



Міжнародний гуманітарний університет
Кафедра педагогіки та психології

ОСНОВИ ПСИХІАТРІЇ

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки
за спеціальністю 053 Психологія

Укладач – професор Косенко К.А.

Одеса - 2024

Укладач

Косенко К.А. Конспект лекцій з навчальної дисципліни «Основи психіатрії» для здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) рівня освітньо-професійної програми спеціальності 053 «Психологія» денної та заочної форми навчання [Електронне видання]. Одеса: МГУ, 2024. 64 с.

Конспект лекцій з дисципліни «Основи психіатрії»
затверджений на засіданні кафедри педагогіки та психології
(протокол № 1 від 29 серпня 2024 року)

ЗМІСТ:

ТЕМА 1. ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ ТА ОСНОВНІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРІЇ	4
ТЕМА 2. ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ. ОСНОВИ КЛІНІЧНОЇ ТА ПАРАКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ	7
ТЕМА 3. КЛАСИФІКАЦІЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ	15
ТЕМА 5. ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ	33
ТЕМА 6. ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОПАТІЙ	37
ТЕМА 7. АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ	41
ТЕМА 8. НЕРВОВА АНОРЕКСІЯ ТА БУЛІМІЯ.....	45
ТЕМА 9. ПСИХОТИЧНІ РОЗЛАДИ	49
ТЕМА 10. НЕЙРОКОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ	53
ТЕМА 11. СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ.....	56
ТЕМА 12. РОЗЛАДИ, ОБУМОВЛЕНІ ВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН (АДИКТИВНА ПОВЕДІНКА	60
ЛІТЕРАТУРА	63

ТЕМА 1. ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ ТА ОСНОВНІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРІЇ

План:

1. Основні поняття психіатрії, її місце в системі наукового пізнання.
2. Основні етапи розвитку психіатрії. Роль психоаналітичних і психофізіологічних теорій у поясненні психічних і психопатологічних явищ.
3. Поняття про реєстри психічних розладів як основу класичної психіатричної діагностики. Розділ психічних розладів Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду.
4. Методи психіатричного дослідження.
5. Поняття психопатологічного симптому, синдрому і захворювання.

Текст лекції

Психіатрія – це галузь медицини, що вивчає психічні розлади, їх причини, механізми виникнення, клінічні прояви, методи діагностики, лікування та профілактики. На відміну від психології, що вивчає психіку в широкому розумінні (включаючи її нормальне функціонування), психіатрія зосереджена на патологічних станах, що виникають у результаті біологічних, психологічних чи соціальних чинників.

У системі наукового пізнання психіатрія займає міждисциплінарне становище, оскільки поєднує у собі елементи медицини, біології, психології, соціології і навіть філософії. Вона використовує методи природничих наук, такі як нейрофізіологія, біохімія, фармакологія, але також спирається на гуманітарні знання, включаючи психологію особистості, психоаналіз та соціальні теорії.

Психіатрія тісно пов'язана з неврологією, оскільки багато психічних розладів зумовлені дисфункцією нервової системи. Вона також взаємодіє з клінічною психологією, яка займається вивченням та корекцією психічних станів без використання медикаментозного лікування. Крім того, значний вплив на психіатрію зробили такі науки, як психофармакологія, що вивчає вплив ліків на психіку, та гештальт-психотерапія, що працює з механізмами усвідомлення та контакту людини з довкіллям.

Основні етапи розвитку психіатрії. Роль психоаналітичних та психофізіологічних теорій у поясненні психічних та психопатологічних явищ

Історія психіатрії налічує кілька тисячоліть. У давнину психічні розлади пояснювалися в контексті релігійних та магічних уявлень. Людей з незвичайною поведінкою нерідко вважали одержимими духами, а лікування включало екзорцизм, магічні ритуали та покарання.

В Античності вперше з'явилися раціональніші підходи. Наприклад, Гіппократ вважав, що психічні захворювання викликані дисбалансом чотирьох «життєвих соків» (крові, жовчі, слизу та чорної жовчі). Він також виділив деякі психічні стани, такі як меланхолія та манія, що можна вважати прообразом сучасних психіатричних діагнозів.

У Середньовіччі під впливом релігійних догм ставлення до психічних розладів знову стало суто містичним. Хворих часто вважали чаклунами або одержимими демонами, через що вони зазнавали переслідувань, ув'язнення в монастирі та жорстоких методів «лікування», таких як тортури та спалення на багатті.

Тільки в епоху Просвітництва психіатрія почала набувати рис науки. Французький лікар Філіп Пінель став одним із перших, хто закликав до гуманного поводження з психічно хворими, скасував кайдани у лікарнях та ввів принципи моральної терапії.

У XIX столітті німецький психіатр Еміль Крепелін розробив першу наукову класифікацію психічних розладів, ґрунтуючись на їхніх симптомах та перебігу. Він заклав фундамент сучасної психіатричної діагностики. У цей час Зигмунд Фрейд запропонував психоаналітичну теорію, за якою психічні розлади зумовлені конфліктами між свідомим і несвідомим.

У XX столітті психіатрія розділилася на кілька напрямків. Біологічна психіатрія досліджувала вплив генетики, нейрофізіології та біохімії на психічні захворювання. Психоаналіз продовжив розвиватися та вплинув на психотерапію. У середині століття стався прорив у лікуванні – були відкриті психотропні препарати (нейролептики, антидепресанти, транквілізатори), що дозволило медикаментозно коригувати психічні розлади.

В даний час психіатрія базується на біопсихосоціальній моделі, згідно з якою психічні розлади мають одночасно біологічні, психологічні та соціальні причини.

Поняття про реєстри психічних розладів як основу класичної психіатричної діагностики. Розділ психічних розладів у МКХ-11

Діагностика психічних розладів виходить з класифікацій, розроблених міжнародними організаціями. Основними є:

- МКХ-11 (Міжнародна класифікація хвороб, 11-й перегляд, ВООЗ)
- DSM-5 (Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів, 5-е видання, Американська психіатрична асоціація)

МКХ-11 включає розділ "Психічні розлади, розлади поведінки та нервового розвитку". До нього входять:

1. Шизофренічні спектри та інші психотичні розлади
2. Афективні розлади (депресія, біполярний розлад)
3. Тривожні розлади (панічне розлад, генералізована тривожність)
4. Розлади особистості (прикордонне, антисоціальне та ін.)
5. Психічні розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин
6. Нейророзвиткові розлади (аутизм, СДВГ)

МКХ-11 враховує не лише симптоми, а й вплив розладу на якість життя людини, її адаптацію у суспільстві.

Методи психіатричного дослідження

Основними методами дослідження в психіатрії виявляються:

1. Клінічне інтерв'ю – лікар проводить розмову з пацієнтом, з'ясовує скарги, анамнез, особливості психічного стану.
2. Психодіагностичне тестування – використовуються стандартизовані тести (ММРІ, тест Роршаха, опитувальник Бека та ін.).
3. Нейропсихологічне дослідження - вивчення когнітивних функцій, пам'яті, уваги.
4. Лабораторні методи – аналіз крові, генетичні випробування.
5. Інструментальні методи – МРТ, ЕЕГ з метою оцінки роботи мозку.

Поняття психопатологічного симптому, синдрому та захворювання

Психопатологічний симптом – це окремий прояв психічного розладу. Наприклад, галюцинації, марення, депресія, тривога.

Психопатологічний синдром - це сукупність симптомів, які часто зустрічаються разом і характерні для певного стану. Наприклад, при депресивному синдромі спостерігаються пригнічений настрій, ангедонія, порушення сну та апетиту.

Психічне захворювання - це стійка патологія, що впливає на мислення, емоції та поведінку людини. Воно включає кілька синдромів і має властиве йому перебіг (наприклад, шизофренія, біполярний розлад).

ТЕМА 2. ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ. ОСНОВИ КЛІНІЧНОЇ ТА ПАРАКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ

План:

1. Основи клінічної та параклінічної діагностики.
2. Основні види психічних хвороб. Ендогенні психічні хвороби. Екзогенні психічні розлади. Психогенії (реактивні психози, невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні). Патологія психічного розвитку (розлад особистості, олігофренії). Етіологічні фактори психічних захворювань.
3. Клінічний метод у психіатрії. Етапи застосування клінічного метода.
4. Особливості експериментально-психологічного обстеження у психіатрії.

Текст лекції

Основи клінічної та параклінічної діагностики

Діагностика психічних розладів ґрунтується на комплексному аналізі психічного стану пацієнта за допомогою клінічних та параклінічних методів. Основними принципами психіатричної діагностики є системний підхід, всебічність обстеження, диференціація патологічних і нормальних психічних проявів та індивідуалізований підхід до пацієнта.

Клінічна діагностика в психіатрії – це комплексний процес встановлення діагнозу психічного розладу на основі клінічного аналізу симптомів, анамнезу та психічного статусу пацієнта. Вона є основним методом діагностики у психіатрії та дозволяє диференціювати психічні захворювання від інших патологічних станів, таких як соматичні, неврологічні та ендокринні порушення.

Основні етапи клінічної діагностики:

- 1. Збір анамнезу**
 - Включає інформацію про розвиток хвороби, її початок, перебіг та фактори, що могли її спровокувати.
 - Особлива увага приділяється сімейному анамнезу, оскільки багато психічних захворювань мають генетичну схильність.
 - Оцінюються соціальні умови, рівень стресу, життєві події, які могли вплинути на розвиток патології.
- 2. Оцінка психічного статусу**
 - Свідомість: її збереженість, порушення орієнтації в часі, просторі або щодо власної особистості.

- Мислення: логічність, послідовність, наявність маревних ідей, порушення асоціацій.
- Емоції: настрій пацієнта, його варіативність, емоційна лабільність або притупленість.
- Перцептивні процеси: наявність галюцинацій, ілюзій, зміненої сенсорної чутливості.
- Вольова сфера: рівень мотивації, імпульсивність, схильність до апатії або гіперактивності.
- Поводження: реакція на оточення, наявність стереотипів, моторної загальмованості або збудження.

3. Спостереження за поведінкою

- Дозволяє визначити міміку, жести, загальну активність, ступінь зацікавленості у контакті з лікарем.
- Пацієнти з депресією часто проявляють загальмованість, тоді як при маніакальних станах спостерігається надмірна активність.

