

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»

на тему: «Психіатричний діагноз»

Результатом дослідження психічного статусу є визнання пацієнта психічно здоровим або формулювання **діагнозу** – узагальненого висновку про наявність психічної хвороби (патології, розладу, відхилення від норми) з віднесенням його до конкретної класифікаційної рубрики відповідно до чинних на даний момент нормативів. Діагноз є основою лікувальних, реабілітаційних, експертних (трудова, військова, соціальна експертиза) та профілактичних заходів.

Відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10), психічний розлад визначається як хворобливий стан з психопатологічними або поведінковими проявами, пов'язаний із порушенням функціонування організму внаслідок дії біологічних, соціальних, психологічних, генетичних або хімічних факторів.

За походженням прийнято вирізняти **ендогенні** психічні захворювання, причиною яких є морфологічні зміни у структурах мозку (наприклад, генетично детермінований дефект рецепторів при шизофренії або маніакально-депресивному психозі, хворобі Альцгеймера, епілепсії та інших), **екзогенні** (наслідки перенесених черепно-мозкових травм, нейроінфекцій, інтоксикацій) та **психогенні** (основним етіологічним фактором є психоемоційний стрес).

У процесі оцінки психічного статусу лікар повинен виявити і оцінити явні та приховані ознаки психічної патології, класифікувати їх (виділення окремих симптомів та синдромів), оцінити стан взаємного впливу (потенціювання або нівелювання), проаналізувати динаміку та інтегрувати одержані дані у формалізований висновок про стан здоров'я пацієнта (діагноз).

Симптом – це термінологічне визначення певної патологічної ознаки, співвіднесеної з даною патологією (наприклад, маячня, галюцинації, абулія, головний біль). Виділення окремих симптомів є важливим елементом уніфікації процесу діагностики, що забезпечує спадкоємність професійної комунікації: лікар, аналізуючи записи інших лікарів про наявні у даного пацієнта в минулому симптоми, може легко відтворити картину його стану і скласти уявлення про її динаміку. Виявлення тих чи інших симптомів дозволяє віднести пацієнта та його захворювання до компетенції тієї чи іншої сфери медицини (хірургії, кардіології, психіатрії, неврології і т.п.) і визначитися з напрямками його лікування та реабілітації.

У психіатрії прийнято вирізняти **продуктивні (позитивні)** симптоми, що відображують появу патологічного продукту – маячні, галюцинації – які

в нормі відсутні, та **негативні (дефіцитарні)** симптоми, що відбивають дефіцит, втрату пацієнтом певних властивостей, притаманних здоровій людині (амнезія, абулія, апатія та інші).

Сукупність симптомів, виявлених у даного конкретного хворого в процесі обстеження, утворює **симптомокомплекс**. Виділення симптомокомплексу є надзвичайно важливим кроком до встановлення правильного діагнозу. Однак, слід пам'ятати, що симптомокомплекс – це ще не діагноз, адже наявний у пацієнта набір симптомів може бути зумовлений різними нозологіями і впливом різних факторів.

Синдром являє собою формалізований опис закономірного поєднання симптомів, пов'язаних між собою патогенетично і притаманних певній патології. Об'єднання наявних у пацієнта симптомів у синдроми дозволяє з високою ймовірністю визначити нозологічну форму, оскільки патогномонічність синдромів на порядок вища, ніж симптомів.

Сучасний підхід до діагностики психічної патології, закріплений у МКХ-10, передбачає виділення **основних** (ключових) та **додаткових** (другорядних симптомів). При цьому для встановлення того чи іншого діагнозу необхідне поєднання певної кількості основних та додаткових симптомів.

Дослідження динаміки психічного статусу має виняткове значення для оцінки ефективності лікувально-реабілітаційних заходів та аналізу прогредієнтності (прогресування) захворювання. У психіатричній практиці найчастіше виявляють чотири типи динаміки: *прогредієнтний* (прогресуючий), *стаціонарний* (стабільний), *інтермітуючий* (фазовий) та *регресієнтний* (зворотній розвиток, регресія захворювання).

Традиційно вирізняють **психотичний і непсихотичний** рівні ураження психіки.

Психотичні розлади (психози) є більш важкими і характеризуються грубою дезінтеграцією психіки, невідповідністю психічних реакцій реальній ситуації, наявністю патологічного продукту (маячення та галюцинацій), відсутністю критики та здатності доволно керувати своєю поведінкою, що унеможливорює адекватну оцінку реальності та власних дій і усвідомлену поведінку хворого.

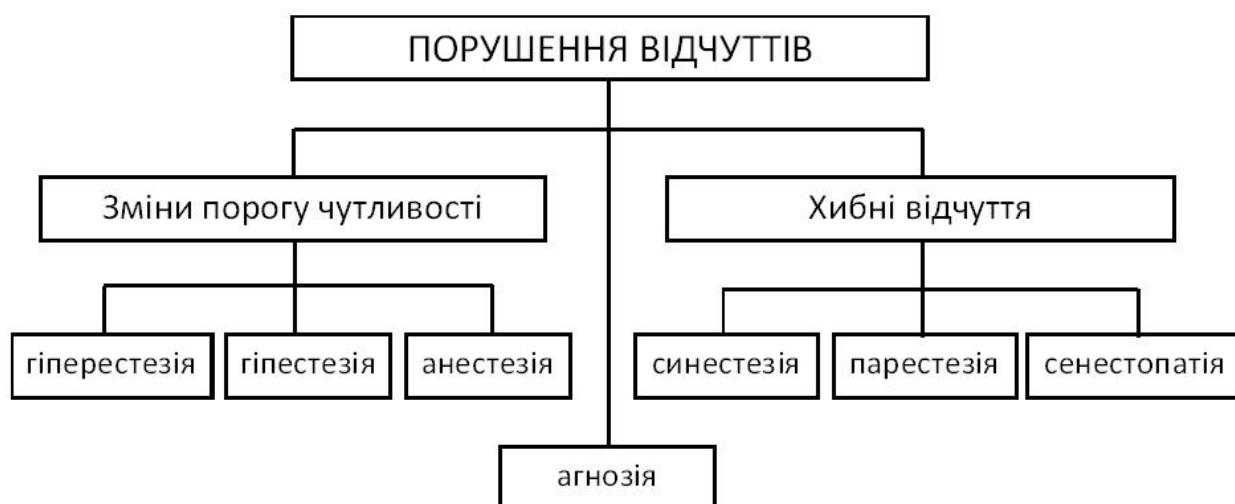
Непсихотичні розлади характеризуються адекватністю психічних реакцій за змістом, але неадекватністю за силою та (або) частотою, збереженням критики до свого стану (хоча інколи вона може бути утрируваною, загостреною – наприклад, ідеї вини при депресивних розладах), а також обмеженням здатності адаптувати власну поведінку до прийнятих у суспільстві норм та правил.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»

на тему: «Розлади відчуттів та сприймання»

Патологія чуттєвого пізнання (сфери сприймання) відіграє провідну роль у формуванні клінічної картини цілого ряду психічних захворювань. Відчуття та сприймання є безпосередньо чуттєвим рівнем пізнання, який існує завдяки аналізаторам. Саме з відчуттів та сприймання починається пізнання оточуючого нас довкілля. Коли подразник діє на аналізатор, відбувається трансформація зовнішньої фізичної енергії в енергію фізіологічну. Завдяки відчуттям ми пізнаємо окремі властивості предметів та явищ, такі як температура, колір, розмір, маса та ін.

З порушень відчуттів, що виникають внаслідок анатомічного або функціонального пошкодження аналізаторів, найчастіше зустрічаються різноманітні зміни порогу чутливості (викривлення реальних відчуттів) та хибні відчуття:



Порушення процесу сприймання умовно поділяють на *психосенсорні розлади* (викривлення об'єкта або явища) та *ілюзії*.

