



**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«МЕДИКО-ПРИРОДНИЧИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

Кафедра психології

**НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА**

**«Основи психопатології»**

#### **Тема 4. Психічні прояви в нормі та при патології**

Психічні розлади з соматичними симптомами (РСС) є важливою медико-соціальною проблемою через високу поширеність у людській популяції, суттєве погіршення якості життя пацієнтів та значну вартість лікування. Поширеність РСС у загальній популяції становить 5-7%. Їх виявляють у 26-35% пацієнтів первинної ланки медичної допомоги. Процес діагностики ускладнюється високою коморбідністю РСС з іншими психічними розладами, зокрема тривожними та депресивними. РСС пов'язані з істотним погіршенням якості життя пацієнтів. Їх вплив можна порівняти із захворюваннями з чітким органічним походженням. Невчасна діагностика, велика кількість зайвих параклінічних обстежень додають ятрогенних ускладнень пацієнту, віддаляючи встановлення правильного діагнозу та призначення адекватного лікування на роки та збільшуючи фінансовий тягар як на хворого, так і на суспільство.

З огляду на це зрозуміло, що широке ознайомлення з діагностичною категорією РСС є вкрай важливим з практичної точки зору. Уніфікація підходів до діагностики РСС на платформі DSM-5 могла б стати важливим кроком у згаданому напрямі. Зважаючи на це, метою цієї лекції стало висвітлення сучасної діагностичної парадигми РСС і доказових підходів до ведення пацієнтів із зазначеними розладами.

РСС та інші розлади, у клінічній структурі яких переважають соматичні порушення, наразі складають новий розділ DSM-5 — «Розлади з соматичними симптомами та пов'язані з ними розлади». До них належать: власне РСС; тривожний розлад наявності захворювання; конверсійний розлад (розлад із функціональними неврологічними симптомами); психологічні фактори, що впливають на інші медичні стани; симулятивний розлад; інші специфічні та неспецифічні розлади з соматичними симптомами (табл. 1).

Назва основного представника цього класу психічних розладів — РСС — підкреслює той факт, що його діагноз устанавлюють на підставі позитивних симптомів (виразних соматичних скарг у поєднанні з дисфункціональними думками, відчуттями та поведінкою), радше ніж відсутності медичного пояснення соматичних симптомів. Відмітною характеристикою РСС є не лише соматичні симптоми самі по собі, а й те, яким чином пацієнти інтерпретують їх. Включення афективного, когнітивного та поведінкового компонента до критеріїв РСС сприяє більш повному та точному зображенню клінічної картини, ніж це можливо лише шляхом оцінки соматичних скарг внутрішньої суті згаданого розладу. Діагностичний конструкт соматоформних розладів за DSM–IV був досить суперечливим та не мав чітких меж серед представників цього класу. Для вирішення цієї проблеми у DSM-5 зменшено загальну кількість порушень цього класу, а також їх підкатегорій .

Попередні критерії переоцінювали діагностичне значення неможливості медичного пояснення соматичних або неврологічних симптомів [7]. Такі симптоми певною мірою справді мають місце, особливо при конверсійному розладі, але РСС може супроводжувати й інші медичні захворювання. Надійність устанавленого факту неможливості пояснення соматичного симптому суттєво обмежена, тому встановлення діагнозу РСС на цьому тлі є сумнівним. Крім того, наявність соматичного захворювання не виключає можливості супутнього психічного розладу, зокрема РСС. Нова класифікація визначає РСС як сукупність позитивних симптомів (виразні соматичні симптоми у поєднанні з дисфункціональними думками, відчуттями та поведінкою у відповідь на ці симптоми) . Водночас, неможливість медичного пояснення симптомів лишається ключовою характеристикою конверсійного розладу та псевдовагітності, оскільки у цих випадках є можливість продемонструвати відсутність патофізіологічного пояснення чинних проявів.

Важливо зазначити, що низка психічних розладів можуть також маніфестувати переважно соматичними симптомами (такі як великий депресивний і панічний розлад) . Ці діагнози можуть як включати соматичні симптоми, так і співіснувати з РСС. Наявна також висока соматична коморбідність серед пацієнтів із РСС. Хоча соматичні симптоми часто асоціюються з психологічним дистресом і психопатологічними станами, деякі РСС та пов'язані з ними розлади можуть виникати спонтанно, а їх причини лишатися нез'ясованими. Тривожні та депресивні розлади можуть супроводжуватися РСС. У такому разі соматичний компонент клінічної картини додає їм тяжкості та складності, і навіть резистентності до традиційного лікування. У деяких випадках ступінь стурбованості соматичними симптомами може бути настільки виразним, що це виправдовує встановлення діагнозу маячного розладу .