4. Диференційна діагностика

- Виключення інших можливих причин психічних порушень, таких як інтоксикації, нейроінфекції, травми мозку, ендокринні патології.
- Оцінка впливу медикаментів або психоактивних речовин.

5. Формулювання діагнозу

- На основі класифікацій, таких як Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-11), визначаються тип розладу, його тяжкість та прогностичні фактори.
- Формується індивідуальний план лікування, що включає медикаментозну терапію, психотерапію або соціальну реабілітацію.

Основні види психічних хвороб

Ендогенні психічні хвороби

Ендогенні психічні захворювання обумовлені внутрішніми (генетичними, біологічними) факторами. Вони мають хронічний або рецидивуючий перебіг і часто пов'язані з порушеннями нейромедіаторних процесів у мозку.

До них відносять:

1. **Шизофренія** – хронічне психічне захворювання, що характеризується порушеннями мислення, емоційної сфери та поведінки. Основні симптоми: галюцинації, марення, розлади мовлення, емоційне сплюснення, негативні симптоми (апатія, абулія).
2. **Афективні розлади** (біполярний афективний розлад, депресія) – патології настрою, що проявляються депресивними або маніакальними станами.

3. **Ендогенні психози** – важкі психотичні стани з порушенням сприйняття реальності, наприклад, шизоафективний розлад.

Екзогенні психічні розлади

Виникають під впливом зовнішніх факторів (інфекції, інтоксикації, травми).

Основні екзогенні психічні розлади:

1. **Органічні психічні розлади** (деменція, енцефалопатії) – виникають внаслідок ураження мозку (інсульт, нейродегенеративні процеси).
2. **Інтоксикаційні психози** – психотичні стани, викликані впливом алкоголю, наркотичних речовин, токсичних агентів.
3. **Травматичні психічні розлади** – розлади, що виникають після черепно-мозкових травм.

Психогенії

Це розлади, що виникають під впливом психічних стресів та конфліктних ситуацій.

До психогеній відносять:

1. **Реактивні психози** – гострі психотичні реакції на сильні стресові фактори (катастрофи, війна, насильство).
2. **Невротичні розлади** – тривожні, істеричні, obsесивно-компульсивні стани, що мають функціональну природу.
3. **Соматоформні розлади** – психічні розлади, що проявляються фізичними симптомами без органічної основи (гіпохондрія, конверсійні розлади).

Патологія психічного розвитку

Ця група охоплює вроджені або ранньо набуті розлади, що впливають на особистісний розвиток.

1. **Розлади особистості** – глибокі порушення характеру, що проявляються у неадаптивних стратегіях поведінки.
2. **Олігофренії** – вроджені або ранньо набуті форми розумової відсталості.

Етіологічні фактори психічних захворювань

- **Генетичні фактори** – спадкова схильність.
- **Біохімічні механізми** – дисбаланс нейромедіаторів (дофаміну, серотоніну, норадреналіну).
- **Нейрофізіологічні фактори** – органічні ураження мозку.
- **Психосоціальні фактори** – стрес, травматичні події, соціальна депривація.

Клінічний метод у психіатрії є основним способом дослідження психічних розладів і базується на детальному аналізі анамнезу пацієнта, спостереженні за його поведінкою, оцінці психічного стану та аналізі симптомів. Він дозволяє встановити точний діагноз, визначити тяжкість розладу, провести диференційну діагностику та підібрати ефективну терапію. Процес застосування клінічного методу включає кілька ключових етапів, кожен з яких має важливе значення для повноцінного розуміння психічного стану пацієнта.

Першим етапом є збір анамнезу, що передбачає вивчення історії розвитку захворювання, виявлення перших симптомів, їх динаміки та можливих тригерів. Важливо враховувати спадкову схильність до психічних розладів, тому аналізується наявність подібних станів у членів родини. Крім того, особлива увага приділяється соціальному анамнезу: умовам виховання, професійній діяльності, сімейним та міжособистісним стосункам, впливу стресів та конфліктних ситуацій. Не менш значущим є дослідження соматичного анамнезу, оскільки травми голови, нейроінфекції чи ендокринні порушення можуть мати прямий вплив на психічний стан. Збір інформації про вживання психоактивних речовин, алкоголю чи медикаментів також є необхідним, адже залежності або абстинентні стани можуть супроводжуватися психічними розладами.

Після збору анамнезу проводиться **клінічне обстеження психічного стану пацієнта**, що включає оцінку його свідомості, орієнтації, когнітивних функцій, емоційного стану, поведінки та мислення. Визначається, чи є у пацієнта збережена орієнтація в просторі, часі та власній особистості, чи спостерігаються порушення свідомості, такі як сплутаність або делірії. Оцінюється логічність та послідовність мислення, наявність патологічних ідей, таких як марення або розірваність асоціацій. Спостерігається, чи є у пацієнта галюцинації, ілюзії, дереалізація або деперсоналізація. Аналізується емоційний стан – чи є настрій депресивним, тривожним, маніакальним або емоційно тупим. Особлива увага приділяється поведінковим особливостям, наприклад, наявності апатії, загальмованості, імпульсивності або агресії, а також змінам у вольовій сфері, які можуть проявлятися у вигляді кататонічного ступору або психомоторного збудження.

Критично важливим етапом клінічного методу є **проведення диференційної діагностики**. Оскільки симптоми психічних розладів можуть бути схожими на прояви неврологічних або соматичних захворювань, необхідно виключити органічні ураження мозку, ендокринні порушення, інфекційні захворювання, інтоксикації або наслідки травм. Наприклад, марення та галюцинації можуть спостерігатися не тільки при шизофренії, але

й при деліріозних станах або пухлинах головного мозку, тому для підтвердження діагнозу можуть знадобитися додаткові методи дослідження, такі як нейровізуалізація або електроенцефалографія. Важливо розмежувати депресивні стани, що можуть бути наслідком ендогенного афективного розладу, і ті, що виникають у відповідь на психосоціальні фактори або хронічні соматичні захворювання.

На основі отриманих даних встановлюється **діагноз** згідно з критеріями Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) або DSM-5. У клінічній практиці діагноз формулюється з урахуванням типу розладу, ступеня його вираженості, тривалості та можливості ремісії. Також визначаються коморбідні стани, тобто супутні захворювання, що можуть впливати на загальний прогноз.

Завершальним етапом клінічного методу є **розробка терапевтичної стратегії**, яка може включати медикаментозне лікування, психотерапевтичні втручання та соціальну реабілітацію. Фармакотерапія застосовується для корекції симптомів психічних розладів і може включати антипсихотики, антидепресанти, стабілізатори настрою, транквілізатори або ноотропи залежно від клінічного випадку. Психотерапія відіграє значну роль у лікуванні афективних, тривожних і невротичних розладів, а також у реабілітації пацієнтів із психотичними епізодами. Особлива увага приділяється підтримці соціального функціонування пацієнта, адже психічні розлади часто супроводжуються соціальною ізоляцією, втратою працездатності та складнощами в адаптації до суспільного життя.

Таким чином, клінічний метод у психіатрії є складним багатоступеневим процесом, що поєднує ретельний аналіз анамнезу, спостереження за пацієнтом, оцінку його психічного статусу, диференційну діагностику та розробку терапевтичного підходу. Він залишається найважливішим інструментом у психіатричній практиці, оскільки дозволяє не лише точно встановити діагноз, а й визначити оптимальні стратегії лікування та прогноз перебігу захворювання.

Особливості експериментально-психологічного обстеження у психіатрії

Експериментально-психологічне обстеження (ЕПО) є одним із ключових методів діагностики в психіатрії, що дозволяє детально оцінити когнітивні функції, емоційний стан, особистісні особливості та характерні зміни в психічній діяльності пацієнта. Цей метод ґрунтується на використанні спеціальних тестів, проєктивних методик та експериментальних завдань, які допомагають виявити як явні, так і приховані психопатологічні порушення.

Основні цілі експериментально-психологічного обстеження

ЕПО застосовується з кількома основними завданнями. По-перше, воно дозволяє визначити рівень когнітивного функціонування, включаючи пам'ять, увагу, мислення, сприйняття, інтелектуальні здібності. Це особливо важливо при підозрі на деменцію, органічні ураження головного мозку, афективні або психотичні розлади. По-друге, обстеження допомагає оцінити емоційний стан пацієнта: наявність депресивних або тривожних симптомів, емоційну лабільність, вираженість стресових реакцій. По-третє, ЕПО дозволяє виявити особистісні особливості та рівень соціальної адаптації, що є необхідним при діагностиці розладів особистості, психопатій, посттравматичних станів та соматоформних розладів.

Методологія проведення експериментально-психологічного обстеження

Процес психологічного тестування включає кілька важливих етапів. Спочатку проводиться збір анамнезу та визначення основної проблематики пацієнта. Психолог аналізує, які саме аспекти психічного функціонування потребують оцінки, та обирає відповідні методики. Далі проводиться безпосереднє тестування, яке може складатися з різноманітних завдань на логіку, пам'ять, сприйняття, увагу, мовлення та інші психічні функції. Після тестування відбувається аналіз отриманих результатів, їх інтерпретація та кореляція з клінічною картиною пацієнта.

Основні методи експериментально-психологічного обстеження

Існує кілька груп методик, які використовуються в рамках ЕПО:

1. Тести на оцінку когнітивних функцій

Ці методики дозволяють визначити рівень інтелектуального розвитку, стан пам'яті уваги та логічного мислення. Найпоширенішими є:

- Методика Векслера – один із найбільш використовуваних тестів для визначення коефіцієнта інтелекту (IQ), що включає вербальні та невербальні завдання.
- Тест Лурія-90 – використовується для оцінки вищих психічних функцій, зокрема, при органічних ураженнях головного мозку.
- Тест Бентона – дозволяє виявити порушення пам'яті та сприйняття у пацієнтів з нейропсихологічними розладами.
- Шкала Мініментальної Оцінки Стану (MMSE) – допомагає діагностувати деменцію та оцінити загальний рівень когнітивного функціонування.

2. Проективні методики

Використовуються для дослідження особистісних особливостей, глибинних психоемоційних процесів та психодинамічних конфліктів. До них належать:

- Тест Роршаха – аналізує особливості сприйняття людиною неструктурованих плям, що дозволяє визначити її емоційний стан, конфлікти та особистісні риси.
- Тематичний апперцептивний тест (ТАТ) – пацієнту пропонують серію картинок із двозначними ситуаціями, які він повинен інтерпретувати, що дає змогу оцінити його мотивацію, емоційний стан та внутрішні конфлікти.
- Методика незакінчених речень – допомагає виявити внутрішні переживання та емоційні труднощі.