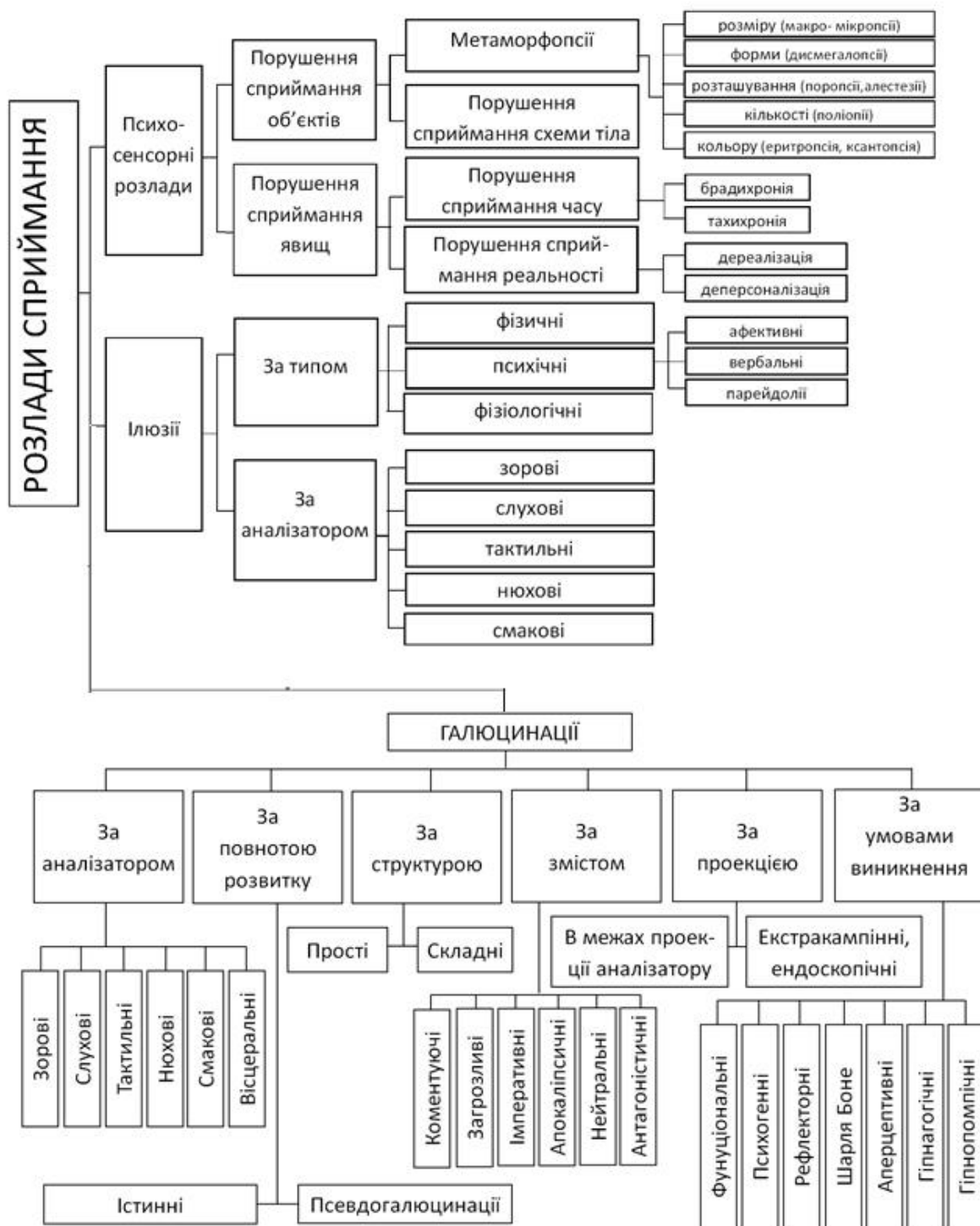
Психосенсорні розлади – це зміни сприймання, що проявляються у вигляді викривлень реально існуючих об'єктів та явищ.

Ілюзії – це спотворене сприймання оточуючого довкілля, що виникає під впливом зовнішнього подразника або хвороби.

Ілюзії можуть бути не лише у психічно хворих, а й у цілком здорових людей, переважно у стані втоми, психоемоційного стресу, напруги.

Розрізняють ілюзії фізичні, фізіологічні та психічні.

Галюцинації – це розлади сприймання, при яких людина внаслідок порушення нормальної психічної діяльності бачить, чує, відчуває те, чого реально не існує (сприймання без реального об'єкту).



У психіатричній практиці важлива роль відводиться поділу галюцинацій на істинні галюцинації та псевдогалюцинації.

Диференціальні ознаки істинних та псевдогалюцинацій

Істинні галюцинації	Псевдогалюцинації
Зазвичай мають гострий перебіг	Зазвичай мають хронічний, тривалий перебіг
Інтегровані у реальний світ, мають характер об'єктивності і не відрізняються від реальності	Відрізняються від реальності, усвідомлюються як суб'єктивне явище
Хворий переконаний у сприйнятті галюцинаторних подразнень одним або кількома реальними аналізаторами (слуховим, зоровим, тактильним і т.п.)	Хворий усвідомлює незвичайність сприйняття галюцинаторного подразника неіснуючим аналізатором («внутрішнім оком», «внутрішнім оком», «телепатично» і т.п.)
Проектується у зовнішній світ	Проектується у суб'єктивний простір
Галюцинація сприймається природно, не викликає відчуття «зробленості»	Майже завжди супроводжується відчуттям неприродності, «зробленості» галюцинації
Хворий вважає, що оточуючі бачать і чують його галюцинаторні переживання	Хворий частіше переконаний, що крім нього, ніхто не може чути (бачити) галюцинаторний образ
Поведінка хворого визначається галюцинаторними переживаннями	Поведінка хворого може бути дисоційована з галюцинаторними переживаннями
Зазвичай посилюються у вечірній та нічний час	Добові коливання не виражені

Галюциноз (галюцинаторний синдром) – постійне галюцинування в межах одного аналізатора та тлі збереженої свідомості.

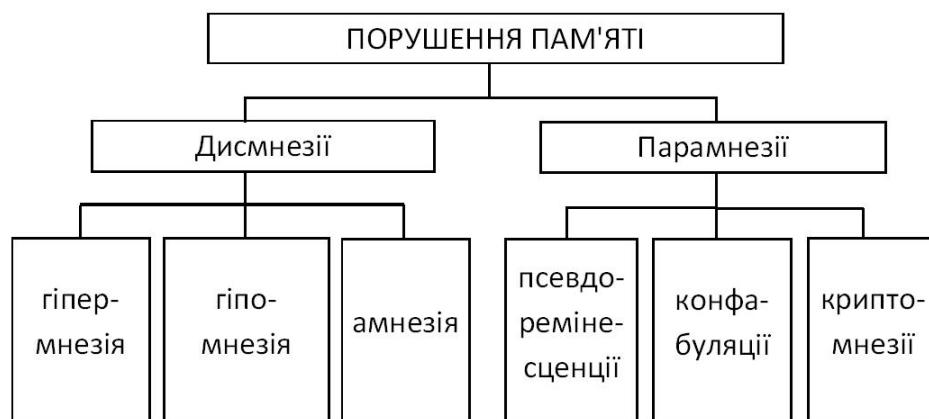
МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»

на тему: «Порушення пам'яті»

Пам'ять забезпечує цілісність і послідовність перебігу складної гами психічних процесів. Основними функціями пам'яті є здатність запам'ятовувати (фіксація), зберігати (ретенція) та відтворювати (репродукція) інформацію, яка була сприйнята індивідом.

Відповідно до трьох складових процесу пам'яті її розлади можуть проявлятися у порушеннях запам'ятовування, утримування або відтворення інформації.

За особливостями клінічних проявів розладів пам'яті розрізняють дисмнезії (кількісні зміни у характеристиках пам'яті) та парамнезії (якісні зміни).



До кількісних розладів пам'яті (дисмнезій) належать гіпермнезії, гіпомнезії та амнезії.

