
- ▶ розірваність
- ▶ паралогічність
- ▶ символізм
- ▶ неологізми
- ▶ шизофазія
- ▶ резонерство

патологічні судження й умовиводів

- ▶ Нав'язливі ідеї
- ▶ Понадцінні ідеї
- ▶ Маячні ідеї

Маячні ідеї - помилкові умовиводи, не засновані на реальних обставинах, не піддаються переконанню та цілком визначають поведінку хворих, тобто супроводжуються порушенням критики до них.

Нав'язливі ідеї – думки, виникаючі недовільно, поза бажанням хворого, мають суб'єктивно неприємний чи індиферентний характер, не зв'язані безпосередньо з попередніми думками чи переживаннями, супроводжуються прагненням них позбутися, розумінням їхнього хворобливого характеру, тобто критичним відношенням.

ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙ

- ▶ **Гіпотимія** – знижений настрій, переживання пригніченості, тужливості, безвихідності. Увага фіксована тільки на негативних подіях, сучасне, минуле та майбутнє сприймається в похмурих тонах.
- ▶ **Гіпертимія** – підвищено веселий, радісний настрій, який супроводжується припливом бадьорості, хорошим, навіть прекрасним фізичним самопочуттям, легкістю в розв'язуванні всіх запитань, переоцінкою власних можливостей.
- ▶ **Страх (тривога)** - почуття внутрішньої напруженості, що пов'язане з чеканням загрозливих подій, дій і т.п. Може бути виражений по-різному - від тривожної непевності і незначного почуття стиснення в грудях до стану жаху. Тривога - страх без явного об'єкта, усвідомлюваний емоційний стан без конкретного змісту.

Психопатологічний синдром

**– більш чи менш типова
сукупність патогенетично
пов'язаних між собою
психопатологічних симптомів.**



Невротичні і неврозоподібні синдроми:

- ▶ Астенічний
- ▶ *Нав'язливих станів*
- ▶ Істеричний
- ▶ Іпохондричний

Афективні синдроми:

- ▶ Депресивний
- ▶ Маніакальний

Маячні й галюцинаторні синдроми:

- ▶ Паранойяльний
- ▶ Параноїдний
- ▶ Парафренний
- ▶ Галюцинаторний

Синдроми порушення свідомості:

- Деліріозний
- Онейроїдний
- Аментивний

Дефектно-органічні синдроми:

- Психоорганічний
- Корсаковський амнестичний
- Розумової відсталості
- Дементний

Синдроми с переважанням емоційно-вольових розладів:

- Апатобулічний
- Кататонічний
- Гебефренічний

Невротичні та неврозоподібні синдроми:

- ▶ Астенічний
- ▶ Обсесивний
- ▶ Істеричний
- ▶ Іпохондричний

Астенічний синдром



- ▶ підвищена стомлюваність;
- ▶ роздратованість;
- ▶ нестійкий настрій;
- ▶ вегетативні симптоми;
- ▶ порушення сну.

Варіанти астенічного синдрому:

- гіперстенічний;
- гіпостенічний.



Астенічний синдром зустрічається:

- ▶ при соматичних (інфекційних і неінфекційних) захворюваннях;
- ▶ інтоксикаціях;
- ▶ органічних психічних захворюваннях;
- ▶ ендогенних психічних захворюваннях;
- ▶ невротичних розладах.

Обсесивний синдром



- ▶ Переважання нав'язливостей;
- ▶ критичне відношення та прагнення протистояти.