3. Тести для оцінки емоційного стану

Використовуються для діагностики депресії, тривожності, рівня стресу, а також афективних розладів. Найвідомішими є:

- Шкала депресії Бека – визначає рівень депресивної симптоматики.
- Шкала Зунга для оцінки депресії – використовується для самостійного оцінювання пацієнтом свого психічного стану.
- Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна – допомагає оцінити рівень тривожності та стресу.

4. Методи дослідження пам'яті та уваги

Використовуються при підозрі на деменцію, когнітивні порушення, синдром дефіциту уваги. Популярними тестами є:

- Тест Лурія на запам'ятовування 10 слів – дозволяє оцінити короткочасну та довготривалу пам'ять.
- Методика “Проба Струпа” – визначає рівень стійкості уваги та швидкість когнітивних процесів.
- Коректурна проба Бурдона – допомагає оцінити концентрацію уваги.

5. Особистісні опитувальники

Використовуються для визначення рис характеру, наявності психопатологічних схильностей та особливостей поведінки.

- ММРІ (Міннесотський багатофазний особистісний опитувальник) – один із найдетальніших тестів для діагностики особистісних особливостей.
- Опросник Айзенка (EPQ) – дозволяє визначити рівень екстраверсії, нейротизму та психотизму.
- Методика Кеттелла (16 PF) – використовується для аналізу особистісних рис та темпераменту.

Значення експериментально-психологічного обстеження у психіатрії

ЕПО є незамінним інструментом для уточнення діагнозу та проведення диференційної діагностики. Завдяки йому можна розрізнити, чи є когнітивні порушення наслідком депресії або органічного ураження мозку, чи є порушення поведінки наслідком особистісного розладу або психотичного стану. Методика допомагає також у розробці терапевтичних стратегій, оскільки дозволяє виявити сильні та слабкі сторони психічного функціонування пацієнта.

Окрім діагностики, експериментально-психологічне обстеження використовується у прогнозуванні розвитку психічних захворювань, моніторингу ефективності лікування та оцінці змін у стані пацієнта після терапії. Завдяки використанню сучасних тестових методик цей метод є одним із найбільш достовірних інструментів у комплексному підході до психіатричної діагностики.

ТЕМА 3. КЛАСИФІКАЦІЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

План:

1. Порушення пам'яті. Способи виявлення розладів пам'яті.
2. Порушення мислення за темпом (сповільнення, зупинка, прискорення) і логічним зв'язком (деталізація, персеверація, паралогічне мислення, резонерство, аутичне, символічне, аморфне, розірваність, незв'язність (інкогерентність), ментизм).
3. Порушення інтелекту: деменція (лакуарна, тотальна, епілептична, шизофренічна), олігофренія, межова розумова відсталість, інфантилізм.
4. Порушення емоцій. Сомато-вегетативні ознаки емоційних розладів.
5. Розлади уваги: підвищені відволікання, прикутість і виснажливість.
6. Розлади потягів: посилення, послаблення, збочення інстинктів.
7. Психомоторні розлади: збудження, ступор, паракінезії.
5. Порушення свідомості та самосвідомості.
6. Синдроми дереалізації та деперсоналізації.
7. Порушення відчуттів: гіперестезії, гіпестезії, анестезії, сенестопатії.
8. Порушення сприймання: ілюзії афективні, інтерпретативні, парейдолічні.
9. Галюцинації: прості та складні; зорові, слухові, нюхові, тактильні та інших аналізаторів. Справжні галюцинації та псевдогалюцинації.
10. Вікові особливості розладів відчуттів, сприймань та уявлень і способи їх виявлення.

Текст лекції

Порушення пам'яті. Способи виявлення розладів пам'яті

Пам'ять є однією з базових когнітивних функцій, що забезпечує збереження, фіксацію, відтворення та впізнавання інформації. Порушення пам'яті є характерною ознакою як органічних, так і функціональних психічних розладів. Вони можуть проявлятися у вигляді **гіпомнезії** (ослаблення пам'яті), **амнезії** (втрата пам'яті), **гіпермнезії** (підвищення пам'яті), **конфабуляцій** (фантазії, які замінюють реальні спогади).

Розлади пам'яті класифікують за типом порушення: порушення фіксації (нездатність запам'ятати нову інформацію), порушення відтворення (труднощі в пригадуванні), порушення впізнавання (наприклад, криптомнезії, псевдоремінісценції). Амнезії можуть бути ретроградними (втрата спогадів до травматичної події), антероградними (втрата здатності запам'ятовувати нове), фіксаційними (не зберігається нова інформація).

Для виявлення розладів пам'яті використовують клінічні інтерв'ю, нейропсихологічні тести (наприклад, шкала MMSE, тест Векслера, опитувальники), а також оцінку повсякденного функціонування. У клінічному обстеженні звертають увагу на продуктивність при запам'ятовуванні, відтворенні, точність впізнавання, наявність конфабуляцій.

Порушення мислення за темпом і логічним зв'язком

Мислення – це процес опосередкованого, узагальненого відображення дійсності. У психіатричній практиці виділяють два основні типи порушення мислення: за темпом та за логічною структурою.

Порушення темпу мислення:

- **Сповільнення мислення** (брадіпсихія) проявляється уповільненістю формування суджень, млявим темпом мови. Часто зустрічається при депресії, органічних розладах, деменції.
- **Зупинка мислення** (блокада думки) – раптова пауза в ході мислення, відчуття «порожнечі в голові». Характерна для шизофренії.
- **Прискорення мислення** (тахіпсихія) – мова стає надто швидкою, іноді зі стрибками від теми до теми (наприклад, при манії).

Порушення логічної структури мислення:

- **Деталізація** – надмірне зосередження на неістотних деталях, втрата логічної послідовності.
- **Персеверація** – нав'язливе повторення однієї думки або фрази.
- **Паралогічне мислення** — викривлення логіки, використання неправильних зв'язків (поширене при шизофренії).
- **Резонерство** – надмірна псевдофілософська рефлексія без практичного змісту.
- **Аутичне мислення** – відрив від реальності, домінування внутрішніх уявлень над зовнішніми фактами.
- **Символічне мислення** – використання власних, незрозумілих символів і аналогій.
- **Аморфне мислення** – загальна неструктурованість, непослідовність суджень.
- **Розірваність** – порушення зв'язку між окремими частинами висловлювань.
- **Інкогерентність** – повна незв'язність висловлювань, що втрачають сенс.
- **Ментизм** – раптове, неконтрольоване нашестя думок.

Такі порушення є центральними при шизофренії, афективних психозах, епілепсії та органічних ураженнях мозку.

Порушення інтелекту: деменція, олігофренія, межова розумова відсталість, інфантилізм

Порушення інтелекту – це стан, при якому знижуються когнітивні здібності, що впливає на здатність до навчання, адаптації та соціального функціонування. Вони поділяються на набуті (деменція) та вроджені/рано набуті (олігофренія, інфантилізм).

Деменція – прогресуюче зниження раніше сформованого інтелекту внаслідок ураження мозку. Види:

- **Лакунарна деменція** – із вибірковими порушеннями пам'яті, критики, але збереженим особистісним ядром (наприклад, хвороба Альцгеймера).
- **Тотальна деменція** – із глибокими порушеннями особистості, інтелекту, поведінки (наприклад, при судинній деменції).
- **Епілептична деменція** – спостерігається у пацієнтів із хронічною епілепсією; характерна педантичність, уповільненість, емоційна в'язкість.
- **Шизофренічна псевдодеменція** – формальне зниження когнітивної продуктивності, що супроводжується розпадом мислення, емоційною плоскістю.

Олігофренія – вроджене або раннє (до 3 років) недорозвинення інтелекту, яке залишається стабільним протягом життя. Класифікується на:

- легку (дебільність),
- середню (імбецильність),
- тяжку (ідіотія).

Межова розумова відсталість – зниження інтелекту до рівня 70–85 IQ, що не супроводжується вираженою соціальною дезадаптацією.

Психічний інфантилізм – затримка емоційного й соціального розвитку, що супроводжується незрілістю суджень, підвищеною навіюваністю, ігровою мотивацією у дорослому віці.

Порушення емоцій. Сомато-вегетативні ознаки емоційних розладів

Емоційна сфера – одна з найбільш уразливих в умовах психічної патології. Порушення емоцій можуть мати як якісний, так і кількісний характер. Основними формами є:

- **Гіпотимія** – зниження настрою (депресія), що супроводжується апатією, втратою інтересу, байдужістю до оточення, зниженою самооцінкою.

- **Гіпертимія** – патологічно підвищений настрій, ейфорія, що часто поєднується з підвищеною активністю, говорливістю.
- **Дисфорія** – злісно-меланхолійний настрій із ворожістю, агресивністю, дратівливістю.
- **Емоційна лабільність** – нестійкість емоцій, швидка зміна настрою.
- **Апатія** – глибока емоційна в'ялість, втрата емоційного відгуку.
- **Анестезія психічна** – суб'єктивне відчуття емоційного спустошення, нездатності відчувати емоції.

Емоційні розлади супроводжуються соматовегетативними симптомами, які є проявом психосоматичної реакції організму:

- порушення сну (інсомнія або гіперсомнія);
- серцебиття, тремор, пітливість, «ком у горлі»;
- розлади апетиту;
- біль у шлунку, головні болі;
- коливання артеріального тиску;
- порушення менструального циклу.

Розлади уваги: підвищене відволікання, прикутість і виснажливість

Увага – це когнітивний процес, що дозволяє людині зосереджуватися на важливій інформації, фільтрувати несуттєві подразники та ефективно обробляти отримані дані. Порушення уваги можуть бути самостійним розладом або супроводжувати інші психічні та неврологічні стани.

Підвищене відволікання уваги – це неможливість зосередитися на одному завданні через швидке переключення на другорядні подразники. Людина не може довго концентруватися, легко відволікається на зовнішні фактори або внутрішні думки. Такий стан зустрічається при синдромі дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ), тривожних розладах, астенічному синдромі, неврозах, депресії.

