

Лекція №2

Психічне захворювання – це зміна діяльності головного мозку, для якої характерна невідповідність психічних реакцій навколишній дійсності, викривлене відображення її.

Знання психопатології необхідне медичним сестрам. Медичні сестри повинні вміти правильно, психіатричнограмотно оцінити стан хворого, помітити зміни, що сталися в ньому, знати можливі особливості поведінки того чи іншого хворого, щоб не залишити його у потрібний момент без нагляду. Середній медичний працівник має розуміти характер і мету призначень лікаря, бути його помічником.

Не меншою мірою знання психіатрії потрібне медичним сестрам, які працюють у соматичних лікарнях. На сьогоднішній день не викликає сумніву те, що не менше половини хворих, які лікуються з приводу соматоневрологічних захворювань, насправді мають різноманітні психосоматичні порушення. Певного поширення серед соматичних хворих (як і в усьому суспільстві) набувають пост стресові стани, зловживання спиртними напоями, алкоголізм, токсикоманії, наркоманії, неврози, сексуальні проблеми тощо. Таким чином, елементи психіатрії і наркології все більше проникають у повсякденну практику загальної медицини.

Основну роль у клінічному дослідженні психічнохворих виконує **психопатологічний метод**, який полягає у отриманні даних при спостереженні за хворим і під час бесіди з ним.

Метод психіатричного дослідження включає в себе збирання анамнезу і клінічне спостереження. Відомості про хворого і хворобу лікар отримує під час розпитування самого хворого (*суб'єктивний анамнез*) і його близьких, родичів, колег по роботі (*об'єктивний анамнез*). Порівнюючи ці дані, дістають досить повну картину, як ріс, розвивався хворий, що передувало хворобі, як перебігало психічне захворювання від перших проявів його до звернення хворого до лікаря.

Клінічне спостереження у психіатрії включає в себе передусім бесіду з хворим. Уміння правильно вести бесіду вимагає від медичного працівника знань у галузі психіатрії і великого такту. Треба знати, про що розпитувати хворого і в якій формі ставити запитання.

При психопатологічному дослідженні отримують дані, що характеризують особливості пам'яті, мислення, тип зміни особистісних властивостей хворого. Ці дані допомагають визначити діагноз і спостерігати за лікуванням.

Загальна психопатологія

Порушення сприймання

Процес сприймання – один з найважливіших етапів пізнавальної діяльності людини. За допомогою сприймання відображуються не лише окремі властивості предметів та явищ, але й увесь предмет в цілому.

Основними видами розладів сприймання є ілюзії, галюцинації і псевдогалюцинації, сенестопатії, психосенсорні розлади.

Ілюзія – це хибне сприймання реальних речей, об'єктів чи явищ із спотворенням їх справжнього змісту.

Відповідно до різних аналізаторів ілюзії поділяють на слухові, зорові, нюхові, тактильні і смакові. В основному спостерігаються зорові ілюзії. При білій гарячці хворий санітара чи лікаря може сприймати як бандита, одяг на вішаку – як потворне чудовисько. Хворий зі слуховими ілюзіями в постукуванні коліс поїзда чує погрози, докори.

Ілюзії спостерігаються і у здорових людей (це фізичні ілюзії, що виникають у зв'язку з певними законами фізики).

Близькі до ілюзій **парейдолії**: в різних візерунках, фігурах (орнаменти шпалер, складки фіранки, плями на стіні, хмари тощо) хворі з психічними розладами бачать образи людей, тварин, чудовиськ. Парейдолії можуть виникати в здорових дітей і творчих людей, але це лише «гра уяви», і вони це усвідомлюють. При психозах критичного ставлення до парейдолії немає.

Парейдолії характерні для білої гарячки й інтоксикації наркотиками та токсинами галюциногенної дії.

Галюцинації – це переживання, сприймання образів, предметів і явищ, яких у реальному житті не існує.