Гіпермнезія – це посилення, загострення пам'яті на тлі хворобливих станів, що проявляється легкістю відтворення минулих вражень; виявляється при маніакальних та деліріозних станах. Найяскравіше гіпермнезія виявляється у маніакальній фазі маніакально-депресивного психозу, коли у висловлюваннях хворих домінують механічні асоціації, тобто переважає посилення механічної пам'яті, а логічно-сміслова слабшає.

Гіпомнезія – це ослаблення (погіршення) пам'яті. Проявляється у пониженій здатності відтворення окремих подій, деталей і вражень минулого у поточний момент. Спостерігається при органічному ураженні головного мозку, при депресивних станах, астенії.

Амнезія – відсутність спогадів, випадіння з пам'яті подій певного відрізка часу.

Якісні порушення пам'яті проявляються у вигляді конфабуляцій, криптомнезій та псевдоремінісценцій.

Псевдоремінісценції – несправжні спогади реального змісту про події, яких не було у відрізок часу, згадуваний хворим, але вони дійсно мали місце в минулому.

Конфабуляції – порушення пам'яті, при якому прогалини пам'яті заповнюються спогадами про події, яких не тільки не було, але й не могло бути в житті хворого.

Криптомнезія - порушення пам'яті, при якому прочитане, почуте, побачене уві сні здається пережитим насправді, а факти, думки запозичені в інших або вичитані з книжки, вважаються власними.

Основними синдромами розладів пам'яті є:

1. Синдром інфантильних розладів. Спостерігається у дітей в астеничному періоді після перенесених травм, інфекційних захворювань. Клінічно проявляється утрудненим відтворенням спогадів про пережите.

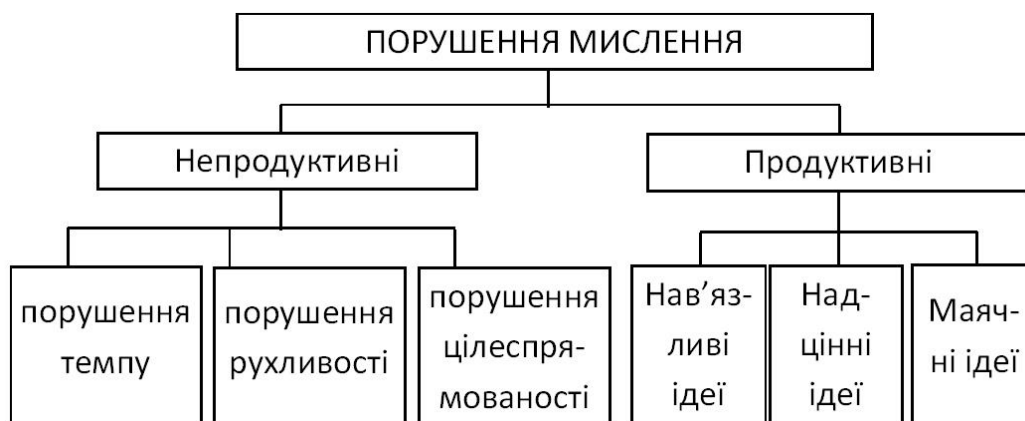
2. Корсаківський агностичний синдром. Складається з фіксаційної амнезії, амнестичного дезорієнтування, конфабуляцій і псевдоремінісценцій. Основним розладом при амнестичному синдромі є втрата пам'яті на поточні події (фіксаційна амнезія). Все, що відбувається з хворим у даний час дуже швидко (протягом кількох хвилин) зникає з пам'яті, забувається. Коли у клінічній картині синдрому переважають кількісні розлади пам'яті (фіксаційна амнезія та амнестичне дезорієнтування) корсаківський синдром визначають як непродуктивний. За наявності в клінічних проявах парамнезій (конфабуляції, псевдоремінісценції) корсаківський синдром вважається продуктивним.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»

на тему: «Розлади мислення і мовлення»

Патологія мислення займає чільне місце серед проявів різних форм психічної патології.

Порушення мислення поділяють на **формальні (непродуктивні)** та **продуктивні**, що характеризуються патологічною продукцією процесу мислення.



Формальні (непродуктивні) порушення мислення відображують дефект формальних його ознак – темпу, рухливості, цілеспрямованості або структури мови.

До продуктивних розладів мислення відносять нав'язливі ідеї, надцінні ідеї та маячні ідеї.

Нав'язливі – це спонтанні думки, страхи, дії, які виникають поза бажанням хворого і усвідомлюються ним як чужі і нетипові відносно власного «Я».

Надцінні ідеї – це думки, що домінують у свідомості людини, мають сильну емоційну насиченість, за змістом пов'язані з реальними фактами та обставинами.

Маячні ідеї – це судження, умовиводи, що з'являються внаслідок хвороби і не піддаються переконанню.

За механізмом виникнення маячення буває:

а) **первинне**, що зумовлене порушеннями мислення у вигляді маячного усвідомлення, уявлення, маячної інтуїції, маячної інтерпретації спогадів. Наприклад, маячення збитку при сенільних розладах;

вторинне, чуттєве маячення, що виникає на основі інших психічних розладів (галюцинацій, сенестопатій, зміненого емоційного фону), наприклад, іпохондричне маячення на тлі вісцеральних галюцинацій або маячення впливу чи переслідування під впливом відповідних за змістом голосів.

Паранойяльний синдром характеризується систематизованим монотематичним тлумаченням, яке виникає в зв'язку з певними реальними подіями, але перебіг цих подій чи явищ трактується хворими паралогічно. При цьому хворий знаходиться у ясній свідомості. Галюцинації відсутні. Провідний афект – тривога, внутрішні хвилювання, напруга. Однак, може бути і позитивний афект (гіпоманіакальний), що сприяє розвитку у хворих маячних ідей реформаторства, винахідництва. Паранойяльний синдром може бути гострим та хронічним, він важко піддається лікуванню.

Параноїдний синдром виникає при наявності афективних розладів (депресивного чи маніакального афекту), галюцинацій, психічних автоматизмів на тлі незміненої свідомості. За змістом це може бути маячення переслідування, отруєння, шкоди і т.п.

У практичній діяльності часто можна спостерігати появу параноїдного синдрому, що приходить на зміну паранойяльному. Цей перехід, як правило, супроводжується загостренням хвороби: з'являється розпач, рухове збудження з тривогою та страхом.

Парафренний синдром можна діагностувати тоді, коли хворі висловлюють маячні ідеї фантастичного змісту, переслідування, величі. Також виявляються розлади сприймання у вигляді вербальних псевдогалюцинацій і психічних автоматизмів, відчуття зміни оточуючого світу. Настрій у хворих зазвичай патологічно підвищений.

У клінічній психіатрії часто зустрічається **синдром Кандинського-Клерамбо**. Цей синдром включає псевдогалюцинації, маячення переслідування або фізичного чи психічного впливу, психічні автоматизми.

З патологією мислення тісно пов'язана **патологія мовлення**.

Розлади мовлення можуть бути зумовлені:

- 1) психічними розладами (афект, маячення, порушення свідомості);
- 2) органічним ураженням головного мозку.

До першої групи розладів мовлення відносять:

прискорену мову;

брадіфазію (загальна назва всіх випадків сповільненої мови);

вербігерацію – одноманітне повторювання одних і тих самих фраз, слів;

мутизм – відсутність мовного спілкування з оточуючими при збереженні мовного апарату та центру мови у головному мозку;

неологізми – нові слова, що створює сам хворий і є зрозумілими лише йому (байвул, серапль, моковака і т.п.);

мовна беззв'язність – набір слів при відсутності граматичного зв'язку;

ехолалія – автоматичне повторення окремих слів, які хворий почув від оточуючих;

шизофазія – форма розірваної мови; набір різноманітних слів які хворий намагається об'єднати в граматичні фрази.

До розладів мовлення, зумовлених органічним ураженням головного мозку відносять афазії, афонії, анартрії.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»
на тему: «Патологія вольової сфери»

Ряд психічних захворювань супроводжуються порушеннями вольової сфери.

До порушень вольової (цілеспрямованої) діяльності відносять:

1. Гіпербулію – посилення вольової активності;
2. Гіпобулію – послаблення вольової діяльності;
3. Абулію – втрату затності до вольової діяльності;
4. Парабулію – спотворення вольової діяльності.