У розвиток РСС робить внесок значна кількість факторів . До них належать генетична та біологічна схильність (наприклад, підвищена чутливість до болю); травматичні події у ранньому віці (такі як фізичне та

сексуальне насилля); набутий досвід привернення уваги до себе через соматичну хворобу, поряд з культуральними/соціальними нормами, що знецінюють та стигматизують психологічні страждання, порівняно з соматичними проблемами. Культуральні відмінності надання медичної - допомоги впливають на презентацію, сприйняття та менеджмент соматичних ознак. Відмінності у проявах соматичних симптомів вірогідно є результатом взаємодії численних факторів культурального підґрунтя індивіда, яке впливає на ідентифікацію та класифікацію соматичних відчуттів, сприйняття захворювання та пошук медичної допомоги у відповідь на ці відчуття . Отже, соматичні симптоми можуть бути розглянуті як прояв персонального страждання, що інтегровані в культуральний і соціальний контекст.

Пацієнти з розладами із соматичними симптомами та пов'язаними розладами характеризуються явною зосередженістю на соматичних проблемах і насамперед звертаються до загальномедичних, а не психіатричних закладів. Критерії РСС за DSM-5 пропонують більш клінічно корисний метод характеристики пацієнтів, у яких в минулому був встановлений діагноз соматоформного розладу. Приблизно 75 % осіб зі встановленим раніше діагнозом «іпохондрія» відповідають критеріям РСС. Попри це, інші 25 % пацієнтів з іпохондрією мають підвищену тривогу щодо здоров'я без наявних соматичних симптомів, і більшість їх симптомів не відповідають діагнозу тривожного розладу. Для цієї категорії пацієнтів у DSM-5 запропоновано діагноз тривожного розладу наявності захворювання. Внаслідок надмірної зосередженості на соматичних проблемах, а також через те, що тривожний розлад наявності захворювання частіше зустрічається у загальномедичних закладах, він включений до розділу РСС. Істотною особливістю конверсійного розладу є наявність неврологічних симптомів, що несумісні з неврологічною патофізіологією. Суттєвою рисою психологічних факторів, що впливають на інші медичні стани, є присутність одного/декількох клінічно значущих психологічних або поведінкових факторів, що негативно впливають на стан здоров'я, збільшуючи ризик страждання, смерті чи інвалідності.

Симулятивний розлад, як і інші соматичні симптоми та супутні розлади, включає персистуючі проблеми, пов'язані зі сприйняттям та ідентифікацією хвороби. У більшості зареєстрованих випадків симулятивного розладу в пацієнтів наявні соматичні симптоми та переконання у хворобі. Тому в класифікації DSM-5 симулятивний розлад також розташований у розділі РСС. До інших специфічних/неспецифічних та пов'язаних із ними розладів із соматичними симптомами відносять розлади, які відповідають лише деяким критеріям РСС або тривожного розладу наявності захворювання або псевдовагітності.

Найпоширенішим представником серед перерахованих розладів є РСС, нижче розглянемо його більш детально.

Епідеміологія РСС

Від 10 до 15 % пацієнтів турбує багато симптомів протягом більш ніж 2 років, що не мають клінічного пояснення. Достеменно поширеність РСС невідома, але може коливатися від 5 до 7 % . Серед хворих на РСС переважають жінки — 75 % . Велика частка пацієнтів (як чоловіків, так і жінок) також мають критерії іншого психічного розладу.

#### Етіологія

Важливими чинниками соматизації є гострі та хронічні емоційні/психологічні стреси, конфлікти в поєднанні з дефіцитом емоційної обробки , тенденції ухилення, а також соціальні, культуральні або сімейні табу стосовно прояву емоцій . Посилює соматичні симптоми ставлення оточуючих, бо людина з фізичною хворобою отримує більше співчуття, ніж та, яка виявляє психологічне страждання . Також сприяють прояву РСС - порушення уваги та контролю через дисоціацію та неправильне тлумачення подій .

#### Ризики та прогностичні фактори

##### Темперамент

Негативна афективність (нейротизм) є незалежним фактором ризику великої кількості соматичних симптомів. Супутня тривога або депресія посилюють симптоми та порушення функціонування.

##### Навколишнє середовище

РСС частіше зустрічається у людей із низьким рівнем освіти та соціально-економічного статусу, а також тих, хто нещодавно зазнав стресових подій.