Є різні види галюцинацій: зорові, слухові, нюхові, смакові, тактильні, псевдогалюцинації. Найчастіше зустрічаються слухові галюцинації. Вони характерні для шизофренії та алкогольних психозів. Найнебезпечнішими є так звані **імперативні галюцинації**, при яких голоси наказують здійснювати різні, часто небезпечні для хворого або оточуючих вчинки або навпаки, забороняють розмовляти, діяти, вживати їжу. При наявності імперативних галюцинацій хворого госпіталізують у психіатричну лікарню за невідкладними показаннями.

Зорові галюцинації здебільшого виникають при гострих захворюваннях, які супроводжуються порушенням свідомості (біла гарячка, інтоксикаційні та інфекційні психози, онейроїдні стани). Нюхові та смакові галюцинації найбільш характерні для шизофренії.

При всій відмінності і різноманітності галюцинацій можна визначити деякі загальні, властиві їм ознаки.

- Хворі сприймають галюцинаторні образи як реально існуючі: вони не мають сумніву в тому, що дійсно чують голоси якихось невидимих людей, бачать звірів, іноді незвичайних.
- Ці галюцинаторні образи проєктуються назовні, чуттєво забарвлені. Так, хворий може дати чітку характеристику голосів, які він чує, він виразно їх розрізняє.
- Галюцинації виникають мимовільно, найчастіше галюцинуючого хворого неможливо переконати в тому, що це обман чуттів.

Із галюцинацій окремо виділяють **псевдогалюцинації**, коли галюцинаторні переживання сприймаються нечітко та неприродно, причому голоси звучать у голові або інших ділянках тіла, а не в навколишньому просторі. Нерідко хворі говорять, що вони бачать «внутрішнім оком», чують «внутрішнім вухом». Псевдогалюцинації не сприймаються хворим так реально, як істинні галюцинації, вони мало впливають на його вчинки. Найчастіше псевдогалюцинації спостерігаються при шизофренії.

Псевдогалюцинації входять до складу **синдрому Каудінського-Клерамбо**, що є безперечною ознакою параноїдної форми шизофренії. Синдром Каудінського-Клерамбо включає в себе, окрім псевдогалюцинацій, ментизм і психічний автоматизм. **Ментизм** – це мимовільний, некерований хворим плин думок на різну тематику, які мучать хворого. **Психічний автоматизм** – це суб'єктивне відчуття хворим штучності, зробленості, насильства.

Сенестопатії – це стан, при якому хворий має невизначені, тяжкі, дуже непрємні й нестерпні відчуття (стягування, натягування, переливання, печії, лоскотання тощо) в різних ділянках тіла (головному мозку, внутрішніх органах, кінцівках), до того ж нерідко звертає на себе увагу незвичність, часто химерність цих відчуттів.

Сенестопатії можуть виникати у хворих на неврози, при астенізації, викликаній соматичними чи інфекційними хворобами, як прояв так званого дієнцефального синдрому, при судинних ураженнях головного мозку та шизофренії.

Психосенсорні розлади – це змінене зорове сприймання реальних предметів, об'єктів, явищ або суб'єктів із збереженням їх впізнавання і значення.

Цим вони відрізняються від ілюзій, бо при останніх усвідомлення значення предметів чи об'єктів змінене. Психосенсорні розлади, які стосуються навколишнього реального світу, називають дереалізацією.

Дереалізація – це стан, при якому навколишнє середовище й оточення сприймаються хворим нечітко, як щось безбарвне, декоративне, нереальне. Дереалізація може проявлятися **макропсіями** (коли предмети здаються збільшеними), **мікропсіями** (коли вони сприймаються зменшеними).

Психосенсорні розлади, що стосуються сприймання хворими самих себе, називаються **деперсоналізацією**. Це порушення самосвідомості, відчуття зміни, втрати, відчуження або роздвоєння свого «Я». Іноколи деперсоналізація проявляється розладами схеми тіла. При цьому змінюється уявлення про форму чи величину тіла або його відділів. Такі симптоми спостерігаються при органічних ураженнях тім'яних часток головного мозку (пухлинах), при інфекційних захворюваннях та інтоксикаціях (симптоми скороминущі та оборотні).