Гіпербулія – патологічне прагнення до діяльності. Може бути загальним або частковим. Загальна гіпербулія виявляється у стані маніакального збудження. Часткова гіпербулія виявляється посиленням діяльності в одній із сфер (наприклад, гіперсексуальність – надмірний сексуальний потяг, що набуває характеру доміанти у чоловіків (сатириазіс) або у жінок (німфоманія), булімія – ненажерливість, патологічно підвищений апетит).

Гіпобулія – хворобливе зниження спонукань до діяльності, небажання діяти при збереженні нормального стану рухового апарату. Зустрічається у клініці шизофренії, черепно-мозкових травм, депресії, астенічних розладів.

Абулія – повна відсутність спонукань до діяльності. Клінічно проявляється у нездатності прийняти рішення і виконати необхідну дію, хоча необхідність її усвідомлюється. Часто спостерігається при шизофренії; хворі можуть цілими тижнями лежати у ліжку, не виявляючи жодних бажань до діяльності.

Парабулія проявляється порушеннями поведінки (імпульсивна, неадекватна, неправильна поведінка, обумовлена порушенням мотивації внаслідок патології мислення, маячення, розладів сприймання).

Викривлення потягів, бажань і мотивів діяльності можуть проявлятися у наступних видах патології волі:

Клептоманія – патологічний потяг скоювати крадіжки. Слід звернути увагу, що kleптомана приваблює не матеріальна цінність речі, а психоемоційні переживання, що супроводжують процесі крадіжки.

Дромоманія – патологічний потяг до бродяжництва, зміні місць перебування. За даними досліджень, близько чверті американських бродяг складають хворі на шизофренію.

Піроманія – патологічний потяг до підпалювання, розведення, іноді – лише до споглядання вогню.

Оніоманія (патологічний шопінг) – хворобливий потяг здійснювати покупки, купувати речі без реальної потреби у них.

Суїцидоманія – хворобливий потяг до самогубства, нанесення собі пошкоджень.

Гоміцидоманія – потяг до вбивства людей без мотиваційної обумовленості (помста, ревності, корисливі мотиви тощо).

Дипсоманія – непереборне бажання вживати алкогольні напої (запой).

Перверзії – численна група спотворень сексуального потягу (аутоеротизм, трансвестизм, гомосексуалізм, візіонізм, ексгібіціонізм, некрофілія тощо).

Порушення потягів та мотивів діяльності можуть проявлятися у вигляді наступних трьох клінічних форм:

Нав'язливі потяги. При цьому потяг до діяльності з'являється поза бажанням хворого і не відображує його інтересів та ситуацію. Нав'язливі потяги супроводжуються болісною боротьбою мотивів, намаганням свідомо протистояти їм, боротися з ними. Критика при цьому повністю збережена, хворий усвідомлює хворобливий характер потягів. Суспільно небезпечні потяги (гоміцидоманія, некрофілія тощо) зазвичай не реалізуються і подавляються волевим зусиллям, більш суспільно прийнятні (візіонізм, геронтофілія) можуть реалізовуватися хворим; однак, при цьому він зазвичай переживає відчуття провини, дискомфорту через неможливість контролювати свої потяги.

Компульсивні потяги. Зазвичай виникають на тлі психофізичного дискомфорту і нагадують вітальні (життєво необхідні) потяги. Хворий усвідомлює патологічний характер потягу, але не спроможний йому опиратися. Найпоширеніший приклад – дипсоманія, алкогольний запой, або наркоманічний синдром, що виникає на тлі абстиненції.

Імпульсивні потяги. Хворобливі потяги до діяльності, що виникають раптово, без зовнішніх мотивів і супроводжуються непереборним бажанням їх реалізації. У момент реалізації потягу може спостерігатися афективне звуження свідомості з подальшою амнезією або фрагментарністю спогадів. Після реалізації потягу виникають психічне виснаження, загальна релаксація, заспокоєння, відчуття задоволення. Так, хворий на шизофренію під час спокійної, звичайної бесіди, раптово схопив стільця і наніс ним удар по голові лікарю. Пояснити свій вчинок не зміг. Ставився до лікаря з симпатією, відносини між ними були спокійними, доброзичливими.

У разі скоєння злочинів хворі з компульсивними та імпульсивними потягами зазвичай визнаються неосудними і направляються на примусове лікування.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»
на тему: «Порушення уваги»

Одним з проявів вольової активності людини є увага.

Увага – це пізнавальний процес, що обумовлює спрямованість і зосередженість психічної діяльності на певному об'єкті чи виді діяльності.

Увагу характеризують також як процес свідомого чи несвідомого відбору інформації, що надходить через органи чуттів при одночасному ігноруванні іншої.

Увага є важливою умовою для продуктивної психічної діяльності. При порушеній увазі погіршуються сприймання, мислення, пам'ять, інтелектуальний процес. Увага страждає і при багатьох соматичних хворобах. Патологія уваги – обов'язковий компонент астеничного стану, з яким зустрічаються не лише психіатри, а й лікарі-інтерністи.

З урахуванням участі вольової діяльності виділяють *мимовільну* і *довільну* увагу, які відрізняються ступенем контролювання людиною процесів уваги.

Мимовільна увага складається стихійно, тобто спрямованість і зосередженість на об'єкті чи виді діяльності диктується об'єктом уваги і поточним станом суб'єкта, тоді як у механізмах довільної уваги істотну роль грають загальні навички й уміння до зосередженості, що формуються в процесі навчання, а також мотивація.

На процес уваги істотний вплив мають три фактори:

- 1) тип вищої нервової діяльності (темперамент);
- 2) навички й уміння в даній сфері;
- 3) зацікавленість людини в тій чи іншій діяльності (мотивація, афективна включеність), що вимагає зосередженості.

Увага характеризується такими основними властивостями: стійкість, зосередженість, переключення, розподіл і обсяг.

Стійкість уваги – це здатність протягом тривалого часу зосереджувати увагу на якомусь об'єкті, предметі діяльності, не відволікаючи і не послабляючи увагу. Переважно, стійкість уваги залежить від стану вищої нервової діяльності, тому дана властивість може входити до структури деяких характерологічних особливостей (зокрема, епілептоїдної і паранойяльної акцентуацій характеру). Стійкість уваги також порушується при астеничних розладах різного генезу, в тому числі і при соматичних захворюваннях.

Зосередженістю уваги називають здатність зосереджувати увагу на одних об'єктах при ігноруванні інших. Зосередженість уваги в меншому ступені, ніж стійкість, зв'язана з психофізіологічними процесами. Причиною

більшого чи меншого ступеня концентрації (зосередженості) уваги можуть полягати в мотивації. Діяльність людини, що є значимою для неї, цікавить її, здатна призвести до більшої зосередженості, ніж нудна і нецікава.

Переключення уваги характеризує здатність переключати зосередженість з одного об'єкта на інший без істотної втрати здатності до концентрації. Для переключення важливою є швидкість, з якою людина здатна переводити увагу з одного об'єкту на інший. Про властивість переключення можна судити як по оцінці довільної, так і мимовільної уваги. Здатність до переключення уваги знижується при епілептоїдних та паранойяльних проявах.

Здатність розосередити увагу між значною кількістю числі предметів чи видів діяльності, паралельно з однаковою зосередженістю на них, називається **розподілом уваги**. Наприклад, досвідчений водій може вести автомобіль, слідкуючи за дорожньою ситуацією і одночасно розмовляючи, палячи і т.п. Ця властивість важлива для роботи, у якій потрібен одночасний контроль за значним числом процесів: у медицині це робота лікарів майже всіх спеціальностей – хірургів, анестезіологів, терапевтів, психіатрів, педіатрів і т.д. На розподіл уваги негативно впливає стомлення (фізичне і психічне).

Під **обсягом уваги** розуміють кількість інформації, що одночасно здатна зберігатися в сфері уваги людини. Підраховано, що середньому обсяг уваги людини складає 5-7 одиниць інформації (наприклад, людина може запам'ятати 5-7 чисел, слів, картинок, речень і т.п.).