Прикутість уваги (фіксація) – це стан, коли людина надмірно концентрується на одному об'єкті або думці, не здатна переключитися на щось інше. Така «застряглість» характерна для депресивних, obsесивно-компульсивних розладів, епілепсії, деяких форм шизофренії.

Виснажливість уваги – швидке зниження здатності до концентрації, коли людина може недовго утримувати увагу, після чого відчуває втому та потребує відпочинку. Це типово для астенічного синдрому, хронічної перевтоми, нейродегенеративних розладів, наслідків черепно-мозкових травм.

Виявлення порушень уваги проводиться за допомогою клінічного спостереження, нейропсихологічного тестування (наприклад, тест Струпа,

таблиці Шульте), а також спеціалізованих методик, що оцінюють здатність до концентрації, швидкість переключення та витривалість уваги.

Порушення уваги можуть значно впливати на повсякденне життя людини, викликаючи труднощі в навчанні, роботі, соціальній взаємодії. Лікування таких розладів залежить від їхньої причини та може включати медикаментозну терапію (психостимулятори, антидепресанти, ноотропи), психотерапію (когнітивно-поведінкова терапія) та тренування когнітивних навичок.

Розлади потягів: посилення, послаблення, збочення інстинктів

Потяги – це глибинні біологічні імпульси, які забезпечують виживання та адаптацію людини, зокрема інстинкти харчування, самозбереження, продовження роду, дослідницька та соціальна активність. Вони мають як біологічний, так і соціально-культурний вплив на поведінку особистості. Порушення потягів можуть виникати внаслідок психічних, неврологічних або органічних захворювань і проявлятися у вигляді посилення, послаблення або збочення інстинктивної активності.

Посилення потягів (гіпербулія)

Гіпербулія характеризується надмірною активізацією потягів, що часто проявляється у вигляді:

- **Підвищеного апетиту (булімія)** – патологічне неконтрольоване споживання їжі, що супроводжується почуттям голоду навіть при фізіологічній ситості. Часто спостерігається при ураженнях гіпоталамусу, депресивних і тривожних розладах, біполярному афективному розладі (БАР), органічних ураженнях головного мозку.
- **Гіперсексуальності (сатиріазм у чоловіків, німфоманія у жінок)** – патологічне підвищення статевого потягу, яке може супроводжуватися нав'язливими сексуальними діями. Спостерігається при маніакальних станах, органічних ураженнях головного мозку, ендокринних порушеннях.
- **Піроманії (потяг до підпалів)** – неконтрольоване бажання підпалювати предмети або спостерігати за вогнем. Часто виникає на фоні психопатій, органічних уражень головного мозку.
- **Дромоманії (патологічна схильність до бродяжництва)** – імпульсивна потреба залишати місце проживання без чіткої мети. Виникає при епілепсії, розладах особистості, афективних порушеннях.

Послаблення потягів (гіпобулія, абулія)

Гіпобулія – це патологічне зниження інтенсивності потягів, яке може переходити в абулію (повну втрату мотивації до будь-якої діяльності). Вона проявляється:

- **Зниженням апетиту (анорексія)** – небажання споживати їжу, що може мати психологічні (анорексія нервова) або органічні причини (онкологічні, неврологічні захворювання).

- **Зменшенням статевого потягу (лібідо)** – може бути пов’язане з депресією, шизофренією, ендокринними розладами або прийомом певних медикаментів.

- **Втратою соціальної активності** – у пацієнтів відсутня ініціатива, вони не проявляють інтересу до взаємодії, роботи чи навчання. Характерно для депресії, шизофренії, апато-абулічного синдрому.

Збочення потягів (парабулія)

Ця група розладів включає патологічні та девіантні форми потягів, які можуть суперечити соціальним нормам:

- **Збочення харчового потягу** – вживання неїстівних речовин (пікацизм), що спостерігається при шизофренії, органічних ураженнях мозку, розладах розвитку.

- **Сексуальні девіації (парафілії)** – патологічні форми статевого потягу, такі як педофілія, ексгібіціонізм, вуайєризм, садомазохізм, некрофілія, зоофілія. Вони можуть мати як психологічне, так і органічне походження.

- **Клептоманія** – імпульсивна потреба до крадіжок без раціональної мотивації, що спостерігається при розладах контролю імпульсів.

Психомоторні розлади: збудження, ступор, паракінезії

Психомоторні розлади – це порушення рухової активності, які тісно пов’язані зі змінами психічного стану пацієнта.

Психомоторне збудження

Цей стан характеризується неконтрольованою активністю, метушливістю, імпульсивними діями, агресією або хаотичною поведінкою. Причини психомоторного збудження включають маніакальні епізоди, шизофренію, алкогольні або наркотичні інтоксикації, органічні ураження мозку.

Види збудження:

- **Маніакальне збудження** – супроводжується ейфорією, пришвидшеною мовою, багатослівністю.

- **Кататонічне збудження** – хаотична, нецілеспрямована моторика, часто без мовної продукції.

- **Гебефренічне збудження** – гримасування, безглузда поведінка, дитяча манірність.

Психомоторний ступор

Це протилежний стан – повне або часткове гальмування рухової активності. Характерний для депресивних і кататонічних станів.

Паракінезії - це атологічні рухові прояви, які можуть бути безглуздими або нав'язливими (наприклад, стереотипії, імпульсивні рухи, ехопраксія – мимовільне повторення рухів інших).

Порушення свідомості та самосвідомості

Свідомість – це здатність людини адекватно сприймати себе та навколишній світ, а самосвідомість – це усвідомлення власного «Я». Порушення свідомості можуть мати різні ступені вираженості – від легкого потьмарення до повної втрати контакту з реальністю.

Основні види порушень свідомості

- **Оглушеність** – зниження ясності свідомості, уповільнена реакція на зовнішні стимули.
- **Сопор** – глибоке гальмування свідомості, пацієнт реагує лише на сильні подразники.
- **Кома** – повна втрата свідомості, відсутність реакцій на подразники.

Порушення самосвідомості

- **Дереалізація** – відчуття, що навколишній світ змінився, здається нереальним або «штучним».
- **Деперсоналізація** – відчуття відчуженості від власного тіла, думок або емоцій.

Порушення свідомості можуть виникати при епілепсії, інсультах, інтоксикаціях, шизофренії та інших психічних розладах. Діагностика включає клінічне спостереження, нейропсихологічне тестування та інструментальні методи (ЕЕГ, КТ, МРТ).

Синдроми дереалізації та деперсоналізації

Синдроми дереалізації та деперсоналізації є порушеннями сприйняття реальності та власного «Я». Вони можуть виникати при різних психічних і неврологічних розладах, а також унаслідок важкого стресу.

Дереалізація – це стан, при якому людина сприймає навколишній світ як змінений, нереальний, «чужий» або штучний. При цьому вона усвідомлює, що її сприйняття є суб'єктивним, тобто розуміє, що зміни знаходяться в її свідомості, а не в самій реальності.

Типові скарги пацієнтів із дереалізацією:

- «Світ став ніби плоским, позбавленим фарб».
- «Люди навколо здаються механічними, ненатуральними».
- «Час або сповільнився, або прискорився».
- «Звуки стали приглушеними, ніби я слухаю через стіну».

Часто дереалізація супроводжується тривогою, відчуттям страху або безпорадності. Причини цього стану можуть бути різними:

- Невротичні розлади – тривожні, депресивні стани.
- Шизофренія – дереалізація може поєднуватися з маячними ідеями та галюцинаціями.

- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – як механізм захисту від надмірного емоційного болю.

- Епілепсія, мігрень, інтоксикації – органічні причини дереалізації.

Деперсоналізація – це відчуття відчуженості від власного тіла, думок, емоцій або поведінки. Людина ніби спостерігає за собою з боку, втрачаючи зв'язок із власною ідентичністю.

Типові симптоми деперсоналізації:

- «Я не відчуваю своїх емоцій, ніби вони не мої».
- «Я дивлюся на себе збоку, як на актора у фільмі».
- «Моє тіло здається мені чужим, ніби я в ньому лише гість».

Цей стан часто виникає на фоні:

- **Тривожних і депресивних розладів** – мозок «відключає» емоції, щоб захистити людину від надмірного стресу.

- **Шизофренії** – деперсоналізація може супроводжуватися маячними ідеями або галюцинаціями.

- **Неврологічних захворювань** – ураження мозку, епілепсія, мігрень.

- Впливу психоактивних речовин – деперсоналізація може бути викликана наркотиками (LSD, канабіноїди, дисоціативи).

Синдроми дереалізації та деперсоналізації можуть бути тимчасовими або хронічними. Для їх діагностики використовуються клінічні бесіди, спеціальні опитувальники (наприклад, шкала деперсоналізації-дереалізації), а в складних випадках – нейропсихологічні тести та інструментальні методи (МРТ, ЕЕГ). Лікування залежить від основного розладу та може включати психотерапію, антидепресанти, анксіолітики.

Порушення відчуттів: гіперестезії, гіпестезії, анестезії, сенестопатії

Відчуття – це здатність людини сприймати подразники із зовнішнього світу та внутрішнього стану організму через сенсорні системи (зір, слух, дотик, смак, нюх). Порушення відчуттів можуть бути як кількісними, так і якісними.

Гіперестезія – це підвищена чутливість до подразників. Людина може відчувати біль або дискомфорт навіть від слабких стимулів (звук, світло, дотик).

Причини гіперестезії:

- **Неврологічні захворювання** – невралгії, мігрень, нейропатії.

- **Психічні розлади** – тривожні розлади, депресія, істерія.
- **Інтоксикації** – алкогольна, наркотична, медикаментозна.
- Постстресові стани – після серйозних психотравм люди стають гіперчутливими до подразників.

Пацієнти можуть скаржитися на:

- «Звуки здаються надто голосними, навіть шепіт дратує».
- «Будь-який дотик викликає біль або неприємні відчуття».
- «Світло ріже очі, навіть у напівтемряві».

Гіперестезія може бути частиною сенсорної гіперчутливості при аутизмі, шизофренії або афективних розладах.

Гіпестезія – це зниження чутливості до подразників. Людина може погано відчувати дотики, біль або зміну температури.

Причини гіпестезії:

- Неврологічні захворювання – ураження периферичних нервів, інсульт, розсіяний склероз.
- Діабетична нейропатія – зниження чутливості в кінцівках через ураження нервів.
- Психічні розлади – при депресії, шизофренії можуть спостерігатися зміни сприйняття тілесних відчуттів.