Практичні поради:

- Більшість захворювань призводять до астенизації хворих і зниження порога сприймання. Звичайні подразники, на які здорова людина не звертає уваги, для хворих нерідко стають надсильними, неприсмними або нестерпними. Тому медична сестра повинна слідкувати за тишею, помірним освітленням, чистим повітрям тощо.
- Якщо хворий слабо реагує чи не реагує зовсім на звичайні подразники, це свідчить про погіршення його стану. Тому необхідно викликати лікаря.
- Розвиток галюцинаторної поведінки свідчить про те, що у хворого розвинувся психоз. Біля такого хворого потрібно встановити індивідуальний пост і негайно сповістити лікаря.
- Спостерігаючи за поведінкою хворого, необхідно звертати увагу на ймовірні об'єктивні ознаки галюцинування (прислухання, приглядання, принохування, неадекватний сміх тощо).
- Переключення уваги хворого зменшує інтенсивність галюцинацій.
- Найбільш небезпечними для хворого та оточуючих є імперативні галюцинації. Таких хворих необхідно негайно госпіталізувати в психіатричну лікарню або встановити біля нього індивідуальний пост.

Порушення мислення

Мислення – це притаманна людині властивість відображення об'єктивної реальності у поняттях та судженнях. У процесі мислення людина узагальнює, порівнює, аналізує те, що знайшло своє відбиття у сприйманнях та уявленнях.

При психічних захворюваннях мислення може порушуватися за темпом, механізмом і змістом.

Розрізняють три види порушення темпу мислення:

Прискорене мислення проявляється збільшенням кількості думок, безперервним їх виникненням. Мова при цьому стає квапливою.

Виразене прискорення мислення називається «стрибком ідей». Воно є симптомом, характерним для маніакальних станів, приймання наркотиків стимулюючої дії (кокаїн).

Сповільнення мислення характеризується зменшенням кількості думок, одноманітністю, сповільненням мови.

Це порушення спостерігається при депресивних станах, у стані оглушення.

Затримка мислення (шперрунг) є однією з ознак шизофренії. У хворого раптово, без будь-яких видимих причин, зникають думки, і він на деякий час замовкає.

За механізмом розрізняють такі порушення мислення:

Розірване мислення – є типовим для шизофренії і виявляється в неправильному, незвично парадоксальному поєднанні уявлень. Розірвана мова позбавлена змісту, відсутній змістовий зв'язок між окремими частинами фрази, хоча зовні може здаватися впорядкованою, оскільки граматичні зв'язки зберігаються. Лише у разі дуже вираженої розірваності порушуються і

граматичні зв'язки між словами, і тоді мова хворого являє собою безладний набір слів, словесну мішанину.

Приклад: «Машина поїхала тому, що кіно загорілося з труби».

«Оптимум-песимум навантаження і настрою переконливо маюється харчовим отруєнням і способом існування у космосі і на землі, а також військово-трудохими вправами».

«Давайте разом вознесемось на небо і там, поєднавши матеріалізм і емпіриокритицизм, впадемо в обійми найсвятішої інквізиції, тому що їде поїзд по паркану до перемоги абстрактного духу».

Патологічно деталізоване мислення – це нездатність розділяти головне і другорядне з надмірним акцентуванням уваги на неістотних деталях. Цей симптом характерний для епілепсії.

Резонерство – це порожні, безплідні міркування, позбавлені конкретного змісту і доцільності, з переважанням химерних висловлювань. Переважно виникає при шизофренії.

Наприклад, на запитання про здоров'я хворий відповідає: «залежно від того, що означає це слово. Якщо від слова «здорово», то я вельми здоровий, маю лише 60 кг маси, але це залежить від ваги і того, де вона стоїть; якщо в нашому парку, то там гравітація висока, багато людей і неможливо довго там знаходитись...»

Персеверація мислення – це одноманітне повторення одних і тих самих думок та їх сповільнення. Спостерігається при органічних ураженнях мозку, хворобі Піка, шизофренії, порушенні свідомості.

Символічне мислення – це такий розлад мислення, коли значення одного слова стає символом зовсім іншого поняття на підставі випадкових, другорядних ознак.