##### Патофізіологія

РСС може виникнути внаслідок загального сенсорного посилення тілесних симптомів, що пов'язано з острівцевою корою . Попередні нейровізуалізаційні дані свідчать про високу активність лімбічних регіонів у відповідь на болісні подразники . Крім того, посилення соматизації може виникнути, коли раніше сенсibilізовані цитокінові системи мозку реактивуються інфекційною або неінфекційною травмою . Цитокіни, що впливають на мозок, імовірно, відповідають за прояв хворобливої поведінки . Хронічна активація імунної системи у відповідь на стрес може сенсibilізувати відповідь цитокінів. Центральна сенсibilізація також відіграє важливу роль у патогенезі симптомів .

#### Діагностичні риси РСС

Пацієнти з РСС скаржаться на численні соматичні симптоми, що значно порушують їх повсякденне життя (*критерій А*). Інколи присутній лише один тяжкий симптом, найчастіше — біль. Симптоми можуть бути як специфічними (наприклад, локалізований біль), так і відносно неспецифічними (наприклад, втомлюваність). Інколи симптоми є нормальними тілесними відчуттями або дискомфортом, що взагалі не

вказують на наявність серйозного захворювання. Діагноз РСС не виключає - наявності супутньої соматичної хвороби. Наприклад, людина може втратити працездатність через РСС, що розпочався після неускладненого інфаркту міокарда, навіть якщо інфаркт міокарда сам по собі не призвів до інвалідності. За наявності супутнього соматичного захворювання або його підвищеного ризику (за сімейним анамнезом) для діагностики РСС повинен виконуватися *критерій В*, тобто думки, почуття та поведінка, що пов'язані із цим станом, мають бути надмірними. Особи з РСС, як правило, мають високий рівень занепокоєння щодо наявності хвороби. Вони розцінюють свої тілесні симптоми як надмірно загрозливі, шкідливі або неприємні та часто думають про найгірше стосовно власного здоров'я. Навіть коли докази вказують на протилежне, деякі пацієнти все ще бояться серйозності своїх симптомів. При тяжкому РСС проблеми зі здоров'ям можуть відігравати ключову роль у житті людини та стати рисою її особистості чи домінувати у стосунках з іншими.

Дистрес пацієнтів із РСС, головним чином, спричинюють соматичні симптоми та їх значення для людини. Зазвичай вони пов'язані з іншими аспектами повсякденного життя, порушуючи його якість. При тяжкому РСС ці порушення є вираженими і можуть призвести до інвалідності.

Високий рівень використання медичної допомоги при РСС рідко усуває стурбованість особи, тому пацієнт може звертатись за допомогою до багатьох лікарів через одні й ті самі симптоми. Часто такі пацієнти не відповідають на медичне втручання, а нові інтервенції можуть лише загострити наявні симптоми. Крім того, деякі пацієнти з РСС бувають надто чутливими до побічних ефектів лікарських препаратів; деяким здається, що їхня медична оцінка та лікування були недостатніми.

Додаткові характеристики, що підтверджують діагноз

Когнітивні особливості при РСС включають зосередження уваги на соматичних симптомах, віднесення нормальних тілесних відчуттів до фізичної хвороби (можливо, з катастрофічними інтерпретаціями), занепокоєння щодо наявності хвороби та стурбованість, що будь-яка фізична активність може зашкодити організму. До відповідних особливостей поведінки відносять повторювану перевірку тіла на аномалії, пошук медичної допомоги та заспокоєння, уникнення фізичної активності. Найвираженіші поведінкові розлади виявляють при тяжкому безперервному РСС. Під час медичних консультацій пацієнти настільки фокусуються на власних занепокоєннях стосовно соматичних симптомів, що неможливо перемкнути їхню увагу на щось інше.

Будь-яке запевнення лікарем, що їх симптоми не свідчать на користь серйозної фізичної хвороби, як правило, має недовготривалий ефект та/або

інтерпретується пацієнтами як недостатньо серйозне ставлення лікаря до їхнього захворювання. Оскільки фокусування на соматичних симптомах є головною ознакою розладу, люди з РСС зазвичай звертаються до фахівців загальних медичних послуг, а не психіатрів .

Доведено, що РСС співіснують із депресивними розладами та розладами особистості, збільшуючи ризик самогубств . Лишається нез'ясованим, чи пов'язаний РСС із суїцидальним ризиком незалежно від зв'язку з іншими психічними розладами.

Особливості перебігу РСС у дитячому та літньому віці

У дітей найпоширенішими симптомами розладу є рецидивуючий біль у животі, головний біль, втома та нудота . На відміну від дорослих, частіше спостерігається моносимптомний перебіг. Водночас, до досягнення підліткового віку діти досить рідко турбуються про наявність «захворювання». Важливою є реакція батьків на симптоми, що має дитина, бо це може визначити рівень асоційованого дистресу. Саме батьки дають інтерпретацію симптомам і звертаються за відповідною медичною допомогою.