Увага характеризує узгодженість різних ділянок функціональної структури дії і визначає успішність виконання цієї дії (наприклад, швидкість і точність розв'язання завдання).

Відповідно до характеристик уваги виділяють її розлади.

Нестійкість уваги проявляється у неможливості певний час зосереджувати її на тому чи іншому об'єкті.

Апроксезією називається притуплення уваги.

Виснаження уваги характеризується тим, що на початку діяльності людина працює продуктивно, однак надалі працездатність швидко знижується, увага виснажується через втому;

Відволікання уваги характеризується постійним переходом від одного об'єкту діяльності до іншого (спостерігається при гіпоманіакальних станах, на початкових етапах типового алкогольного сп'яніння);

Звуження обсягу уваги (неуважність) – неможливість утримувати в колі цілеспрямованої діяльності багато уявлень та оперувати ними, хворі стають забудькуватими, при виконанні напруженої роботи часто помиляються (спостерігається при астеничних розладах різного генезу, найчастіше органічного).

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за спеціальністю «медична психологія» на тему: «Патологія рухової сфери»

Рухові розлади можуть бути представлені ступором, руховим збудженням, нав'язливими і насильницькими рухами, судомними нападами.

Ступор (ступорозний стан) – психопатологічний розлад у формі пригнічення всіх компонентів психічної діяльності, в першу чергу моторики, мислення, мови.

Ступор характеризується повною нерухомістю, підвищенням тону м'язів, припиненням будь-якої довільної діяльності, відсутністю реакцій на екзогенні подразники, мутизмом. Хворі у стані ступору не реагують не лише на подразники середовища, а й на подразники, що загрожують їх життю.

Найчастіше зустрічаються наступні варіанти ступору:

1. Кататонічний;
2. Психогенний;
3. Депресивний;
4. Галюцинаторний;
5. Апатичний;
6. Епілептичний;
7. Маніакальний.

При *кататонічному ступорі* має місце підвищений тонус м'язів, тому хворий може надавати своєму тілу певне положення у просторі, у т.ч. неприродне (симптом воскової гнучкості, каталепсія). Одним із проявів воскової гнучкості є симптом повітряної подушки Дюпре (якщо тіло хворого підняти над ліжком, його верхня частина тіла та голова утримуються над поверхнею подушки без додаткової підтримки ззовні, тобто між піднятою головою хворого і подушкою є зазор).

Ступор може тривати протягом декількох тижнів і навіть місяців. Протягом доби ступор може змінювати свою інтенсивність. При цьому хворим утримується незручне положення «ембріональної пози».

Кататонічний ступор може змінюватись кататонічним збудженням.

Кататонічний синдром спостерігається при шизофренії.

Психогенний ступор розвивається раптово після перенесеної важкої індивідуально-значущої психічної травми. Рухове заціпеніння може тривати від двох-трьох годин до декількох діб.

Депресивний ступор – стан, при якому моторне гальмування (при важких депресіях) досягає ступеня повної нерухомості. Зовнішній вигляд хворого завжди відображає депресивний афект: вираз обличчя сумний, голова нахилена, на лобі - горизонтальні зморшки і т.п. Зазвичай хворі зберігають здатність реагувати на звернення оточуючих.

Депресивний ступор зустрічається при маніакально-депресивному психозі (біполярний афективний розлад, рекурентний депресивний розлад), пресенільній меланхолії.

Галюцинаторний ступор відрізняється тим, що загальна нерухомість поєднується з різноманітними мімічними реакціями. Має місце аутизм; при цьому негативізму немає. Зустрічається при інтоксикаційних, органічних і старечих психозах.

Алкогольний ступор може спостерігатися при алкогольному онейроїді, енцефалопатії Гай-Верніке.

Апатичний ступор (астенічний ступор) проявляється у тому, що хворі перебувають в ліжку у стані повного м'язового розслаблення. Вираз обличчя байдужий, очі розкриті. Спостерігається при органічних ураженнях головного мозку.

Психомоторне збудження – психопатологічний стан з виразним посиленням моторної і психічної активності. Виділяють наступні види збудження:

1. Кататонічне;
2. Психогенне;
3. Маніакальне;
4. Депресивне;
5. Гебефренічне;
6. Імпульсивне;
7. Дизнойяльне та інші.

Маніакальне збудження супроводжується ейфорією, прискореним мисленням, відволіканням уваги, прагненням до цілеспрямованої діяльності, безсонням. Інколи в клінічній картині переважають дратівливість, агресія, спалахи гніву, можуть бути цілеспрямовані руйнівні дії.

Кататонічне збудження характеризується нецілеспрямованими стереотипними рухами, негативізмом, ехолалією, ехопраксією, амбівалентністю. Можливі раптові імпульсивні дії – прості, не свідомі, не пов'язані з ситуацією. Зустрічається кататонічне збудження при шизофренії.

Гебефренічне збудження характеризується посиленням рухової активності у поєднанні з ейфорією, химерною неадекватною веселістю, придуркуватістю, розірваністю мислення.

Психомоторне збудження зустрічається також і при станах потьмареної свідомості. Часто таке збудження називають дизнойяльним. Сюди відносять:

Аментивне збудження. Воно обмежується межами ліжка, має хаотичний характер, супроводжується розпачем, порушеннями сприймання, беззв'язним (інкогерентним) мисленням, загальним важким соматичним станом хворого.

Деліріозне збудження. Його клінічні прояви визначаються переважно змістом галюцинаторних переживань. Супроводжується афектом страху.

Збудження при сутінкових станах свідомості характеризується автоматизованими та інстинктивними рухами. Воно може супроводжуватись

маячними ідеями та галюцинаціями. У таких випадках поведінка хворих визначається продуктивними психотичними розладами (маячення, галюцинації), афективними реакціями страху, гніву, що часто призводить до немотивованих вчинків, агресивних дій.

Нав'язливі рухи (тики, гіперкінези, дії, ритуали) – дії і рухи, які виникають мимовільно і наперекір бажанням, та критично оцінюються хворими як непотрібні і несвоєчасні, тобто хворобливі. Хворий намагається стримати їх, але це не завжди вдається. Спостерігаються при невротичних розладах, шизофренії, органічних ураженнях ЦНС. **Тикові розлади (тики)** – це мимовільні, швидкі, стереотипні рухи певних м'язових груп. Частіше тики виявляються у м'язах обличчя, ший та голови. Спочатку з'являються при певних ситуаціях, в подальшому можуть генералізуватися. При цьому хворий здатен у певних межах контролювати виникнення тики, хоча повністю усунути його не здатні. Тики виявляються при невротичних та депресивних розладах.

Припадок – це короткочасний хворобливий стан, що раптово виникає, супроводжується втратою свідомості, судомами, зазвичай має тенденцію до повторення.

Виділяють наступні види припадків: великий судомний припадок, абортивні припадки, малі припадки.

Великий судомний припадок (*grand mal*) в своєму розвитку проходить 5 стадій: передвісники, аура, тонічна фаза, клонічна фаза, стан після припадку.

Абортивні припадки розвиваються в тій же послідовності, але спостерігається одна з фаз (тонічна або клонічна).

До **малих припадків** (*petit mal*) відносять: пікнолептичний, міоклонічний, акінетичний, типові абсанси.

Пікнолептичний припадок характеризується миттєвим застиганням, виключенням свідомості, блідістю шкіри, слинотечею, ретропульсивними рухами: загортанням очних яблук, закиданням голови. Ці припадки спостерігаються у дітей раннього і дошкільного віку.

Акінетичний припадок характеризується втратою свідомості, падінням і знерухомленістю при збереженні м'язового тону. Зазвичай продовжується до кількох хвилин. У дітей раннього віку він характеризується різноманітними судомними рухами вперед: «кивки», «кльовки» (раптові різкі рухи головою вперед і вниз), салаамові припадки (раптове згинання тіла, нахил вперед і розведення рук).