Наприклад, хворий відмовляється зайти в кабінет лікаря, тому що довері кабінету оббиті червоним дерматитом. Він пояснює це тим, що червоний колір означає команду: «Стій, боє, на червоний колір світлофора не можна йти!» цей симптом характерний для шизофренії.

Паралогічне мислення, або «мимомова», – це порушення мислення на рівні суджень, коли висновок не випливає з передумов, суджень. На поставлене конкретне запитання хворий відповідає зовсім не по суті, логічно необґрунтовано.

Наприклад, на запитання: «Чому Ви не одягаєте білизну?» хворий відповідає: «Чергова медреса не зробила манікюр». Або при розмові з лікарем хворий говорить: «Якщо Ви зі мною так люб'язно розмовляєте, то без сумнівів, цього року буде добрий урожай». Цей симптом характерний для шизофренії.

Аутичне мислення – це заглиблення у світ особистих переживань із послабленням або втратою контакту з реальною дійсністю, відсутністю бажання спілкуватися з людьми, обмеженням емоційних проявів. Це один з основних симптомів шизофренії.

Ментизм – це мимовільний, безперервний і некерований потік думок, спогадів, «вихор ідей», вплив образів і уявлень. Це явище неприємне для хворого, виснажує його, не дає можливості сконцентруватись або відпочити, але не має ознак насильства. Ментизм є складовою частиною синдрому Кандінського-Клерамбо, його спостерігають при шизофренії.

Порушення мислення за змістом проявляється у вигляді настирливих, надцінних і маячних ідей.

Настирливі (нав'язливі) ідеї – це думки, побоювання, спогади, почуття, потяги, які виникають у хворого незалежно від його волі, хоч він усвідомлює їх хворобливість і критично ставиться до них, але боротися з ними, протидіяти їм не може.

Нав'язливі ідеї спостерігаються здебільшого при неврозах (невроз нав'язливих станів). Розрізняють такі види нав'язливих станів: *нав'язливі страхи (фобії), нав'язливі сумніви, нав'язлива лічба, нав'язливе мудрування* (що відбувалося б у світі, якщо б хворого не існувало).

Надцінні ідеї – це ідеї, зумовлені реальними обставинами, які надалі займають невідповідно важливе місце у свідомості хворого й супроводжуються надмірним емоційним напруженням.

Мислення стає однобічним, усе, що не має відношення до надцінної настанови, ігнорується. Надцінні ідеї можуть штовхати людину на надзвичайні дії. Надцінні ідеї, на відміну від маячення, можна коригувати за допомогою вагомих логічних доказів, у разі зміни життєвих обставин вони можуть втрачати актуальну значущість. Їх можна позбутися, знявши емоційне напруження до рівня звичайних переживань. Вони виникають при параноїдальній формі психопатії і затяжних реактивних психозах. Надцінні ідеї з'являються і в здорових людей, наприклад, звичайні ревності.

Маячні ідеї – це думки та судження, які виникають лише на основі патології, не відповідають дійсності, хибно глумачаться хворим, повністю охоплюють його свідомість і не коригуються при переконанні та роз'ясненні.

Основні види маячення за *тематикою*: **фантастичне** (усвідомлення хворим себе центром світу), **величності** (перебільшення своїх психічних та фізичних сил, соціального стану), **високого походження, впливу** (сторонній вплив на думки, почуття, вчинки), **іпохондричне** (ідея наявності у хворого невеличкової хвороби), **Котара** (депресивні чи іпохондричні фантазії з ідеями грандіозності – загальна загибель, світові катаклізми), **звинувачення, особливого призначення, самозвинувачення** тощо.

За *структурою* маячні ідеї поділяють на параноїдальні, параноїдні та парафренні.

Параноїдальне маячення – це наявність сталої, здебільшого монотематичної, систематизованої маячної ідеї, яка впливає з більш-менш реальних, правдоподібних ситуацій без галюцинацій і виражених афективних розладів. Наприклад, маячення матеріальних чи моральних збитків при інволюційному параноїді (хворому сусіди завдають збитків; щоб не трапилось неприємного, в усьому він звинувачує сусідів).