Істеричний синдром

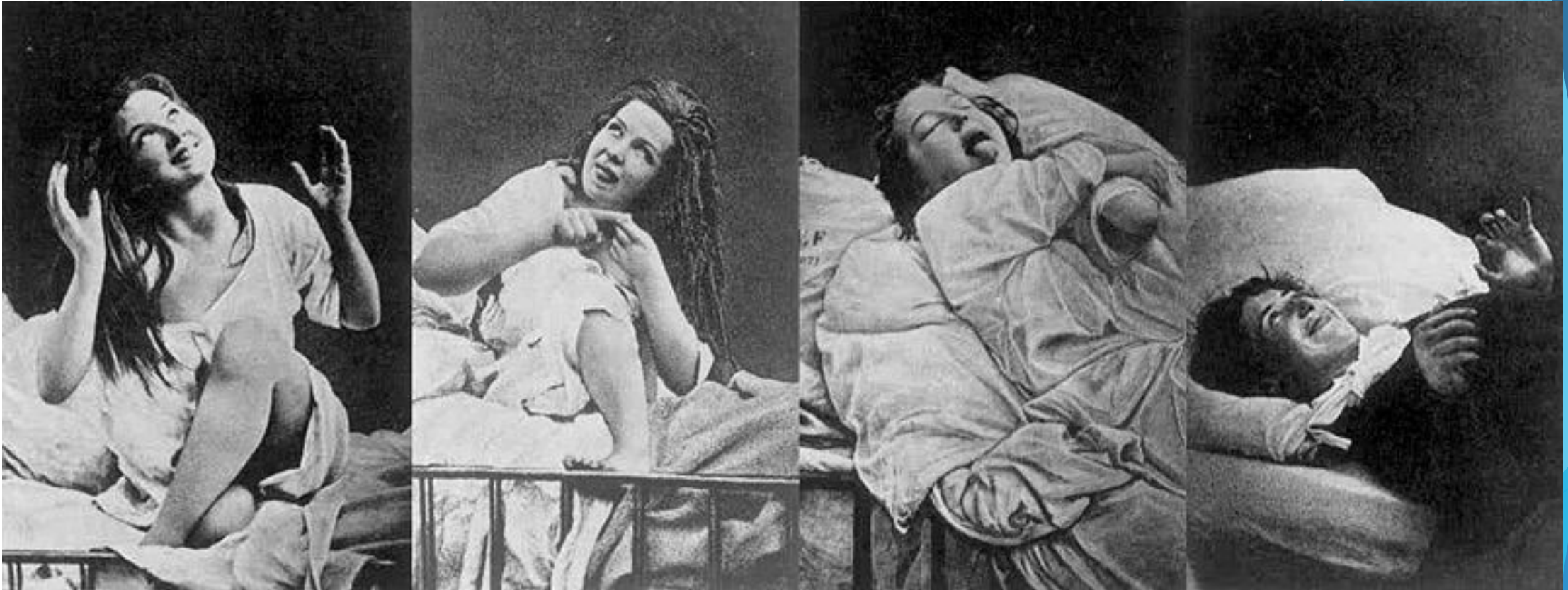


Група функціональних
поліморфних та вкрай
варіабельних симптомів
розладів психики,
моторики,
чутливості, мови и
соматовегетатики.