У літніх людей соматичні симптоми та супутні захворювання є поширеними, тому для встановлення діагнозу вирішальне значення має орієнтація на критерій В . Недостатня діагностика РСС може зустрічатися у літніх людей, бо деякі соматичні симптоми (наприклад, біль і втомлюваність) вважають частиною нормального старіння. Переживання через хворобу є «зрозумілими» через те, що літні люди мають більше загальних медичних захворювань і фармакологічного лікування, ніж молодь. Крім того, у людей похилого віку більш поширені супутні депресивні розлади, яким також притаманні соматичні симптоми.

## **Семінар 4.**

### **Дати визначення**

1. Розлади мислення: розлади динаміки, форми та змісту.
2. Розлади динаміки мислення.
3. Розлади форми мислення.
4. Розлади змісту мислення.
5. Основні маячні синдроми та їх характеристика.

### **Тема 5. Свідомість та її розлади**

Свідомість - функція людського мозку, суть якої полягає у віддзеркаленні дійсності і цілеспрямованому регулюванні взаємин особи з навколишнім світом.

Усі розлади свідомості поділяють на 3 групи:

- 1) непродуктивні, або порушення свідомості (оглушення, сопор, кома);
- 2) продуктивні (делірій, онейроїд, ступор та інші психіатричні синдроми);
- 3) паморочні стани (продуктивні й непродуктивні).

Продуктивні форми розвиваються на тлі неспання.

Характеризуються:

о дезинтеграцією психічних функцій,

о спотвореним сприйняттям навколишнього середовища і власної особи;

о не супроводжуються знерухомленістю.

Є проявами більшості психічних захворювань і, як правило, не супроводжуються осередковою неврологічною симптоматикою, але іноді можуть передувати розвитку пригнічення свідомості.

Непродуктивні форми за типом дефіциту психічної активності із зниженням рівня неспання, виразним пригніченням інтелектуальних функцій і рухової активності.

Пригнічення свідомості спостерігається при багатьох формах гострої неврологічної патології і рідко виявляється в психіатричній практиці. При вираженому пригніченні свідомості порушуються життєво важливі функції.

Виділяють 7 рівнів порушення свідомості:

- 1) ясна свідомість;
- 2) оглушення помірне;
- 3) оглушення глибоке;
- 4) сопор;
- 5) кома помірною;

б) кома глибока;

7) кома позамежна (атонічна, термінальна).

Ця класифікація заснована на ступені збереженості контакту із хворим, жвавості рефлексів й якості реакції на біль (цілеспрямованою реакцією на біль називають здатність хворого до прагнення уникнути контакту з болючим подразником; нецілеспрямована характеризується загальною реакцією у вигляді рухового, голосового збудження, гримаси страждання; хворий не прагне уникнути контакту з больовим подразником).

Оглушення – поверхневий рівень порушення свідомості, для якого характерне збереження всіх рефлексів, цілеспрямована реакція на біль. Можливий двосторонній вербальний (словесний) контакт із хворим, однак він утруднений і уповільнений, на питання хворий відповідає після паузи, часто невлад і неправильно. Можлива дезорієнтація в просторі й часі. При глибокому оглушенні можливість вербального контакту може бути різко обмеженою, але хворий здатний виконувати прості команди. Сопор характеризується різким обмеженням контакту із хворим. Як правило, тільки при сильному подразнику (наприклад, голосно вимовлене ім'я хворого, больовий подразник) пацієнт відкриває очі. Вербальний контакт відсутній. Рефлекси й цілеспрямована реакція на біль збережені. Помірна (поверхнева, неглибока) кома. При цьому рівні порушення свідомості контакт із пацієнтом відсутній повністю. Звичайно в таких хворих зіниці вузькі, хоча певні отрути можуть викликати й мідріаз, рефлекси (корнеальні, зіничні, сухожильні, ковтальний) і цілеспрямована реакція на біль збережені, немає атонії м'язів м'якого піднебіння, вітальні функції компенсовані.

Глибока кома. Для глибокої коми, крім відсутності контакту з хворим, характерно наступне: пригнічення рефлексів, зниження м'язового тону, нецілеспрямованість або відсутність реакції на біль, поява патологічних рефлексів (Бабинського та ін.), пригнічення дихання й розвиток гострої недостатності кровообігу, можлива гіпотермія. У ряді випадків розвивається стан гіперрефлексії із судорожним синдромом, причиною якого може бути специфічна дія отрути (тубазид, стрихнін), хоча частіше він є результатом глибокої гіпоксії.

Атонічна (позамежна) кома – необоротний стан, якому властиве різке пригнічення всіх функцій організму, найглибша гіпорефлексія аж до арефлексії, м'язова атонія (звідси назва коми). Атонічна кома є результатом прижиттєвої загибелі головного мозку.