Скарги пацієнтів:

- «Я не відчуваю тепла або холоду, ніби моя шкіра оніміла».
- «У мене заніміли пальці, я не можу відчувати предмети».

Анестезія – це повна втрата чутливості. Вона може бути локальною (втрата відчуттів у певній зоні тіла) або генералізованою (тотальне зникнення чутливості).

Причини:

- **Пошкодження нервової системи** – травми спинного мозку, поліневрити.
- **Анестезія психогенного походження** – втрата чутливості може бути симптомом істеричного розладу.

Пацієнти можуть говорити:

- «Я не відчуваю нічого в цій частині тіла».
- «Мої ноги ніби не мої, я їх не відчуваю».

Сенестопатії – це патологічні, неприємні тілесні відчуття без об'єктивних причин. На відміну від звичайного болю, вони є незвичними, важко описуваними та не відповідають анатомічним структурам.

Сенестопатії можуть проявлятися як:

- Відчуття скручування, розпирання, печіння – «Ніби всередині мене щось стискається».
- Відчуття руху всередині тіла – «Ніби щось повзає під шкірою».
- Дискомфортні відчуття в голові, грудях, животі – «У мене мозок ніби розтікається».

Ці порушення часто зустрічаються при шизофренії, депресії, неврозах, а також при соматоформних розладах.

Порушення сприймання: ілюзії афективні, інтерпретативні, парейдолічні

Сприймання – це психічний процес відображення предметів і явищ реального світу в сукупності їх властивостей та відносин. Порушення сприймання виникають при різних психічних і неврологічних розладах, а також унаслідок фізіологічного виснаження, інтоксикацій, емоційних потрясінь. Одним із таких порушень є ілюзії – хибне або змінене сприйняття реальних об'єктів.

Афективні ілюзії

Афективні ілюзії виникають під впливом сильних емоцій, переважно страху або тривоги. Людина сприймає реальний об'єкт у спотвореній формі відповідно до свого емоційного стану.

Приклади:

- У темному провулку тінь дерева здається загрозливою фігурою.
- Шурхіт листя сприймається як шепіт чи голоси, що переслідують людину.
- Складений одяг на стільці здається живою істотою.

Такі ілюзії можуть зустрічатися у здорових людей під час стресу або перевтоми, але також характерні для тривожних і психотичних розладів.

Інтерпретативні ілюзії

Інтерпретативні ілюзії – це хибне тлумачення реальних явищ, яке ґрунтується на індивідуальних особливостях мислення та попередньому досвіді людини. На відміну від афективних ілюзій, тут основну роль відіграє когнітивний фактор, а не емоції.

Приклади:

- Випадкове розташування предметів на столі сприймається як спеціально складений символічний знак.
- Людина в метро вважає, що перехожі переглядаються між собою, змовляючись проти неї.

Ці ілюзії характерні для параноїдних станів, коли пацієнт намагається знайти прихований зміст у нейтральних явищах.

Парейдолічні ілюзії

Парейдолічні ілюзії – це складні образи, які виникають унаслідок фантазійного доповнення реального зорового стимулу. Людина бачить у випадкових структурах (плямах, хмарах, текстурах) цілісні сюжети, що мають для неї певний зміст.

Приклади:

- На шпалерах із візерунком людина бачить сцени битв або обличчя.
- У хмарах розрізняються знайомі образи тварин, людей, фантастичних істот.

Такі ілюзії можуть виникати в здорових людей (наприклад, схильність бачити обличчя в предметах), але при психічних розладах вони стають нав'язливими або набувають патологічного значення. Наприклад, при інтоксикаційному психозі або шизофренії пацієнт може сприймати ці образи як реальні та значущі.

Галюцинації: прості та складні; зорові, слухові, нюхові, тактильні та інших аналізаторів. Справжні галюцинації та псевдогалюцинації

Галюцинації – це патологічне сприймання, яке виникає без реального подразника. На відміну від ілюзій, галюцинації не пов'язані з реальними об'єктами та можуть мати складний характер.

Прості та складні галюцинації

- **Прості** – поодинокі відчуття без складної структури (наприклад, звук, миготіння світла, відчуття дотику).
- **Складні** – цілісні сцени, голоси, мелодії, відчуття перебування в іншій реальності.

Типи галюцинацій за аналізатором

- **Слухові** – найпоширеніші при психозах. Можуть бути у вигляді окремих звуків або голосів, що коментують, наказують або сварять пацієнта.
- **Зорові** – бачення постатей, сцен, істот. Часто зустрічаються при органічних ураженнях мозку, інтоксикаціях, шизофренії.
- **Нюхові** – відчуття неіснуючих запахів (часто неприємних). Характерні для епілепсії, депресії з психотичними симптомами.

- **Тактильні** – відчуття дотику, руху під шкірою, повзання комах. Часто зустрічаються при алкоголізмі (синдром Екбома).

Справжні та псевдогалюцинації

- **Справжні** – сприймаються як зовнішня реальність, мають яскравість і об'ємність.

- **Псевдогалюцинації** – людина усвідомлює, що це внутрішнє явище («голоси в голові», уявні сцени).

Галюцинації можуть бути симптомом шизофренії, делірію, органічних уражень мозку та інших серйозних психічних розладів.

Вікові особливості розладів відчуттів, сприймань та уявлень і способи їх виявлення

Розлади сприймання змінюються залежно від віку.

У дітей

- До 5 років діти можуть мати фізіологічні ілюзії (бо їхній мозок ще не повністю сформований).

- У підлітковому віці можуть виникати транзиторні (тимчасові) галюцинаторні переживання на тлі стресу або емоційних потрясінь.

У дорослих

- Розлади сприймання частіше пов'язані з психічними або органічними розладами.

- Важливими факторами є **стрес, втома, інтоксикації**.

У літніх людей

- Можливі зорові ілюзії через погіршення зору та когнітивний дефіцит.

- Галюцинації можуть бути раннім симптомом деменції (хвороба Леві, хвороба Альцгеймера).

Способи виявлення

- **Клінічне інтерв'ю** – аналіз скарг пацієнта.
- **Проективні методики** – для виявлення прихованих порушень.
- **Нейропсихологічне тестування** – оцінка когнітивних функцій.
- **Інструментальні методи** – МРТ, ЕЕГ, щоб виключити органічні ураження.

ТЕМА 4. СИМПТОМИ, СИНДРОМИ ТА СИМПТОМОКОМПЛЕКСИ В ПСИХІАТРІЇ

План:

1. Категорії діагностики та класифікації у психіатрії. Мета діагностики. Мета класифікації.
2. Особливості застосування класифікаційних систем у психіатрії.
3. Психотерапія та класифікація психічних захворювань.
4. Психіатрична систематика МКХ-10.
5. Загальна характеристика психогенних психічних розладів.
6. Психогенії невротичного і психотичного рівнів.
7. Реактивні психози.
8. Класифікація невротичних розладів.

Текст лекції:

Категорії діагностики та класифікації у психіатрії. Мета діагностики. Мета класифікації

Діагностика і класифікація психічних розладів є базовими категоріями психіатричної науки, які визначають не лише клінічну практику, а й систему охорони психічного здоров'я загалом. Ці категорії є взаємопов'язаними: **діагностика** — це процес виявлення, опису та тлумачення психопатологічних симптомів і синдромів у конкретного пацієнта, тоді як класифікація — це систематизований перелік психічних розладів із чітко визначеними критеріями, що слугує орієнтиром для встановлення діагнозу.

Діагностика у психіатрії має комплексний характер, оскільки психічні явища, на відміну від соматичних, не можуть бути безпосередньо виміряні інструментально. Вона базується на клінічному методі, що включає спостереження, бесіду, психометричне тестування, оцінку поведінки, аналіз анамнезу та функціонального статусу особистості. При цьому особлива роль належить вербальній інформації, міжособистісному контакту, інтерпретації суб'єктивних переживань пацієнта.

Метою психіатричної діагностики є:

- встановлення клінічного діагнозу, що дозволяє розуміти характер порушень;

- визначення етапу хворобливого процесу (дебют, ремісія, загострення, резидуальні зміни);
- прогноз перебігу захворювання;
- вибір лікувальної стратегії;
- забезпечення комунікації між фахівцями через спільну термінологію;
- юридична та соціальна оцінка стану (експертиза працездатності, психіатрична експертиза).

У свою чергу, мета класифікації психічних розладів полягає в **стандартизації діагностичного процесу**, створенні уніфікованих діагностичних одиниць, що дозволяють проводити клінічні дослідження, порівнювати дані між країнами, створювати обґрунтовані протоколи лікування та профілактики. Класифікація — це системна модель, що відображає теоретичні уявлення про природу психічних розладів у конкретну історичну епоху.

Класифікації, з одного боку, підпорядковують розмаїття психічної патології до певної логіки, з іншого — можуть не враховувати унікальність кожного випадку, тому клінічне мислення має зберігати гнучкість і не зводиться до формального приписування діагнозу.

У психіатрії прийнято розрізняти **нозологічну та описово-феноменологічну** парадигму класифікації. Перша ґрунтується на ідеї окремих психічних захворювань з визначенням етіологічним фактором (наприклад, шизофренія, БАР), друга — на описі синдрому без претензії на визначення етіології (наприклад, тривожний розлад як симптомокомплекс без чіткої причини).

Особливості застосування класифікаційних систем у психіатрії

На сучасному етапі у світі паралельно функціонують дві основні класифікаційні системи психічних розладів:

1. МКХ-11 (Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду) – розроблена ВООЗ, має глобальне визнання, використовується в системі охорони здоров'я України.
2. DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) – видання Американської психіатричної асоціації, домінує у США та використовується в академічній, дослідницькій і практичній психіатрії.

Кожна з цих систем має свою філософію. МКХ орієнтована на практичну медицину, проста у використанні, застосовується у всіх сферах –

від амбулаторної допомоги до судово-медичної експертизи. У МКХ-11 психічні розлади представлені в розділах 06–08, де є, зокрема: шизофренія, афективні розлади, тривожні, ПТСР, соматоформні, органічні, нейрокогнітивні тощо. Вона має діагностичні критерії, але вони дещо гнучкіші, ніж у DSM.