Істеричний синдром

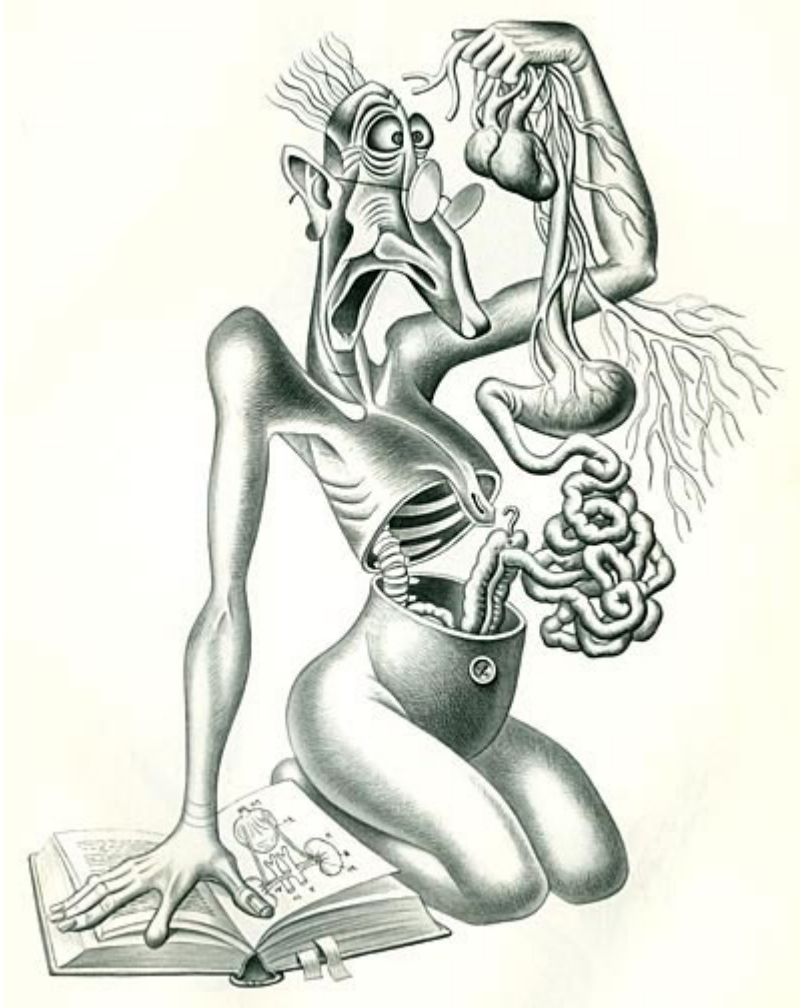
- ▶ Чіткий зв'язок з психотравмуючою ситуацією та ступенем її особистісної значущості;
- ▶ демонстративність і зовнішня навмисність;
- ▶ егоцентризм, велика навіюваність;
- ▶ можливість витягти зовнішню або "внутрішню" користь зі свого хворобливого стану ("бігство у хворобу");
- ▶ бажаність або "умовна приємність" проявів хвороби.

Істеричний синдром



Як правило, істеричні розлади
обумовлені психогенними захворюваннями

Іпохондричний синдром



- ▶ надмірна, перебільшена заклопотаність пацієнтів своїм здоров'ям;
- ▶ переконаність в неіснуючому захворюванні всупереч аргументованим результатами медичних досліджень.

Афективні синдроми:

- ▶ Депресивний
- ▶ Маніакальний



Горючий старий

Вінсент Ван Гог. Сан-Ремі, 1890.

Депресивний синдром

- похмурий настрій з відтінком вітальності (**гіпотимія**);
- уповільнення темпу мислення (**ідеаторна загальмованість**);
- рухова (**моторна**) **загальмованість**

Депресивний синдром

характерний для:

- рекурентний депресивний розлад;
- біполярний афективний розлад;
- шизо-афективний розлад;
- органічний афективний розлад;
- субдепресії при реактивних станах та невротичних розладах

Маніакальний синдром

- ▶ Хворобливо підвищений настрій з відчуттям безмірного щастя;
- ▶ Прискорення асоціативного процесу з порушенням продуктивності мислення та непослідовністю логічних операцій – «скачка думок»;
- ▶ Підвищена рухлива активність та перебільшене стремління до діяльності (гіпербулія з великою кількістю планів, їх нестійкістю та нивиконанням);

Додаткові симптоми — переоцінка якостей своєї особистості, які сягають нестійких ідей величі, разгальмованість та підвищення бажань.

Маніакальні синдроми спостерігаються:

- ▶ Біполярний афективний розлад;
- ▶ шизо-афективний розлад;
- ▶ органічний афективний розлад.

Маячні та галюцинаторні синдроми:



- ▶ Паранойяльний
- ▶ Параноїдний
- ▶ Парафренний
- ▶ Галюцинаторний

Паранойяльний синдром

первинне систематизоване

інтерпретативне маячіння

Система маячіння будується на ланцюзі доказів, які мають Суб'єктивну логіку, а факти, які приводять хворі для доказу своїй системи маячіння, трактуються вкрай однобоко; факти, які знаходяться у протиріччі з основною концепцією, ігноруються.

Зустрічається при шизофренії, органічних психічних захворюваннях головного мозку.

Параноїдний синдром

вторинне несистематизоване

чуттєве маячіння

В змісті маячіння наявні ідеї:

- ▶ відношення;
- ▶ переслідування;
- ▶ отруєння;
- ▶ шкоди;
- ▶ зовнішнього впливу;
- ▶ ідеї чаклунства та/або псування.