Крім цієї класифікації, дуже часто, особливо при черепно-мозковій травмі (ЧМТ), оцінюють рівень порушення свідомості за шкалою ком Глазго (ШКГ): 15 балів – ясна свідомість, 14–13 балів – оглушення, 12–9 – сопор, 8–4 – кома, 3 – смерть мозку.

Шкала ком Глазго (Glasgow Coma Scale)

Клінічні ознаки Бали



Відкривання очей

Самостійно 4

На звуковий подразник 3

На больовий подразник 2

Немає 1

Відповіді на питання

Орієнтовані відповіді 5

Сплутані 4

Незрозумілі слова 3

Нерозбірливі звуки 2

Немає 1

Рухова активність

Виконання інструкцій 6

Цілеспрямована на больовий подразник 5

Нецілеспрямована на больовий подразник 4

Тонічне згинання кінцівок на біль 3

Тонічне розгинання кінцівок на біль 2

Реакції немає 1

Три категорії коматозних станів:

Кома, обумовлена різким зменшенням внутрішньочерепного простору. Виникає при:

о крововиливі в мозок,

о інфаркті мозку,

о абсцесі мозку,

о пухлинні мозку,

о посттравматичних внутрішньомозкових гематомах,

о епідуральних і субдуральних гематомах.

При цій категорії коматозних станів виявляються виражені симптоми пошкодження мозку.

Кома, обумовлена

о екзогенними інтоксикаціями (алкоголь, барбітурати, опіати, бензодіазепіни, фенотіазіни, антидепресанти, етиленгліколь, чадний газ і ін.);

о різкими порушеннями метаболізму (гіпоксія, діабет, ниркова, печінкова, надниркова, гостра серцево- судинна недостатність);

о загальними інфекціями (пневмонія, тиф, сепсис, інфекційнотоксичний шок); шок різної етіології;

о різка гіпертермія і гіпотермія;

о епілептичний статус;

о виражена гіпертонічна енцефалопатія.

При цій категорії коматозних станів, як правило, не виявляється осередкових симптомів або вони виражені нерізно.

Кома, обумовлена субарахноїдальними крововиливами внаслідок розриву внутрішньочерепних аневризм, важкими формами менінгіту або енцефаліту.

При цій категорії коматозних станів виявляються, перш за все, менінгеальні симптоми, зміни в цереброспінальній рідині, а також різної вираженості осередкова неврологічна симптоматика.

За локалізацією ураження ГМ, що призводять до розладів свідомості, ділять на такі.

1. Супратенторіальні (ураження кори й білої речовини, розташованої безпосередньо під нею; підкіркові ураження нюхового мозку; дієнцефальні ушкодження).
2. Субтенторіальні (ушкодження стовбура й ретикулярної формації).
3. Дифузійні й метаболічні (первинні ушкодження ГМ – енцефаліти, субарахноїдальні крововиливи, контузії та ін.; вторинні – внаслідок гіпоксії, ішемії, гіпоглікемії, гострої печінкової та ниркової недостатності, хвороб легенів, ендокринних захворювань, отруєнь, порушень водно-електролітного обміну та кислотно-основного стану; змішана та дисметаболічна неспецифічна кома).

Синдроми затьмареної свідомості

Делірій - ілюзорно-галюцинаторне затьмарення свідомості - характеризується протилежними оглушенню ознаками: зниженням порога до всіх подразників, численністю психопатологічної симптоматики.

Цей стан різко відрізняється від оглушення, орієнтування в навколишньому середовищі при ньому теж порушене, однак він полягає не в ослабленні, а в напливах яскравих уявлень, безперервно виникають уривки спогадів. Виникає не просто дезорієнтація, а помилкове орієнтування в часі і просторі.

На тлі делірійного стану свідомості виникають іноді тимчасові, іноді більш стійкі ілюзії і галюцинації, маячні ідеї. Як правило, вночі деліріозний стан посилюється. Деліріозний стан спостерігається в основному у хворих з органічними ураженнями головного мозку після травм, інфекцій.

Онейроїд - це затьмарення свідомості з напливами мимоволі виникаючих фантастичних маячних уявлень у вигляді закінчених за змістом картин, що відбуваються в певній послідовності.

Аменція - аментивне (безумство) затьмарення свідомості, характеризується розгубленістю з афектом подиву і інкогеренцією (асоціативна беззв'язність) і проявляється в неможливості в цілому сприймати події, що відбуваються.

Сутінковий стан свідомості характеризується раптовим настанням, нетривалістю і настільки ж раптовим припиненням, внаслідок чого його називають транзисторним, тобто минушим. Приступ сутінкового стану закінчується критичним, нерідко наступним глибоким сном. Характерною рисою сутінкового стану свідомості є подальша амнезія.