DSM-5 є більш деталізованою, містить суворо визначені діагностичні критерії на основі кількісних шкал, чітко окреслює часові рамки симптомів. У DSM-5 окрема увага приділяється коморбідності, уточненню підтипів, рівня тяжкості. Вона широко використовується у клінічних випробуваннях, психометрії, психофармакології.

Особливості застосування класифікаційних систем у психіатрії полягають у тому, що:

- Вони є операціоналізованими моделями, а не абсолютним відображенням істини: вони зручні для уніфікації, але не охоплюють усю палітру індивідуального психічного життя.
- Класифікації еволюціонують разом із науковими знаннями, змінюється розуміння розладів (наприклад, перегляд концепції ПТСР, поява спектру аутизму, введення концепту «нейрокогнітивних розладів»).
- У застосуванні систем важлива культурна чутливість: деякі діагнози можуть мати різне соціальне значення в різних культурах, що впливає на стигматизацію, доступ до допомоги.
- Класифікації вимагають компетенції спеціаліста — недостатньо механічно встановити діагноз за критеріями; важливо враховувати контекст, динаміку, особистість пацієнта.

У клінічній практиці нерідко використовується комбінований підхід: діагноз встановлюється згідно з класифікацією (наприклад, F32 — депресивний епізод за МКХ-10), але клінічний опис розширюється за рахунок аналізу особистісних, біографічних, міжособистісних, екзистенційних чинників.

Застосування класифікаційних систем також є критично важливим у доказовій медицині, оскільки лише стандартизовані діагнози можуть бути основою для порівняння ефективності методів лікування, прогнозування, розробки протоколів.

Психотерапія та класифікація психічних захворювань

Психотерапія є невід’ємною складовою комплексного лікування психічних розладів. Це система методів психологічного впливу, спрямованого на усунення або пом’якшення симптомів, корекцію поведінки, емоційної регуляції, способу мислення й міжособистісних стосунків. Роль психотерапії

тісно пов'язана з діагностикою: ефективне втручання можливе лише за умови чіткого визначення клінічної картини відповідно до сучасних класифікацій.

Класифікація психічних захворювань (наприклад, МКХ-10, МКХ-11, DSM-5) має вирішальне значення для визначення терапевтичної стратегії. Вона дозволяє структурувати психопатологічні стани за єдиними критеріями, що забезпечує клінічну точність, узгодженість між спеціалістами, стандартизацію підходів до лікування. Зокрема, при тривожних та фобічних розладах ефективною є **когнітивно-поведінкова терапія**; при розладах особистості — **психодинамічна або схема-терапія**; при ПТСР — **методи травмофокусованої психотерапії** (EMDR, експозиційна терапія).

Класифікаційні системи також формують підґрунтя для психотерапевтичної діагностики: визначення рівня функціонування, тяжкості розладу, наявності коморбідних станів, мотиваційної готовності до змін. Отже, без розуміння клінічного діагнозу неможливо побудувати ефективну, етапну, цілеспрямовану психотерапію.

Психіатрична систематика МКХ-10

Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10), розроблена ВООЗ, стала універсальним інструментом для систематизації психічних розладів на світовому рівні. Психіатричні діагнози в МКХ-10 згруповані в розділ “F00–F99” і охоплюють широкий спектр психічних і поведінкових порушень.

Ця систематика ґрунтується на феноменологічному підході — описі симптомів, які можуть бути клінічно зафіксовані незалежно від етіології. Завдяки цьому МКХ-10 забезпечує міждисциплінарне порозуміння, дозволяє ефективно комунікувати між психіатрами, психологами, лікарями загальної практики. Вона використовується у лікарській практиці, дослідженнях, епідеміології та системах медичної статистики.

Наприклад:

- F20–F29 охоплює шизофренічний спектр;
- F30–F39 – афективні розлади;
- F40–F48 – невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні стани;
- F60–F69 – розлади особистості.

Ця структура дозволяє стандартизувати діагностику та зробити її зручною для досліджень і клінічної роботи. Водночас МКХ-10 має певні обмеження: її категорії не завжди відображають глибинні психодинамічні чи нейробіологічні механізми розладів, що стало одним із мотивів для розробки МКХ-11.

Загальна характеристика психогенних психічних розладів

Психогенні психічні розлади — це патологічні стани, які виникають у відповідь на психотравмуючі чинники. Їхня природа реактивна: симптоми не є автономними, а виникають як реакція на конкретну життєву ситуацію, що перевищує адаптаційні можливості особистості. До психогенних розладів належать неврози, реактивні психози, посттравматичні стани, гострі стресові розлади.

Ключовими характеристиками психогенних розладів є:

- чіткий часовий зв'язок із травматичною подією;
- емоційна насиченість переживань;
- збереження структури особистості (при невротичному рівні);
- здатність до психотерапевтичної корекції;
- потенційна оборотність (за сприятливих умов).

Важливим аспектом є те, що психогенні розлади не обов'язково свідчать про психічну хворобу — радше про дисфункцію адаптації. Лікування потребує не лише фармакології, а й розуміння особистісної динаміки, психотерапії, відновлення безпеки й підтримки.

Психогенії невротичного і психотичного рівнів

Психогенні розлади можна поділити на дві великі групи залежно від глибини та характеру змін: невротичні та психотичні психогенії.

Невротичні психогенії — це стани, що виникають унаслідок конфлікту між потребами та моральними заборонами, тривалого стресу або психотравми. При цьому зберігається критичне ставлення до свого стану, немає розпаду особистості, свідомість залишається ясною. Симптоми проявляються у вигляді тривоги, фобій, нав'язливостей, соматичних скарг, істеричних реакцій. У структурі особистості превалює ригідність, тривожність, схильність до внутрішнього конфлікту.

Психотичні психогенії — це глибші розлади, що супроводжуються порушенням сприйняття реальності, формуванням маревних уявлень, галюцинацій, кататонічних симптомів або онейроїдного стану. Вони виникають на тлі тяжкої психотравми (наприклад, смерть близького, насильство, війна) і мають яскравий, емоційно насичений, але часто короткочасний перебіг. Важливою ознакою є їхня потенційна оборотність і відсутність типових шизофренічних симптомів у преморбіді.

Реактивні психози

Реактивні психози – це гострі, оборотні психотичні стани, що виникають у відповідь на надзвичайно сильний психотравмуючий вплив. Вони мають виразний афективний фон, різке порушення адаптації, часто супроводжуються галюцинаціями, маяченням, зміненим сприйняттям світу та себе. Реактивні психози не мають спадкової обумовленості, як ендогенні, та розвиваються в осіб із відносно інтактною психікою.

Основні форми:

- **Реактивна депресія** – виникає після важких життєвих втрат, має гостро виражені емоційні реакції, іноді із суїцидальними тенденціями.
- **Реактивний параноїд** – паранояльні маячні ідеї переслідування чи отруєння, що виникають на тлі стресу (наприклад, після арешту, погрозу).
- **Істеричний психоз** – театралізовані афективні прояви, часто із псевдогалюцинаціями, тимчасовою сліпотою, паралічем.
- **Онейроїдний стан** – пацієнт сприймає світ як у сні, із включенням фантастичних елементів.

Реактивні психози мають добрий прогноз, якщо усунути причину і вчасно провести терапевтичне втручання.

Класифікація невротичних розладів

Невротичні розлади є функціональними психічними порушеннями, що не супроводжуються змінами свідомості чи особистості, але мають виразну симптоматику, яка заважає адаптації. Вони входять до класифікацій МКХ-10 (F40–F48) і DSM-5 (категорії тривожних, obsесивно-компульсивних, соматоформних та інших розладів).

До основних форм неврозів належать:

- **Генералізований тривожний розлад** – постійне відчуття тривоги, напруження, знервованості без конкретної причини.
- **Фобічні розлади** – патологічні страхи (соціофобія, агорафобія, специфічні фобії).
- **Obsесивно-компульсивний розлад (ОКР)** – нав'язливі думки (obsесії) і ритуали (компульсії), що виникають на тлі тривоги.
- **Соматоформні розлади** – фізичні симптоми (біль, слабкість, серцебиття) без органічної основи, які зумовлені психогенними чинниками.
- **Істеричні (конверсійні) розлади** – порушення чутливості, руху, мови, що мають символічне значення і є засобом психологічного вираження конфлікту.

- **Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** – наслідок пережитої травми з рецидивуючими флешбеками, кошмарами, уникненням нагадувань, емоційною тупістю.

Класифікація неврозів дозволяє диференціювати різні клінічні форми, підібрати відповідне лікування (в основному — психотерапевтичне, іноді з фармакологічною підтримкою) та оцінити прогноз. Вона також має значення для експертизи працездатності, психопрофілактики та реабілітації.

ТЕМА 5. ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ

План:

1. Загальна характеристика розладів особистості.
2. Діагностичні критерії розладів особистості.
3. Клінічні форми розладів особистості

Текст лекції

Загальна характеристика розладів особистості

Розлади особистості (патології характеру, психопатії) — це глибоко вкорінені, стійкі порушення структури особистості, що проявляються у вигляді ригідних, неадаптивних моделей мислення, сприйняття, емоційної регуляції та поведінки, які істотно ускладнюють соціальне та міжособистісне функціонування індивіда. Ці розлади зазвичай формуються в пізньому дитинстві або підлітковому віці та тривають усе життя. Їх неможливо пояснити наслідками інших психічних хвороб, інтоксикацій або ураженням мозку.

Розлади особистості не супроводжуються порушенням свідомості або критичних функцій у звичному розумінні психозів, однак створюють значні труднощі в адаптації людини до соціуму. Вони впливають на всі сфери життя: стосунки, професійну діяльність, ставлення до себе та світу. Люди з патологіями особистості часто не усвідомлюють наявності проблеми, оскільки особистість і є джерелом симптомів, тому звернення за допомогою зазвичай ініціює оточення, а не сам пацієнт.

Розлади особистості є окремою категорією в МКХ-10 (розділ F60–F69) та DSM-5 (розділ «Personality Disorders»). Вони чітко відрізняються від тимчасових адаптаційних реакцій і рис характеру тим, що порушення є тотальними, стабільними та дезадаптивними.

Діагностичні критерії розладів особистості

Згідно з діагностичними системами МКХ-10, МКХ-11 та DSM-5, розлади особистості мають бути ідентифіковані на основі кількох ключових критеріїв, що визначають патологічний характер структури особистості.