Синдром Кандинського—Клерамбо

(синдром зовнішнього впливу, синдром відчуження)

- ▶ *психічні автоматизми;*
- ▶ *маячіння фізичного або психічного впливу;*
- ▶ *псевдогалюцинації.*

Включає явища відчуження, втрати, нав'язаності, зробленості психічних процесів з ядро виразними порушеннями самосвідомості, ідентичності, постійності, непроникнення «Я», які супроводжуються маячінням психічного та фізичного впливу та переслідування.

Види психічних автоматизмів:

Ідеаторний – результат уявного впливу на процеси мислення: мимовільний наплив думок (ментизм), обрив думок (шперрунг), “паралельні”, “перетинаючі”, “нав’язливі” думки, симптом відкритості думок, симптом “ехо-думки”.

Сенсорний – вкрай неприємні відчуття, виникаючі у хворих в результаті уявного впливу сторонньої сили. Супроводжуються почуттям зробленості, нав’язаності. Хворі говорять про відчуття давління, стягування, перекручування, печіння, холоду, жара, болю.

Моторний – розлади, при яких у хворих з’являються переконання, що дії відтворюються без їх волі під впливом ззовні. Проявляється відчуженням рухів та дій. Хворі впевнені, що їх дії та рухи насильницько викликані під впливом з боку.

Парафреничний синдром

Являє собою сполучення фантастичного конфабуляторного маячіння величі, реформаторства, високого походження із більш-менш систематизованим маячінням переслідування або впливу.

Хворий із парафреничним синдромом



Галюцинаторний синдром



Виділяють **варіанти синдрому**:

по виду галюцинацій —
вербальний, зоровий, тактильний,
нюховий;

по динаміке виникнення —
гострий та хронічний.

Картини художників з галюцинаціями



Синдроми порушення свідомості

за структурою:

- ▶ **ВИКЛЮЧЕННЯ** (непсихотичні або кількісні порушення свідомості);
- ▶ **затямарення** (психотичні або якісні порушення свідомості).

За динамікою:

- ▶ пароксизмально виникаючі;
- ▶ непароксизмально виникаючі.

Синдроми затьмарення свідомості:

- ▶ **Деліріозний**
- ▶ **Онейроїдний**
- ▶ **Аментивний**

Делірій

1. дезорієнтація у часі, ситуації, навколишньому середовищі при збереженні орієнтації у власній особистості;
2. справжні зорові галюцинації;
3. емоційне збудження (тривога, страхи);
4. гостре чуттєве маячіння, галюцинаторно-маячне збудження;
5. часткова амнезія як реальних подій, так і галюцинаторних й маячних хвилювань.