Сутінковий стан свідомості триває надзвичайно короткий час і носить назву абсанс (від франц. Absence - відсутність).

Деперсоналізація характеризується почуттям відчуження власних думок,

афектів, дій, свого "Я", які сприймаються як би з боку. Частим проявом деперсоналізації є порушення "схеми тіла" - порушення відображення у свідомості основних якостей і способів функціонування власного тіла, його окремих частин і органів. Подібні порушення, що отримали назву "дисморфобії", можуть виникати при різних захворюваннях - при епілепсії, шизофренії, після черепно-мозкових та інших травм.

Діагностика. При обстеженні хворого перш за все потрібно оцінити життєво важливі функції і при їх порушенні прийняти необхідні заходи. Звертають увагу на частоту, глибину, ритм дихання, частоту і ритм серцевих скорочень, напруженість пульсу і артеріальний тиск.

При з'ясуванні анамнезу у родичів чи свідків необхідно дізнатися чи були у хворого напередодні скарги і супутні захворювання (нещодавні ЧМТ, головні болі, запаморочення, хронічні соматичні і психічні хвороби), чи не приймав останнім часом лікарські препарати.

При загальному огляді звертають увагу на ознаки травми, прикусу язика, колір шкірних покривів, висипання, набряки, запах з роту, сліди від уколів. При проведенні неврологічного огляду звертають увагу на положення хворого, мовний контакт, виконання інструкцій, стан рефлекторної сфери, відкривання очей на звук чи біль, положення і рух очних яблук, стан зіниць і їх реакція на світло, дослідження рогівкових рефлексів.

## **Семінар 2.**

1. Розкажіть класифікацію розладів свідомості.
2. Чим характеризуються продуктивні форми розладу свідомості?
3. Назвіть 7 рівнів порушення свідомості.
4. Як оцінюють рівень порушення свідомості за шкалою ком Глазго?
5. Назвіть синдроми затьмареної свідомості.
6. Розкажіть про діагностику порушення свідомості.

## **Тема 6. Патопсихологічний портрет хворого на шизофренію, епілепсію, неврози** **Поняття захворювання шизофренія.**

**Шизофренія** — ендогенний прогредієнтний (процесуальний) психотичний розлад, що характеризується погіршенням сприйняття реальності та значною соціальною дисфункцією.<sup>[1]</sup> Вона найчастіше проявляється у вигляді слухових, зорових та інших галюцинацій, параної, маячень / марень, дивних маній чи дезорганізованістю мови й мислення. Це супроводжується значною соціальною або професійною дисфункцією.

Поява симптомів зазвичай трапляється в юнацькому віці, з глобальною поширеністю упродовж життя<sup>[2]</sup>. Хвороба вирізняється тим, що пацієнт нібито будує свою персональну реальність, де діють інші закони, відмінні від законів навколишнього світу: ця реальність затягує хворого щораз глибше, в розвинених стадіях перетворюючи його життя на сон. Хворий живе в іншому світі — і зовсім байдужий до навколишніх цінностей і реалій. Діагноз ставлять на підставі медичної семіотики, а також на основі інструментальних методик<sup>[3][4]</sup>. Ключовими ознаками шизофренії є інтрапсихічна атаксія, розпад психічних функцій, психіка функціонує ніби оркестр без диригента; апатико-абулічний дефект особистості.

За даними Всесвітньої Організації Здоров'я (2001) шизофренія посідає третє місце серед усіх захворювань, що призводять до інвалідності, а пов'язані із нею непрямі економічні втрати й прямі економічні витрати суспільства є дуже великими.

### **Насильство**

Особи з серйозними психічними хворобами, включно із шизофренією, набагато більше ризикують стати жертвами як насильницьких, так і ненасильницьких злочинів. З іншого боку, шизофренію іноді пов'язують із більшою кількістю жорстоких вчинків, хоча перш за все це пояснюється частішим вживанням наркотиків. Частота убивств, пов'язаних із психозом, подібна до частоти при зловживанні наркотичними речовинами і пропорційна загальній частоті для регіону. Яка роль шизофренії в насильстві незалежно від зловживання наркотиків, — суперечливе питання, але вирішальними факторами тут можуть бути певні аспекти особистого життя чи розумового стану. Висвітлення шизофренії у ЗМІ схильне акцентувати на рідкісних, але незвичайних насильницьких діях. Більше того, у великій репрезентативній вибірці дослідження 1999 року 12,8 % американців вважали, що хворі на шизофренію «дуже схильні» вдаватися до жорстоких дій по відношенню до інших, а 48,1 % заявили, що вони до цього «певним чином схильні». Понад 74 % відповіли, що хворі на шизофренію «не дуже здатні» або «зовсім не здатні» приймати рішення стосовно власного лікування, а 70,2 % мали таку саму думку щодо рішень про розпорядження грошима. Сприйняття людей із психозом як схильних до насильства виросло

більше ніж удвічі з 1950-х рр., згідно з одним мета-аналізом.