Основні діагностичні критерії включають:

- **Стійкість і незмінність** патологічних рис особистості, що зберігаються з підліткового віку або ранньої юності та проявляються в різних життєвих сферах.
- **Тотальність порушень** — патологічні риси особистості виявляються у більшості ситуацій, а не лише в окремих контекстах.

- **Значна соціальна дезадаптація** – розлад призводить до труднощів у міжособистісних стосунках, професійній діяльності або інтеграції в суспільство.

- **Нездатність до критичного осмислення** – пацієнти часто не усвідомлюють наявності розладу, вважаючи свою поведінку природною або виправданою.

- **Виключення інших причин** – симптоми не мають бути зумовлені органічними ураженнями мозку, іншими психічними розладами (наприклад, шизофренією) або вживанням психоактивних речовин.

У DSM-5 також запропоновано **альтернативну модель діагностики розладів особистості**, що враховує не лише тип розладу, а й ступінь порушення функціонування особистості (через дві основні осі: порушення функцій «Я» та міжособистісних взаємин) та патологічні риси особистості.

Клінічні форми розладів особистості

Клінічні форми розладів особистості в МКХ-10 класифікуються в межах рубрики **F60–F69**, де F60 охоплює класичні психопатії, що відповідають конституційним та характерологічним типам. У DSM-5 ці форми об'єднані в **три кластери (А, В, С)** залежно від спільних психологічних ознак.

МКХ-10 (F60 – специфічні розлади особистості):

- **F60.0 – Параноїдний розлад особистості**

Підозрілість, недовіра, гіперчутливість до критики, схильність до пояснення нейтральних подій як ворожих.

- **F60.1 – Шизоїдний розлад особистості**

Відчуженість, емоційна холодність, відсутність інтересу до соціальних контактів, схильність до ізоляції.

- **F60.2 – Дисоціальний (антисоціальний) розлад особистості**

Безвідповідальність, порушення соціальних норм, імпульсивність, агресія, відсутність каяття.

- **F60.3 – Емоційно нестабільний розлад особистості**

Має два варіанти: імпульсивний тип і бордерлайн-тип (емоційна нестабільність, страх покинення, імпульсивність, суїцидальні погрози).

- **F60.4 – Істеричний (демонстративний) розлад особистості**

Потреба в увазі, емоційна лабільність, театралізованість, надмірна сексуалізація поведінки.

- **F60.5 – Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості**

Надмірна педантичність, потреба в контролі, ригідність мислення, перфекціонізм.

- **F60.6 – Тривожний (уникаючий) розлад особистості**

Уникнення соціальних контактів через страх критики, низька самооцінка, сором'язливість.

- **F60.7 – Залежний розлад особистості**

Нездатність приймати самостійні рішення, потреба в постійній підтримці, страх залишитися наодинці.

DSM-5 кластерна модель:

- **Кластер А (дивні/екцентричні):** параноїдний, шизоїдний, шизотиповий розлади.

- **Кластер В (драматичні/емоційні):** антисоціальний, істеричний, нарцисичний, бордерлайн.

- **Кластер С (тривожні/уникаючі):** залежний, ананкастний, уникаючий.

У клінічній практиці рідко зустрічаються «чисті» форми. Часто мають місце **змішані типи** або коморбідність з іншими розладами – депресією, тривогою, зловживанням речовинами, ПТСР.

Лікування розладів особистості передусім психотерапевтичне. Найбільш ефективними є **діалектична поведінкова терапія (DBT), схема-терапія, психоаналітично-орієнтовані підходи**, а також **когнітивно-поведінкові моделі**. Медикаментозна терапія використовується симптоматично (наприклад, при імпульсивності, тривожності, депресивних станах).

ТЕМА 6. ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОПАТІЙ

План:

1. Сутність поняття. Історичні концепції.
2. Сучасні методи оцінювання.
3. Причини , фактори психопатії.
4. Основні інгредієнти психопатії: розгальмування, сміливість і підлості.

Текст лекції:

Характеристика психопатій: сутність, історія, сучасне розуміння

Психопатія (або розлад особистості з виразними антисоціальними чи дисоціальними рисами) – це патологічний стан особистості, що характеризується стійкими, глибоко вкоріненими аномаліями характеру, які формуються у дитячому або підлітковому віці й проявляються у дорослому житті через порушення поведінки, емоційної регуляції, співпереживання та морального самоконтролю.

На відміну від інших психічних хвороб, **психопатія не супроводжується психозом**, маренням чи галюцинаціями, але призводить до хронічної дезадаптації особистості в соціальному, професійному, емоційному контексті. Власна поведінка не викликає у психопата внутрішнього конфлікту – навпаки, вона розглядається як виправдана, що ускладнює лікування й корекцію.

Сутність поняття психопатії

Психопатія – це **не епізодичне порушення**, а стійка аномалія структури особистості. Вона охоплює весь психічний склад людини, проявляючись у характері мислення, емоцій, мотивації, міжособистісних зв'язках.

Основні риси психопатичної особистості:

- **Соціальна дезадаптація** – постійні конфлікти з оточенням, неспроможність підтримувати стабільні зв'язки;
- **Емоційна холодність** або гіперреактивність;
- **Нездатність до співпереживання (емпатії);**
- **Ригідність поведінки** – нездатність до гнучкої зміни поведінкових стратегій залежно від обставин;
- **Знижене почуття провини** – навіть за серйозні порушення етичних і правових норм.

У сучасній психіатрії термін «психопатія» поступово замінено на «**розлад особистості**», відповідно до класифікацій МКХ-10 (F60.2 – дисоціальний) та DSM-5 (антисоціальний розлад особистості).

Історичні концепції психопатії

Розуміння психопатії еволюціонувало протягом століть:

- **Філіп Пінель** (18 ст.) описував «*manie sans délire*» – манію без божевілля, що була раннім описом психопатичної особистості.
- **Жан Ескіроль** (19 ст.) запровадив термін «моральне безумство» (*folie morale*), вказуючи на відсутність етичної регуляції при збереженому інтелекті.
- **Курт Шнайдер** (1930-ті) запропонував концепцію «психопатичних особистостей», які «страждають самі або завдають страждань іншим», розділивши їх на 10 типів (емоційно нестабільні, експлозивні, нарцисичні тощо).
- **Петро Ганнушкін** (СРСР) розробив цілісну типологію психопатій, виділивши **конституційно-біологічну основу** та поділивши їх на циклотимічні, астенічні, шизоїдні, істеричні, нестійкі тощо.
- **Герві Клеклі** (1941) описав «маску здоров'я» психопата – відсутність почуття провини, афективна поверховість, брехливість, емоційна маніпуляція.
- **Роберт Хеєр** (1990-ті) розробив **PCL-R (Psychopathy Checklist Revised)** – валідну шкалу оцінки рівня психопатії, яка застосовується у судово-психіатричній експертизі.

Сучасні методи оцінювання психопатії

Найбільш валідними інструментами вважаються:

- **PCL-R (Хеєра)** – 20 пунктів, що оцінюються за шкалою 0–2 (максимум 40 балів). Психопатичними вважаються особи з ≥ 30 балами.
- **SRP (Self-Report Psychopathy Scale)** – для самозвітування.
- **MMPI** – особистісний опитувальник із шкалою психопатії (Ма-шкала).
- **SCID-5-PD** – напівструктуроване інтерв'ю для діагностики розладів особистості за DSM-5.
- **Шкала Клеклі**, хоч і морально застаріла, має історичне значення в судовій психіатрії.

Причини та фактори психопатії

Психопатія є поліфакторним явищем, у якому взаємодіють біологічні, психологічні та соціальні чинники:

1. Біологічні фактори:

- Спадкова схильність: високий рівень успадкованості (~50–60%);
- Дисфункція лобових часток мозку (відповідає за контроль імпульсів, моральне судження);
- Знижена активність мигдалеподібного тіла (пов'язана з емпатією);
- Порушення нейромедіаторного обміну (дофамін, серотонін, норадреналін);
- Гіпореактивність автономної нервової системи (низький рівень страху, відсутність «совісті»).

2. Психологічні фактори:

- Емоційна депривація в ранньому віці;
- Відсутність батьківської прив'язаності, насильство, зловживання;
- Невміння формувати стійкі моральні установки;
- Порушення формування Я-образу.

3. Соціальні фактори:

- Антисоціальне оточення;
- Соціальна занедбаність;
- Кримінальна субкультура;
- Несприятливі економічні або політичні умови (наприклад, дитинство під час війни).

Основні інгредієнти психопатії: розгальмування, сміливість і підлість

(за тріадною моделлю психопатії Патріка та Хеєра)

1. Розгальмування (Disinhibition):

Людина не здатна контролювати імпульси, не дотримується соціальних правил, схильна до ризикованої поведінки, брехні, агресії. У поведінці переважає імпульсивність, безвідповідальність, нестабільність. Розгальмування знижує здатність до адаптації й викликає повторювані конфлікти з законом.

2. Сміливість (Boldness):

Психопати проявляють дивовижну стійкість до стресу, відсутність страху та сорому, соціальну сміливість, поверхневу чарівність. Це дозволяє їм бути харизматичними маніпуляторами, спритними маневрувальниками у стосунках, навіть лідерами в певних контекстах. Проте така сміливість позбавлена емпатії.

3. Підлість (Meanness):

Холодна жорстокість, відсутність співчуття, схильність до експлуатації інших, інструменталізація стосунків. Психопат не лише не відчуває провини, а й може отримувати задоволення від приниження чи страждання іншого. Підлість – ключ до насильницької, садистичної поведінки.

ТЕМА 7. АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ

План:

1. Сутність поняття афективний розлад.
2. Причини, симптоматика, лікування.
3. Приводи для настання афективних розладів. Розлади біполярного спектру.
4. Розлади маніакального спектру.
5. Соціокультурні аспекти афективних розладів

Текст лекції

1. Сутність поняття афективний розлад

Афективні розлади – це група психічних порушень, основною характеристикою яких є патологічні зміни емоційної сфери: настрою, почуттів, вегетативної регуляції. Вони відрізняються від нормальних змін емоційного стану своєю глибиною, тривалістю, дезадаптацією та автономністю перебігу. Основними проявами афективних розладів є депресія, манія та їхні поєднання у формі біполярного афективного розладу.