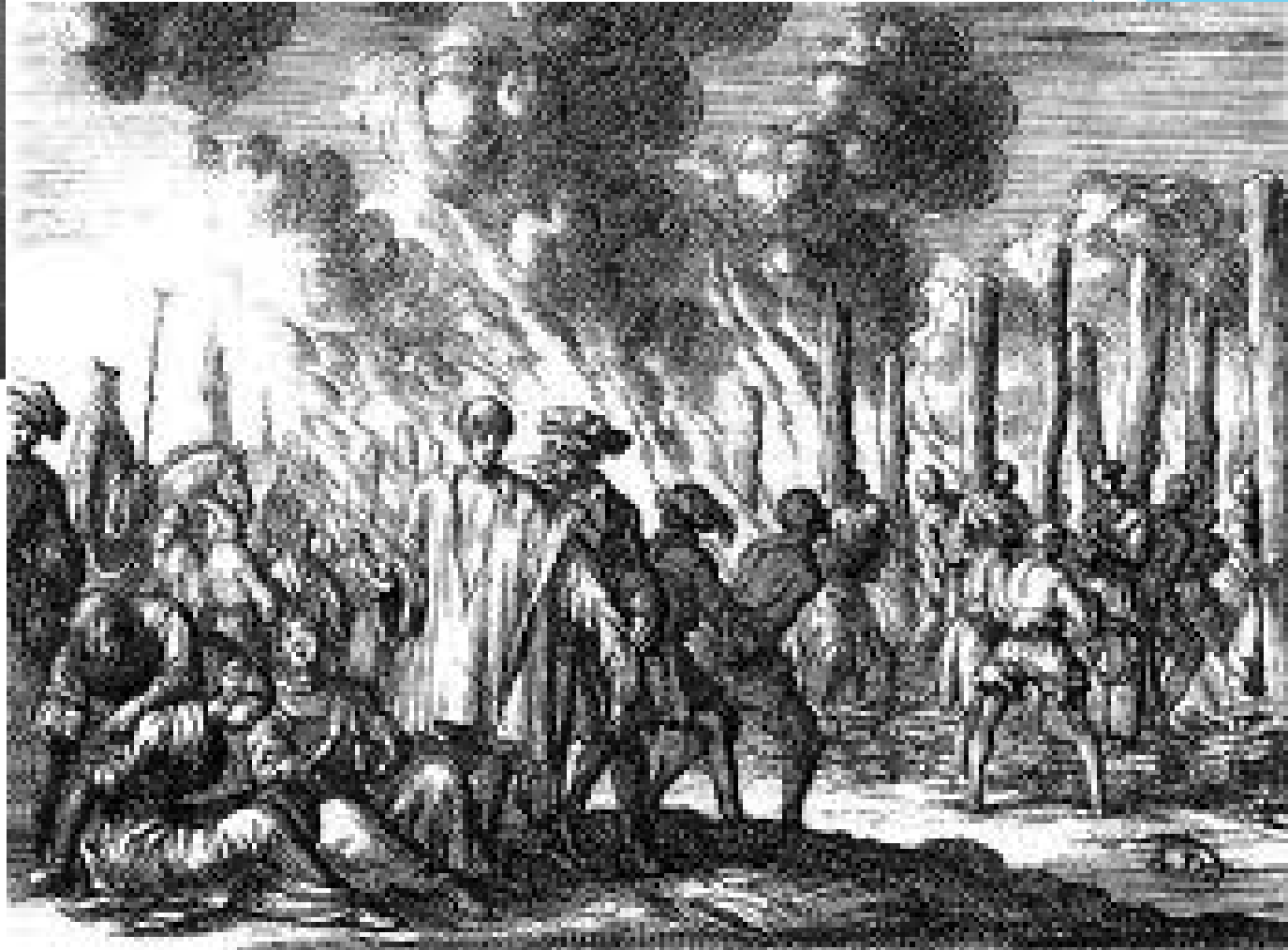
Делірій



Онейроїд

1. тотальна дезорієнтація;
2. поглиблення у сценоподібні зорові та слухові псевдогалюцинації;
3. грандіозне казково-фантастичне примароподібне чуттєве маячіння;
4. кататонічні симптоми;
5. часткова або повна амнезія реальних подій й хворобливих хвилювань.

Онейроїд



Онейроїд



Аменція

- ▶ повна дезорієнтація у часі, місці та власній особистості;
- ▶ тотальна дезінтеграція психічної діяльності;
- ▶ інкогеренція (безладність) мислення;
- ▶ бесцільне хаотичне психомоторне збудження до ступеню яктації обмежене ліжком;
- ▶ розгубленість та здивування;
- ▶ тривога, страх;
- ▶ уривчасті, безсистемні марення, галюцинації;
- ▶ повна амнезія.

Дефектно-органічні синдроми:



- ▶ Психоорганічний
- ▶ Корсаковський
амнестичний синдром
- ▶ Розумової відсталості
- ▶ Дементний

Психоорганічний синдром

Тріада Вальтер-Бюеля (1951):

- ▶ послаблення пам'яті,
- ▶ зниження інтелекту,
- ▶ нестримання афектів.

зустрічається при органічних ушкодженнях головного мозку.

Корсаковский амнестический синдром

- ▶ фиксационная амнезия;
- ▶ антеро- или антероретроградная амнезия;
- ▶ псевдореминисценции и/или конфабуляции.

Встречается при травматических, органических, инфекционных, интоксикационных психических заболеваниях, при опухолях, сосудистых и атрофических церебральных заболеваниях.