Типові абсанси проявляються раптовою втратою свідомості, при цьому тонічної судоми немає, тому хворі не падають. Вони зупиняються, ніби застигають, якусь мить «відсутні», потім свідомість відновлюється і продовжують виконувати перервану діяльність. Після припадку виникає повна амнезія.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого екзамену
з психіатрії для студентів VI курсу, які навчаються за спеціальністю
«медична психологія»
на тему: «Патологія емоцій»

Розвиток патології психічної сфери (а також переважної більшості соматичних захворювань) супроводжується різноманітними змінами у емоційній сфері людини.

Основні симптоми емоційних розладів:

Емоційна лабільність – швидка зміна емоцій (іноді протилежного характеру) навіть без зміни діючого подразника.

Емоційна слабкість являє собою різку, раптову, без підставну зміну емоцій (від підвищеного настрою, що супроводжується сентиментальністю, безтурботністю до зниження його зі слізливістю).

Стан **дратівливої слабкості** проявляється підвищеною дратівливістю і швидким виснаженням афекту. Дратівлива слабкість складає основу астеничного синдрому.

Емоційна інертність – надмірна стійкість емоцій, що немовби застрягають у свідомості людини й існують незалежно від зміни подразників і ситуацій.

Емоційна тупість – збідніння почуттів, що проявляється повною байдужістю хворих до себе, стану свого здоров'я, долі рідних і близьких.

Емоційна гіперестезія (сенситивність) – підвищена чутливість, вразливість, загострення емоційних реакцій. Притаманна психопатичним особам, хворим на астенію.

Емоційна гіпестезія являє собою зниження виразності емоційних реакцій. Спостерігається у шизоїдних психопатів та астенизованих хворих.

Хвороблива анестезія психіки (anaesthesia psychica dolorosa) – різке зниження почуттів з усвідомленням і глибоким переживанням цього стану (на відміну від хворих з емоційною тупістю).

Апатія – психічний стан людини, що характеризується зниженням емоцій, почуттів, індиферентністю, байдужістю, відсутністю інтересу до навколишніх явищ і подій, а інколи навіть до самого себе, свого здоров'я і т.п. Апатія у поєднанні з абулією, аспонтанністю є основою дефекту, що діагностується на кінцевих етапах розвитку шизофренії.

Експлозивність – підвищена емоційна збудливість, схильність до проявів афекту гніву, люті. Реакція гніву у поєднанні з агресією може виникнути зовсім з незначного приводу.

Амбівалентність (вперше описана Є.Бльойлером у 1916 р.) - двоїсте ставлення до однієї і тієї ж людини або явища, що пов'язано не з особливостями подразника, а з патологічним станом психічної діяльності.

Гіпертімія – патологічне підвищення настрою, що супроводжується бадьорістю, гарним фізичним самопочуттям, переоцінкою власних можливостей. Складає основу маніакального синдрому.

Ейфорія – неадекватно благодушний настрій без істотного прискорення асоціативних процесів, продуктивної діяльності, та не виправданий реальністю, об'єктивними причинами (безпричинна радість, безтурботність, надмірна веселість).

Екстаз – найвищий ступінь захоплення й замилювання, що поєднується зі скованістю рухів (заціпенінням). Спостерігається при епілепсії, істерії, шизофренії.

Морія – стан безглуздої веселості з втратою ініціативних спонукань. Спостерігається при органічних ураженнях головного мозку. Слід зазначити, що при дифузних органічних ураженнях головного мозку морія не має тенденції до обтяження, тоді як у осіб з пухлиною лобної локалізації морія може поєднуватись з розладами свідомості.

Гіпотімія – зниження настрою, переживання пригніченості, туги, безперспективності. Увага повністю фіксована на негативних подіях.

Дисфорія – розлад настрою, що характеризується злобно-тужливим тлом настрою, що час від часу розряджається спалахами роздратування, гніву, агресії.

Дистимія – короткочасне порушення настрою, що виникає без видимих причин і проявляється переважно негативним емоційним тлом та зниженням потягів.

Тривога – емоційний стан людини, який виникає при відстроченні, затримці приємних ситуацій або при очікуванні неприємностей.

Критеріями діагностики синдрому тривоги є:

- *психічні ознаки* (хвилювання, занепокоєння, відчуття безпорадності, невпевненості, загрозливої безпеки, зниження самоусвідомлення свого стану);
- *психомоторні ознаки* (відповідна міміка і жестикуляція, збудження або пригнічення аж до ступору);
- *вегетативні ознаки* (підвищення артеріального тиску) прискорення пульсу та дихання, розширення зіниць, сухість у роті, поблідіння шкіри обличчя, гіпергідроз).

Страх (фобія) – сильна емоційна реакція людини на справжню чи уявну небезпеку, що супроводжується соматовегетативними (гіпергідроз, тахікардія, дизритмія дихання) і руховими порушеннями.

Страх і тривога виявляються в структурі obsesивно-фобічного, іпохондричного, депресивного, галюцинаторно-параноїдного, параноїчного, деліріозного та інших синдромів.

Виділяють такі види страху:

за формою і відтінками проявів:

страх *астенічний* (заціпеніння, слабкість, недоцільність дій) і *стенічний* (паніка, агресія), *відповідний і невідповідний ступеню безпеки*, загрози, адекватний і неадекватний ситуації;

за ступенем виразності:

переляк (раптовий і короткочасний страх, що виникає несподівано при зміні ситуації, яка загрожує життю людини), *боязнь* (покропово виникаюче

відчуття страху, що пов'язано з усвідомленням загрози) і *жах* (найвища ступінь страху з характерним пригніченням розсудливості – «шалений страх»);

за формою прояву:

страх *вітальний* (переживання страху безпосередньо пов'язане з фізичним станом тіла людини), *реальний, моральний* (страх совісті);

за видом:

усвідомлений і неусвідомлений;

за етапом розвитку:

нерішучість, невпевненість, бентеження, боязнь, тривога, страх, жах.

Маніакальний синдром. Типовий маніакальний синдром складається з трьох основних клінічних ознак (класична психопатологічна тріада Крепеліна): стале патологічне підвищення настрою, прискорення мислення,

Окрім типового маніакального синдрому можливий розвиток інших його варіантів:

Непродуктивна манія – патологічно підвищений настрій та рухове збудження не супроводжуються посиленням прагнення до дій та прискореним темпом мислення (думок).

Сонячна манія – на перший план виходять підвищений настрій, радість, веселощі.

Гнівлива манія – переважають дратівливість, гнівливість, невдоволення оточуючими, іноді – агресія.

Маніакальний ступор – веселість, прискорене мислення поєднуються з руховою загальмованістю.

Поряд з вищеописаними варіантами маніакального синдрому існують і клінічно більш складні його варіанти. Сюди відносять *маніакально-параноїдний синдром* (поєднання маніакального афекту з маячними ідеями) і *маніакально-галюцинаторно-параноїдний синдром* (на тлі маніакального афекту виявляються галюцинаторні розлади і вторинні маячні ідеї).

Депресивний синдром. Класичний депресивний синдром характеризується депресивною тріадою: стале патологічне зниження настрою, сповільнення мислення, рухова загальмованість.

Окрім типової депресії зустрічаються такі депресивні стани:

Тривожна депресія. Проявляється у відчутті тривоги, страху – іноді загального, безпредметного, іноді – наділеного формою занепокоєння про рідних та близьких, про матеріальне становище, про майбутні проблеми, про здоров'я тощо:

Дисфорична депресія. Виявляється дратівливістю й періодичними спалахами дисфорій.

Іронічна або усміхнена депресія. Незважаючи на важку депресію, пацієнт намагається іронізувати над своїм станом, жартувати над своєю безпорадністю, посміхатися.

Адинамічна депресія – на перший план виходять явища астенії: швидка стомлюваність, виснажливість, слабкість.

Слізлива депресія. При цій формі спостерігається підвищена чутливість до зовнішніх подразників з плаксивістю, емоційною лабільністю.

Анестетична депресія виявляється втратою адекватної емоційної реакції.

Ананкастна депресія – депресія у поєднанні з нав'язливостями.