Не плутати з множинною особистістю.

Форми

За особливостями клінічних проявів (симптомів та синдромів) виділяють чотири основні форми шизофренії: просту[28], гебефренічну[29], кататонічну і параноїдну. Кожна форма має свої особливості прояву та перебігу захворювання.

Проста

Починається в юнацькі роки і виявляється у зниженні працездатності, успішності в навчанні, праці. Помітно зменшується інтерес до навколишнього світу, до нового. Будь-яка нова інформація сприймається і засвоюється дуже важко. Послаблюються і втрачаються контакти з родичами, друзями. Більшість часу хворий проводить усамітнено. З'являється виразна дивакуватість у поведінці, неохайність, галюцинації (переважно нюхові та слухові).

Слухові галюцинації шизофреніків — це, переважно «голоси», що звучать або ззовні, або «з голови», або з обох «джерел» водночас чи по черзі, не дають хворому спокою, «дістають», лають його, наказують щось робити. Останні називаються імперативними (лат. *imperativus* — той, що наказує, вимагає). Хворі з імперативними голосами бувають дуже небезпечними. Вони можуть «отримати наказ» скалічити чи вбити когось. Змістом нюхових галюцинацій є дещо неприємні запахи. Зорових — різноманітні предмети та їх складові, цілісні ситуації, в яких суб'єкт, як йому здається, перебуває. Тактильних — дотики, удари, тиск, щипання. Органічних — впливи на організм та внутрішні органи (удари струму, стрясання, розтягування), присутність в них сторонніх предметів, істот, загнивання або розкладання окремих або усіх внутрішніх органів.

Гебефренічна

Гебефренічна (грец. *hebe* — юність, статеве дозрівання і *phren* — серце, душа, розум. Разом — недоладно-дурникувато-дитинячий) форма.

Починається в молодому віці і виявляється в таких самих симптомах, що й проста. Разом з цим, специфічно порушується мислення — воно стає активним (лат. *auto* — сам). Хворий цілковито занурюється у свої галюцинації, відірвані від реального життя фантазії, позбавлені логіки і здорового глузду, уривчасті думки та ідеї. Багатьом хворим на гебефренічну форму шизофренії здається, що хтось насильно вкладає їм в голову думки, що їх думки читають чи чують інші. Поведінці притаманні дурникувата грайливість, пустотливість, дитинячість. Хворий раптом починає корчити

grimаси, голосно реготати, підстрибувати на одній нозі, що може легко змінитись бурхливою вербальною агресією.

## Кататонічна

Кататонічна (грец. kata вздовж і tonos — напруга) форма.

Захворювання починається в молодому віці і має ті ж симптоми, що й проста і гебефренічна форми.

Відрізняльними симптомами є:

Кататонічний ступор — хворий застигає в якійсь позі і зберігає її годинами, днями, тижнями. Найчастіше — лежить у ліжку, накрившись з головою і тримаючи її у повітрі, так звана «повітряна подушка» або проявляється симптом каптура, .

Каталепсія (грец. katalepsis — схоплювання, напад) або воскова гнучкість. Хворі зберігають незручні пози, механічно надані їх тілу, кінцівкам іншими людьми. У багатьох у каталепсичному стані виникають онейроїдні сновидіння.

Стереотипія (грец. stereos — твердий і typos — відбиток) — монотонні розхитування та інші одноманітні рухи.

Ехолалія (грец. echo — відображення, відлуння звуку і lalia — мова) — повторювання почутих чужих слів, в тому числі, звернених безпосередньо до хворого.

Ехопраксія (грец. echo — відображення, відлуння звуку і praxis — дія) — повторення побачених дій, рухів інших людей.

Негативізм (лат. negation — заперечення) — хворий робить протилежне тому, чого від нього вимагають, про що просять.

Амбівалентність (грец. amphі — подвійність і лат. valentia — сила) — ставляться до когось, або до чогось одночасно позитивно і негативно, з симпатією і антипатією.

Мутизм (лат. mutus — німий, безголосий) — стан коли пацієнт не відповідає на запитання і навіть знаками не дає зрозуміти, що він згоден вступити в контакт з оточуючими

## Параноїдна

Параноїдна (грец. paranoia — безумство, божевілья) форма.