Розумова відсталість

Стійкий, малозворотний, рівномірний недорозвиток рівня психічної, в першу чергу, інтелектуальної діяльності, пов'язане з вродженою або рано набутою (до 3-х років) органічною патологією головного мозку.

Типовий рівномірний недорозвиток когнітивних, речових, моторних, інтелектуальних й соціальних здібностей.

- ▶ відсутність здібності до абстрактного мислення,
- ▶ бідність уявлень та фантазій,
- ▶ обмежений запас знань та недостатня здібність їх використання із недорозвитком мовлення,
- ▶ скудність емоційних реакцій.

Дементний синдром

Грубе порушення вищих, диференційованих інтелектуальних функцій

Мислення стає бідним, апродуктивним, набуває характеру стереотипних висловлювань, штампів (“симптом грамофонної платівки”).

Страждає не тільки інтелект, а й запас знань й навичок, зникає критична оцінка свого зростаючого дефекту, формуються грубі зміни особистості.

Грубе руйнування мнестичних функцій.

Втрачаються вищі емоції, почуття, цілеполягання, запити стають утілітарно-егоїстичними.

Відмічаються періоди піднесеного настрою або немотивованої злісті, які змінюються байдужістю.

Розгальмовуються нижчі потяги.

Синдроми з переважанням емоційно-вольових розладів:

- ▶ Апато-абулічний
- ▶ Кататонічний
- ▶ Гебефренічний

Апато-абулічний синдром

- **емоційна невиразність, збідненість;**
- **емоційна холодність аж до емоційної тупості;**
- **абулія.**

Кататонічний синдром

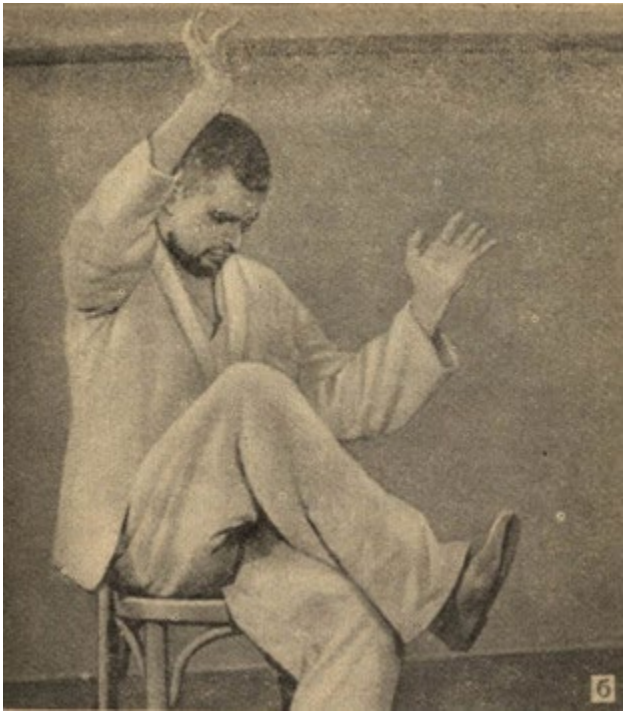
Кататонічний ступор:

- ▶ кататонія (підвищений м'язовий тонус),
- ▶ каталепсія,
- ▶ негативізм,
- ▶ мутизм,
- ▶ знерухомленість.

Кататонічне збудження:

- ▶ Нецілеспрямоване прагнення руху,
- ▶ імпульсивне психомоторне збудження,
- ▶ стереотипії,
- ▶ ехопраксії,
- ▶ ехолалії.

Кататонічний ступор



Гебефренічний синдром

Моторне збудження супроводжується блазнюванням, кривлянием, гримасуванням, блазеньським копіюванням дій та слів оточуючих.

Провідними симптомами є химерність, манерність, гримасування, кривляння, ехолалія, ехопраксія, ехотімія, що стосується як міміки, пантоміміки, мовної діяльності (стереотипні мовні обороти, інтонації, неологізми, плоскі жарти).

Дякую за Ваш час та увагу!