Сенестопатична депресія – депресія, що поєднується з патологічними відчуттями психічного генезу (сенестопатіями).

Невротична депресія – депресивні розлади виникають в структурі неврозу.

«Матова» (м'яка) депресія – тривале пригнічення настрою без ідеаторного та моторного компонентів депресії.

Синдром Котара – поєднання тривожно-ажитованої депресії з нігілістично-іпохондричним маяченням. Виділяють два варіанта синдрому Котара: іпохондричний та депресивний.

Особливою формою депресії є **соматизована депресія**. При цій формі депресії знижений настрій відступає на другий план, ховається за великою кількістю соматичних скарг.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

для підготовки до державного практично-орієнтованого екзамену з психіатрії для студентів VI курсу, які навчаються за спеціальністю «медична психологія»

на тему: «Порушення свідомості»

В психіатричній практиці ясна (нормальна, не порушена) свідомість означає наявність чіткого та послідовного сприймання оточуючого світу, правильне орієнтування в ньому, наявність самосвідомості, збереження пам'яті на минуле і сучасне, послідовне мислення, адекватність емоцій і поведінки, здатність відповідати за свої дії і керувати ними.

Критерії порушення свідомості встановлені К. Ясперсом. Для цих синдромів характерним є комплекс розладів:

1. Повне або часткове порушення орієнтації у власній особистості, часі, місці, просторі, оточуючому середовищі (ауто- та алопсихічне дезорієнтування (allos – чужерідний)).

2. Усунення від зовнішнього світу. Хворі не в змозі усвідомити події, що відбуваються навколо них, тому порушується їх контакт з оточуючими людьми.

3. Неможливість цілісно сприймати навколишній світ.

4. Порушення мислення (його фрагментарність, непослідовність, беззв'язність, іноді – маячні ідеї).

5. Порушення пам'яті.

Синдроми порушеної свідомості зустрічаються не лише при психічних захворюваннях, але й у важких соматичних хворих, які потребують невідкладної допомоги. Тому знання клінічних особливостей цих синдромів має не лише теоретичне, а й важливе практичне значення.

Синдроми порушення свідомості поділяють на дві основні групи:

I. Група випадіння, виключення свідомості.

II. Група потьмарення свідомості.

I. Синдроми випадіння, виключення свідомості.

Перша група характеризується тим, що у цих станах психічна діяльність неможлива. Сюди відносяться сопор, кома, непритомність, абсанс.

Сопор і кома є важкими станами, що супроводжуються розладом життєво важливих систем організму і потребують невідкладної медичної допомоги. При них психічна діяльність неможлива, а після них – настає повна амнезія періоду втрати свідомості.

При **сопорі** (sopor - глибокий сон) вступити в контакт з хворим неможливо, хворий справляє враження сплячої людини, не реагує на оточуюче, але збережені безумовні рефлекси, в тому числі, больовий,

зіничний, корнеальний. У відповідь на сильні звукові, світлові, больові подразники можливі лише малодиференційовані реакції (повертання голови, рухи кінцівок).

Кома (кома – непробудний сон) – більш важкий стан у порівнянні з сопором. У хворих відсутні будь-які реакції на зовнішні подразники, не викликаються рефлeksi та рефлекс зіниць, що зникає одним з останніх. При комі завжди порушуються дихання, серцево-судинна діяльність, функції вегетативної нервової системи.

За спрощеною класифікацією коматозний стан поділяють на *деструктивну кому*, що виникає внаслідок інсульту, черепно-мозкової травми, внутрішньочерепної інфекції, пухлин головного мозку, епілептичної хвороби, і *кому метаболічну* (дісметаболічну).

Головні етіологічні причини коми – екзогенна або ендогенна інтоксикація, інсульт, черепно-мозкова травма. Морфологічні зміни підтверджують фізіологічні висновки про те, що стан тривалої коми корелює з пошкодженням будь-яких відділів кортико-діенцефально-мезенцефальної системи нейронів, однак незначні пошкодження можуть визвати кому лише тоді, коли вони локалізуються у верхніх відділах мозкового стовбура.

Більшість коматозних станів в залежності від етіологічного чинника може бути поділена таким чином:

1. Захворювання, що не супроводжуються вогнищевими неврологічними знаками. Клітинний склад цереброспінальної рідини – без патологічних змін. До цієї групи належать інтоксикації (алкоголь, барбітурати, опіати, протисудомні препарати, бензодіазепіни, трициклічні антидепресанти, фенотіазіни), метаболічні порушення (гіпоксія, діабетичний цироз, уремія, печінкова кома, гіпоглікемія, надниркова недостатність), важкі загальні інфекції (пневмонія, тиф, малярія, сепсис, синдром Уотерхауса-Фрідеріксона), судинний колапс та серцева декомпенсація у старості, епілептична хвороба, гіпертензивна енцефалопатія та еклампсія, гіпертермія і гіпотермія.

2. Захворювання, що визвані подразненням мозкових оболонок з домішкою крові або ж цитозом в цереброспинальній рідині, як правило без вогнищевих церебральних та стовбурових знаків. До захворювань цієї групи відносять: субарахноїдальну кровотечу при розриві аневризми, гострий бактеріальний менінгіт, деякі форми вірусного енцефаліту.

3. Захворювання, що супроводжуються вогнищевими стовбуровими або латеризованими мозковими знаками і патологічними мінами ліквору. Ця група включає мозковий крововилив, мозкові інфаркти внаслідок тромбозу або емболії, абсцеси мозку і субдуральні емпієми, епідуральні та субдуральні гематоми, забій мозку, пухлини мозку.

Прогноз коми – один з найскладніших розділів клінічної медицини. За виключенням безсумнівних ознак смерті мозку, не існує клінічних критеріїв, які б могли дати абсолютне визначення.

Для оцінки важкості коми використовують шкалу Глазго, де кожна відповідь оцінюється в певний бал.

I. Відкриття очей:

відсутнє.....	1
на біль.....	2
на мову.....	3
спонтанне.....	4

II. Відповідь на больовий стимул:

відсутня.....	1
згинальна реакція.....	2
розгинальна реакція.....	3
посмикування.....	4
локалізація подразнення....	5
виконання команди.....	6

III. Вербальна відповідь:

відсутня.....	1
поодинокі звуки.....	2
незрозумілі слова.....	3
спутана мова.....	4
орієнтування повне.....	5

Оцінювання стану відбувається шляхом підрахунку балів в кожній групі (I – максимально 4 бала, II – максимально 6 балів, III – максимально 5 балів) і підсумування балів (3 бала відповідає глибокій комі, 15 балів - стану ясної свідомості і повному орієнтуванню).

Кореляція між показниками шкали Глазго і летальністю при комі доволі тісна. Кількість балів від 3 до 8 відповідає летальності 60%, від 9 до 12 – 2%, від 13 до 15 – 0. Якщо у хворого протягом 24 годин зберігається важкість симптоматики, що оцінюється в 3-8 балів, то за умови його виживання у нього збережеться постійний моторний або когнітивний дефект. Лише деякі хворі зможуть повернутись до минулого образу життя. В групі хворих з 9-12 балами у 50% випадків досить довго зберігатимуться дефекти пам'яті, мовлення, поведінки, психіки. При кількості балів від 13 до 15 когнітивний дефект зберігається протягом кількох тижнів.

Непритомність (syncope – зомління) – короткочасне, частіше повне виключення свідомості внаслідок раптового зниження кровопостачання головного мозку.

Абсанс (absence – відсутність) – раптова, на долі секунди, повна втрата свідомості, що не супроводжується вегето-судинними реакціями. Хворі при цьому не падають, лише припиняють якусь дію, а потім настає повна амнезія на цей період. Відноситься до епілептичних пароксизмів.

Важливе місце серед розладів свідомості займає **оглушення**. По відношенню до сопору і коми є більш легким станом, але його поява завжди свідчить про важку церебральну патологію (важкі черепно-мозкові травми,

інфекції, інтоксикації, пухлини мозку, судинні кризи). Належить до найбільш поширених розладів свідомості, триває від хвилин до кількох діб.