Параноїдне маячення менш систематизоване, неправдоподібне, але і не фантастичне, нерідко пов'язане з галюцинаціями. Характеризується наявністю різноманітних ідей несприятливого впливу на хворого ззовні (маячення переслідування, стосунків, отруєння, звинувачення тощо). Таке маячення характерне для параноїдної форми шизофренії.

Парафренне маячення містить абсурдні фантастичні ідеї величі, особливої місії, надприродності тощо, як правило, на тлі зниження інтелекту.

Хворі з активними проявами маячення повинні перебувати на режимі «А» і потребують підвищеної уваги медсестер.

Практичні поради:

- Чітке сповільнення мислення свідчить про погіршення загального стану хворого і здебільшого пов'язане з порушенням свідомості. До такого хворого слід викликати лікаря.
- Прискорення темпу мислення з поживленням мови свідчить про розвиток ейфорії. Його можуть викликати сп'яніння, інтоксикація або розвиток психотичної маніакальної фази.
- Наявність надцінних ідей щодо стану свого здоров'я є звичайним станом для хворих із нормальним інтелектом. З ними необхідно бути коректним, делікатним, потрібно дотримуватися правил деонтології і психопрофілактики.
- Настирливі ідеї виникають у свідомості раптово, але хворому практично неможливо їх позбутись. Медична сестра повинна негайно доповісти про це лікарю.
- Поява маячних ідей свідчить про розвиток психозу. Перекоувати хворого в неправильності його суджень недоцільно. Необхідно встановити індивідуальний пост і негайно сповістити лікаря. Висміювати маячні ідеї недопустимо.

- Деталізоване мислення характерне для епілепсії. При розмові з такими хворими потрібні витримка і тактовність, бо вони схильні до дисфорій з агресивними тенденціями.

Порушення пам'яті та інтелекту

Розрізняють кількісні та якісні порушення пам'яті. До кількісних відносять гіпермнезію, гіпомнезію і амнезію.

Гіпермнезія – це короткочасне посилення пам'яті, спостерігається найчастіше при маніакальних і гарячкових станах, внаслідок приймання наркотиків стимулюючої дії, в гіпнотичному стані й у разі смертельної небезпеки.

Гіпомнезія (послаблення пам'яті) проявляється погіршенням відтворення інформації, необхідної в даний момент, зниженням здатності відтворювати окремі події, деталі (дати, цифри, імена). Спостерігається на схилі віку, при атеросклерозі судин головного мозку, астеничних станах, оглушенні.

Амнезія – випадіння з пам'яті певного відрізка часу. Спостерігається після порушення свідомості або в результаті грубих органічних уражень головного мозку. Розрізняють такі різновиди амнезії:

- **Фіксаційна** – втрата здатності запам'ятовувати, відсутність пам'яті на поточні події;
- **Ретроградна** – зникнення з пам'яті подій, які передували стану непритомності або психічному захворюванню;
- **Антероградна** – втрата спогадів про події, що відбувалися безпосередньо після закінчення стану непритомності або іншого розладу психіки.

Якісні порушення пам'яті, або спотворення спогадів, називають **парамнезіями**. Розрізняють такі види парамнезій:

Псевдоремінісценції – спогади хворого про події, які ніколи не відбувалися, але, в принципі, могли відбутися. Критична самооцінка цих подій, які він пригадує, при цьому збережена.

Конфабуляції – заповнення прогалин уявними або нереальними подіями, які не могли відбутися з хворим. Самокритична оцінка цих подій ним втрачена, що свідчить про зниження інтелекту.

Корсаковський амнестичний синдром – це поєднання розладів запам'ятовування поточних подій (фіксаційна амнезія) з псевдоремінісценціями або конфабуляціями. Синдром описаний С.Корсаковим при алкогольному поліневротичному психозі.

Порушення інтелекту буває **вродженим** і **набутим**.