Починається в більш зрілому віці, порівняно з іншими формами, у віці між 30-40 роками. Хворим на цю форму шизофренії притаманні специфічні деформації мислення і ставлення до світу та до себе, згідно з якими, головним, визначальним у житті є їх ідеї, думки, судження, оцінки, ними самими придумані закони, котрі психіатри називають надцінними або ідеями-фікс. Навколишній світ має відповідати цим продуктам їх

внутрішнього світу. Вони непохитно впевнені, що усіма можливими засобами, не зважаючи ні на що, світ слід змінювати у відповідності до їх розуміння, а все, що виходить за межі цього розуміння та уявлення, не має права на існування і мусить бути знищеним. На цьому тлі цілком закономірно розвиваються манії величі та переслідування. Справді, з позиції параноїка, він, як автор і носій надцінної ідеї, є величною особистістю. На його думку, в нього маса ворогів, які протидіють утвердженню його надцінної ідеї.

За межами своїх маячних ідей параноїки здебільшого зберігають цілковито адекватну орієнтацію в довколишньому світі. Їх інтелект взагалі не страждає, а пам'ять і спостережливість вельми загострюються і слугують упереджено-недовірливій, параноїдно-маячній інтерпретації поведінки, вчинків, дій, висловлювань, міміки оточення як ворожих, небезпечних щодо них.

Хворі на параноїдну форму шизофренії, за наявності у них достатньо високого інтелекту, ідеально підходять на роль диктаторів. Їхній фанатизм, беззастережна відданість своїм ідеям-фікс, всупереч будь-яким фактам реальної дійсності та науковим положенням, що спростовують ці ідеї, нещадність, безмежна жорстокість, з якою вони, якщо є така можливість, знищують своїх дійсних, а здебільшого уявних ворогів, сприяють захопленню та тривалому утриманню влади.

Історичні факти свідчать, що під діагноз параноїдної шизофренії цілком підпадають юдейський цар Ірод, римські імператори Калігула та Нерон, московський цар Іван Грозний, диктатори Гітлер і Сталін.[джерело?] Першим цей діагноз Сталіну поставив відомий російський невропатолог, психіатр та нейрофізіолог Володимир Михайлович Бехтерев, необережно сказав про нього вголос у кулуарах медичного конгресу, поплатившись за це життям, в першу ж ніч, після цих слів. Цілковитим здоровим шістдесятирічний чоловік, раптово помер за загадкових обставин.[джерело?]

Замкнутість, постійна хвороблива підозріливість Сталіна, ігнорування реальних фактів, які суперечать його уявним конструкціям і планам, нещадне нищення всіх, хто, як плід його патологічної уяви, стояв їм на заваді, багатомільйонні жертви, які він з легкістю приносив у боротьбі з «ворогами народу», інакше як манією переслідування не назвеш. А його манія величності, як відомо, була просто грандіозною. Попри це, у нього, як і в Гітлера, всихала рука, що є одним з незрозумілих симптомів параної.

У хворих на шизофренію нерідко зустрічається поєднання у різних пропорціях симптомів різних її форм. Патологічний процес триває до кінця життя, поступово прогресуючи. В більшості бувають більш-менш тривалі ремісії, а в окремих випадках — з майже цілковитим тимчасовим виходом із психозу.

## Механізми

Було зроблено безліч спроб, щоб пояснити зв'язок між зміною функції мозку і шизофренією.[2] Однією із найбільш поширених є дофамінова гіпотеза, котра класифікує психоз як неправильну інтерпретацію мозком хибного спрямування дофамінергічних нейронів.[2] Шизофренію пов'язують із гіперактивністю дофамінових систем мезокортикального і мезолімбічного трактів, тіла нейронів яких локалізовані у чорній речовині та вентральній зоні покривки.

## Психологічний

Багато психологічних механізмів брали участь у розвитку і підтримці шизофренії. Когнітивна упередженість була виявлена у пацієнтів із діагнозом або осіб, які підпадають під ризик захворювання, особливо в умовах стресу або в заплутаних ситуаціях. Деякі когнітивні функції можуть відображати глобальний нейрокогнітивний дефіцит, такі як втрата пам'яті, в той час як інші можуть бути пов'язані з конкретними проблемами.

Незважаючи на виражений вияв притупленого афекту, останні дані показують, що багато людей з діагнозом шизофренія емоційно реагують, особливо на стресові або негативні стимули, і що така чутливість може привести до уразливості до симптомів або розладу. Деякі дані свідчать про те, що зміст маячних ідей і психотичних переживань може відображати емоційні причини захворювання, і що те, як людина інтерпретує такі переживання, може впливати на симптоматику. Використання «безпечної поведінки» для уникнення уявних загроз може сприяти хронічній маячності. Ще одним доказом ролі психологічних механізмів є вплив психотерапії на симптоми шизофренії.