Легкі ступені оглушення мають назву *обнубіляції* (коливання ступеня ясності свідомості з повним розумінням того, що діється навколо – хмароподібне) та *сомноленції* (наростання сонливості). При важких станах оглушення переходить в сопор і кому.

II. Синдроми потьмарення свідомості.

Друга група розладів свідомості – це синдроми потьмарення свідомості, тобто такі розлади свідомості, які супроводжуються психотичними проявами (галюцинації, маячні ідеї, дезорганізація мислення, емоційні розлади, неадекватність поведінки).

До розладів потьмарення свідомості відносять такі синдроми: делірій, онейроїдний синдром, аментивний синдром, сутінкове потьмарення свідомості.

Делірій поєднує в собі багато різних симптомів. Найбільш характерними є справжні зорові галюцинації, тому делірій відносять до галюцинаторного потьмарення свідомості. Зорові галюцинації яскраві, мальовничі, динамічні, множинні, сценічні. При цьому зберігається орієнтування у власній особистості (аутопсихічне), а порушується орієнтування в часі, місці (аллопсихічне).

Ознаки делірію виявляються звичайно надвечір або вночі, тривають від кількох годин (абортивний варіант) до 3-5 днів. Вихід – критичний (через сон). Усе, що хворий переживає в цьому стані, добре зберігається в його пам'яті.

Виділяють наступні деліріозні стани:

1. *Алкогольний делірій (біла гарячка)*. Зорові галюцинації носять зоологічний та мікрооптичний характер. Найчастіше це різні звірі, гризуни, комахи, домашні тварини. Інший варіант – галюцинації носять професійний характер. Моторне збудження також відповідає змісту галюцинацій: водій крутить кермо, доярка доїть корів, рибалка тягне сітку, футболіст б'є по м'ячу. При цьому мовна продукція теж стосується професії хворого. Обов'язковою симптоматикою є вегетативний симптомокомплекс – пітливість, тахікардія, сильний тремор. Тому алкогольний делірій носить назву *delirium tremens*. Характерними в соматичному плані ї схильність до колапсів, колаптоїдноподібних станів (падіння АТ).

2. *Інфекційний делірій*. Виникає на тлі ускладненого перебігу інфекційних хвороб. Може супроводжуватись виконанням професійних дій. При інфекційному делірії ніколи не буває вегетативної симптоматики.

3. *Епілептичний делірій* (варіант гострого епілептичного психозу) характеризується галюцинаціями у формі релігійних сюжетів або світових катастроф (великі пожежі, повені, землетруси, виверження вулканів тощо).

4. *Травматичний делірій* – може виникнути як в гострому, так і у віддаленому періодах черепно-мозкової травми. Характерними ї

галюцинаторні сюжети, що відображають картину травми (військової або побутової).

5. Окремо виділяють *тихий або муситуючий делірій* (mussitatio - тихе буркотіння) та *професійний делірій*. Муситуючий делірій завжди виникає за умови важкого соматичного стану. При цьому хворі щось тихо безперервно бурмочуть, мова беззв'язна. При професійному делірії (делірій зайнятості) характеризується переважанням однотипного рухового збудження у формі звичних, повсякденних професійних дій.

Онейроїдний синдром (oneiros – сон) – сноподібне потьмарення свідомості, що характеризується напливом яскравих сценічних зорових галюцинацій, часто надприродних, фантастичних, космічних, в яких хворий не бере участі.

Аментивний синдром – гостра сплутаність свідомості – завжди є ознакою дуже важкого стану хворого (сепсис, інфекції, інтоксикації, тяжкі соматичні захворювання, гіпертоксична шизофренія). Аменції властива інкогеренція (беззв'язність) усіх видів психічної діяльності.

Ознаки аменції:

- глибоке потьмарення свідомості з порушенням всіх видів орієнтації, інкогерентне мислення з беззв'язною мовою;
- неінтенсивне збудження – в межах ліжка: хворі перевертаються, намагаються встати, перебирають одяг. Збудження носить хаотичний, нецілеспрямований характер;
- почуття розгубленості.

Тривалість складає від кількох годин до кількох тижнів, чи навіть більше. Після одужання – найчастіше повна амнезія на період розладу свідомості.

Сутінкове потьмарення свідомості зустрічається при епілепсії та органічних ураженнях мозку.

Ознаки сутінкового потьмарення свідомості:

- раптово виникає і раптово припиняється;
- має місце порушення всіх видів орієнтування;
- усі дії хворих відбуваються без контролю з боку кори головного мозку, на рівні автоматизмів, чим зумовлюється зовнішня упорядкованість поведінки, зв'язок і послідовність дій, зовнішня цілеспрямованість;
- тривалість – від кількох годин до кількох днів;
- після перенесеного сутінкового стану свідомості виявляється повна амнезія.

Виділяють два види сутінкових розладів свідомості:

Перший вид сутінкових розладів свідомості з галюцинаторно-маячними розладами, що завжди супроводжуються афектом страху, тривоги, гніву. Часто бувають галюцинаторно-маячне збудження, в якому хворі скоюють суспільно небезпечні дії.

Другий вид сутінкових розладів свідомості без галюцинаторно-маячних розладів. Сюди відносяться такі стани:

Амбулаторний автоматизм (лат. *ambulare* – ходити, блукати) – хворі здійснюють взагалі вірні, правильні дії, але ці дії неадекватні ситуації – роздягаються у транспорті, переходять вулицю, не звертаючи уваги на автомобілі, кудись йдуть, купляють щось непотрібне, недоречне. Триває від кількох хвилин до кількох днів.

Транс – тривалий (години, дні) амбулаторний автоматизм, під час якого хворі їздять в інші міста, при цьому купують квитки, продукти харчування, підтримують розмову з пасажирами, хоча зовні справляють враження дещо розсіяних. При цьому зберігається елементарне орієнтування у нескладних ситуаціях. Тобто транс характеризується автоматичністю актів поведінки у стані потьмареної свідомості.

Фуга (лат. *fuga* – бігти) являє собою бурхливий, шалений, нестримний порив до бігу. Триває кілька хвилин.

Сомнамбулізм (від лат. *somnus* – сон, *ambulare* – ходити, блукати; синоніми – лунатизм, сноходіння) – це стан потьмарення свідомості, що настає під час сну під впливом незначних подразників (світло місяця, настільної лампи) або незалежно від них.

Порівняльно-вікові аспекти розладів свідомості.

До 3-4 річного віку синдрому потьмарення свідомості (делірій, онейроїд, аменція) або зовсім не виникають, або проявляються у вигляді рудиментарних проявів. У цьому віці найчастіше зустрічається оглушення, особливо в легкій стадії (обнубіляція та сомноленція).

Делірій виникає у дітей приблизно з 4-5 років, однак окремі ознаки цього синдрому (окремі галюцинації на тлі зміненої свідомості) можливі і в більш ранньому віці. У дітей старшого віку клінічні прояви делірію ідентичні дорослим. Муситуючий делірій у дітей зустрічається надзвичайно рідко, лише при дуже важких соматичних захворюваннях з різким виснаженням та астенізацією.

Типовий аментивний синдром розвивається лише у підлітків, а у дітей молодшого віку він проявляється переважно короточасними епізодами неглибокого потьмарення свідомості.

Типовий розгорнутий онейроїдний синдром зустрічається, починаючи з підліткового віку.

У дітей молодшого шкільного віку діапазон рухових автоматизмів розширюється, нерідко зустрічається сноходіння (сомнамбулізм), сноговоріння. В більш старшому віці до проявів сутінкових станів додаються деякі варіанти нічних страхів. При цьому дитина раптово прокидається, кричить, плаче, відчуває виражений страх, не відповідає на запитання, не реагує на заспокоюючі слова, нерідко з'являються зорові галюцинації. Після виходу – повна амнезія.

Розгорнуті сутінкові стани з психотичними розладами (маячні ідеї, галюцинації з афективним напруженням, страхом, гнівом, психомоторним збудженням, схильністю до агресії) зустрічаються переважно у старших підлітків.