Олігофренія – це вроджений недорозвиток інтелекту. За ступенем вираження олігофренії поділяють на **дебільність**, **імбецильність**, **ідіотію**.

При **дебільності** розвиток мислення у дітей зупиняється на рівні наочно-дійового і образного. Абстрактні поняття їм не доступні. Ці діти можуть навчатися у школах-інтернатах для розумово відсталих, де вони отримують елементарні знання з мови, письма і рахункових операцій (за 8 років засвоюють програму 3 класів).

При **імбецильності** діти не отримують знань, не пов'язаних з самообслуговуванням, але вони можуть обслужити себе. Це інваліди II групи з дитинства.

При **ідіотії** розумовий розвиток сягає найтяжчого ступеня і такі діти не можуть себе обслуговувати. Вони є інвалідами I групи з дитинства.

Набуте зниження інтелекту називають **деменцією** (недоумством). Розрізняють **глобарну** і **лакунарну** деменцію.

При **глобарній деменції** крім запасів знань втрачається ядро особистості, хворі не можуть критично оцінити свій стан, вони не усвідомлюють свого дефекту, втрачають загальнолюдські

етичні норми поведінки. Глобарна деменція є характерною ознакою старечого недоумства, хвороб Альцгеймера, Піка.

Лакунарна деменція виникає при атеросклерозі судин головного мозку, хворі критично оцінюють свій стан, усвідомлюють хворобу, намагаються компенсувати втрату пам'яті (ведуть записи).

Практичні поради:

- Погіршення пам'яті внаслідок зниження уваги є звичайним явищем, що супроводжує різні хвороби. Таким хворим потрібно давати конкретні і зрозумілі рекомендації або записувати їх на папері.
- Хворі з амнезіями (особливо прогресуючими) потребують стороннього нагляду. Вони повинні постійно перебувати під контролем чергового медперсоналу.
- Недопустимо ігнорувати або з насмішкою ставитися до хворих із зниженим інтелектом. Вони вимагають особливої уваги, тактовного та душевного ставлення.

Порушення емоцій

Емоції – це почуття людини, переживання нею свого ставлення до об'єктивної дійсності і до самої себе. Радість і печаль, любов і ненависть, страх і гнів, задоволення і смуток – усе це приклади різних емоцій.

Для всіх психічних захворювань характерна невідповідність емоційної реакції хворого тим зовнішнім причинам, що зумовили її.

Виражене посилення емоцій називають **афектом**. Приклади афекту – гнів, жах, лють, страх. Розрізняють фізіологічний і патологічний афекти.

Фізіологічний афект – це короткочасна і надто сильна емоція, яка виникає у відповідь на дію конкретних чинників і супроводжується вираженими сомато-вегетативними проявами (блідість або гіперемія шкіри та слизових, тахікардія, підвищення або зниження артеріального тиску, загальний тремор, імперативні позиви до дефекації тощо).

Свідомість не затьмарюється, людина усвідомлює свої дії. Після закінчення афективної реакції амнезії немає. Людину, яка скоїла злочин у стані фізіологічного афекту, визнають осудною.

Патологічний афект – це короткотривалий психічний розлад, який виникає у відповідь на значну несподівану психічну травму і відбувається на фоні запаморочливого стану свідомості, за яким настають загальне розслаблення, байдужість і, як правило, глибокий сон; супроводжується повною або частковою ретроградною амнезією.

У період запаморочливого стану людина не усвідомлює того, що відбувається довкола, не керує своїми діями. За злочин, скоєний у стані патологічного афекту, людина не несе кримінальної відповідальності.

Ейфорія (гіпертимія) – це підвищений настрій із безтурботним задоволенням, пасивною радістю, блаженством.

Вона виникає при алкогольному, наркотичному та токсикоманічному сп'янінні, маніакальному синдромі й органічному ураженні лобної частки мозку.

Виражене короткотривале підвищення настрою називають **екстазом**. Стани екстазу можуть виникати при істерії, епілепсії. Часто він розвивається у здорових людей, особливо внаслідок взаємодії (молодь на масових концертах).

Депресія (гіпотимія) характеризується пригніченим настроєм.