Центральним симптомом є **порушення настрою** – від надмірного піднесення (гіпертимія, ейфорія) до патологічного пригнічення (гіпотимія, депресія). Афективні стани можуть супроводжуватися змінами мислення, моторики, соматовегетативної активності та життєвого ритму. Вони можуть мати як ендогенну природу (генетично обумовлену), так і реактивну (психогенну).

Причини, симптоматика, лікування

Причини афективних розладів

Афективні порушення виникають внаслідок складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів. Серед основних причин:

- **Генетична схильність** – доведена висока спадковість, особливо при біполярному афективному розладі (БАР);
- **Порушення нейромедіаторної системи** – дисбаланс серотоніну, дофаміну, норадреналіну;
- **Гормональні та метаболічні фактори** – патологія щитоподібної залози, гіпофіза, нейроендокринні збої;
- **Стресові події** – втрата близького, насильство, соціальна ізоляція;
- **Психологічні схильності** – низька самооцінка, невміння долати фрустрацію, схильність до катастрофізації.

Симптоматика

Депресивний епізод:

- знижений настрій;
- втрата інтересу до діяльності;
- втома, слабкість, уповільнення мислення;
- почуття провини, безнадії, суїцидальні думки;
- порушення сну, апетиту, лібідо;
- соматичні скарги (болі, відчуття «внутрішньої порожнечі»).

Маніакальний епізод:

- підвищений або злобно-збуджений настрій;
- пришвидшене мислення, багатослів'я;
- знижена потреба у сні;
- гіперактивність, імпульсивність, ризикована поведінка;
- підвищена самооцінка, грандіозні ідеї;
- іноді — психотичні симптоми (марення величі, параноїдні ідеї).

Лікування

- **Фармакотерапія:** антидепресанти (SSRIs, SNRIs), нормотиміки (літій, вальпроат, ламотриджин), антипсихотики другого покоління при психотичній симптоматиці.
- **Психотерапія:** когнітивно-поведінкова терапія, інтерперсональна терапія, психоосвітні програми.
- **Біологічна терапія:** електросудомна терапія (при тяжких формах), ТМС (транскраніальна магнітна стимуляція).
- **Соціальна підтримка:** стабільність, структурованість, уникання тригерів рецидиву.

Приводи для настання афективних розладів. Розлади біполярного спектру

Афективні епізоди можуть бути спровоковані як **психотравмами**, так і біологічними тригерами (нейрохімічні порушення, сезонність, гормональні зміни). Уразливими періодами є пубертат, післяпологовий період, менопауза.

Біполярний афективний розлад (БАР) — це хронічне ендогенне захворювання, що характеризується чергуванням депресивних і маніакальних (або гіпоманіакальних) фаз з періодами ремісії.

Типи БАР:

- **БАР I** – наявність повноцінних маніакальних та депресивних епізодів;
- **БАР II** – депресії чергуються з гіпоманією (легша форма піднесення без психозу);
- **Циклотимія** – хронічне коливання настрою з періодами гіпоманії й субдепресії.

БАР має високий ризик самогубств і потребує позиттивного нагляду. Важливо відрізнити БАР від уніполярної депресії – застосування антидепресантів без нормотиміків може викликати інверсію фази.

Розлади маніакального спектру

Окрім класичної манії, існує ряд станів, що належать до маніакального спектру:

- **Гіпоманія** – легша форма маніакального піднесення, без суттєвого порушення функціонування, але з підвищеним настроєм, активністю, зниженою критичністю;
- **Дисфорична манія** – поєднання збудження з дратівливістю, агресією, ворожістю;
- **Мікроманія** – короткі епізоди маніакального стану на тлі загальної нестійкості настрою;
- **Манія з психотичними симптомами** – включає марення величі, переслідування, галюцинації, потребує антипсихотичної терапії.

Маніакальні стани часто призводять до **соціальних і юридичних наслідків** – борги, небезпечна поведінка, руйнування стосунків. Нерідко після манії настає тяжка депресія (інверсія фаз), що підвищує суїцидальні ризики.

Соціокультурні аспекти афективних розладів

Афективні розлади тісно пов'язані з культурним контекстом. Їхня діагностика, перебіг, прояви й навіть сприйняття змінюються залежно від соціальних норм, економічної ситуації, традицій та стигматизації психічних захворювань.

У деяких культурах депресія проявляється переважно **соматичними симптомами** (головний біль, втома, безсоння), а не психологічними скаргами. В інших – тривога й апатія можуть інтерпретуватися як вплив «злого духа», «карми» або соціального прокляття.

Стигматизація депресії та БАР призводить до **затримки звернення за допомогою**, зниження якості життя, соціальної ізоляції. Гендерні очікування

також мають вплив: чоловіки частіше приховують депресивні симптоми через соціальний тиск щодо «емоційної стійкості».

Соціальні кризи, війна, міграція, економічна нестабільність є значущими факторами ризику для розвитку афективних розладів у цілій популяції. Саме тому психічне здоров'я має розглядатися не лише в межах індивідуальної патології, а як соціальна та культурна категорія.

Ефективна допомога потребує **культурно чутливого підходу**, психоосвітніх програм, інклюзивної медичної політики та системної інтеграції психіатрії в загальну охорону здоров'я.

ТЕМА 8. НЕРВОВА АНОРЕКСІЯ ТА БУЛІМІЯ

План:

1. Епідеміологія, поширення і детермінанти захворювання.
2. Харчові розлади поведінки.
3. Нервова анорексія.
4. Нервова булімія.
5. Лікування розладів харчової поведінки.
6. Відновлення харчування та остеопенія.
7. Результати лікування та прогноз.

Текст лекції

Нервова анорексія та булімія

Розлади харчової поведінки (РХП) є складною групою психогенних порушень, які характеризуються патологічним ставленням до їжі, ваги, зовнішності та контролю над тілом. Найвідомішими з них є **нервова анорексія** та **нервова булімія**. Ці стани мають не лише психіатричний характер, але й серйозні соматичні ускладнення, які можуть призводити до летального результату.

Епідеміологія, поширення і детермінанти захворювання

Нервова анорексія та булімія є поширеними захворюваннями, особливо серед дівчат-підлітків та молодих жінок віком від 14 до 25 років. За статистикою, нервова анорексія трапляється у 0,5–1% молодих жінок, тоді як булімія — у 1–3%. Водночас реальна поширеність значно вища, оскільки значна частина випадків не потрапляє до системи охорони здоров'я через стигму, страх перед лікуванням або недостатню обізнаність.

У чоловіків ці розлади трапляються значно рідше, але кількість випадків поступово зростає. Частіше хворіють особи з підвищеним перфекціонізмом, тривожністю, заниженою самооцінкою, а також ті, хто зазнає соціального чи медійного тиску щодо «ідеального тіла». Ризик зростає в сім'ях, де переважає надконтроль, вимогливість, або в анамнезі є депресія, тривожні розлади, сексуальне насильство.

Медіа, соціальні мережі, стандарти краси, культура фітнесу та дієт — це потужні соціокультурні детермінанти. Стигматизація тіла, булінг у школі, професії з високими вимогами до зовнішності (моделі, балерини, спортсмени) також можуть спричинити розлади харчування.

Харчові розлади поведінки

Розлади харчової поведінки – це психічні стани, які проявляються патологічними звичками або ритуалами, пов'язаними з їжею, її споживанням, контролем за вагою та тілом. Вони охоплюють широкий спектр порушень, від відмови від їжі до епізодів переїдання з наступною компенсацією. Ці розлади супроводжуються тривожними та нав'язливими думками, порушенням образу тіла, соціальною ізоляцією та емоційними порушеннями (депресія, сором, провина).

Найпоширеніші форми РХП – **нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання, орторексія** (патологічна одержимість здоровою їжею), **викликаюча блювота без переїдання**, а також змішані типи. У центрі цих розладів — тривога щодо втрати контролю над тілом, вагою і власною цінністю.

Нервова анорексія

Нервова анорексія – це серйозне психічне захворювання, яке характеризується навмисною відмовою від їжі, значною втратою ваги, страхом перед ожирінням і спотвореним сприйняттям власного тіла. Незважаючи на низьку вагу, пацієнтка часто продовжує вважати себе «товстою» і відчуває вину навіть після споживання незначної кількості їжі.

Початок хвороби зазвичай поступовий. Спочатку з'являється бажання «просто схуднути», потім – уникання певних продуктів, суворі дієти, надмірне фізичне навантаження, ритуали навколо їжі. Згодом харчування зводиться до мінімуму, виникають ендокринні порушення (аменорея у жінок), брадикардія, гіпотензія, остеопенія, випадіння волосся, анемія. Поведінка набуває obsесивного характеру.

У розпалі хвороби критика до стану майже повністю відсутня. Людина може не визнавати наявності проблеми, уникати медичної допомоги, а при спробі годування – чинити опір або навіть агресію.

Нервова булімія

Нервова булімія – це розлад, що проявляється епізодами **компульсивного переїдання** з подальшими спробами компенсувати спожите: викликання блювоти, прийом проносних або сечогінних засобів, голодування, надмірні фізичні навантаження. Вага таких пацієнтів часто знаходиться у межах норми або трохи знижена/підвищена, що ускладнює ранню діагностику.

Переїдання при булімії є неконтрольованими: за короткий час людина споживає велику кількість їжі, після чого виникає сильне почуття провини,

огиди до себе, тривоги. Цей цикл повторюється знову і знову, перетворюючись на патологічну залежність.

На відміну від анорексії, критика до стану частково зберігається, тому буліміки частіше звертаються по допомогу. Водночас вони схильні до депресій, самопошкоджень, суїцидальної поведінки. Частими ускладненнями є електролітні розлади, ерозія емалі зубів, рефлюкс, порушення шлунково-кишкової моторики.

Лікування розладів харчової поведінки

Лікування РХП – це тривалий і складний процес, який потребує мультидисциплінарного підходу: психіатра, психотерапевта, дієтолога, ендокринолога, сім'ї пацієнта.

Ключові компоненти лікування:

- **Психотерапія:** найефективнішими є когнітивно-поведінкова терапія (CBT-E), діалектична поведінкова терапія (DBT), психодинамічні підходи, системна сімейна терапія (особливо у підлітків).
- **Фармакотерапія:** антидепресанти (SSRIs – флуоксетин, сертралін) для стабілізації настрою та зниження obsесивних симптомів, нормотиміки при афективних коливаннях.
- **Харчова реабілітація:** поетапне відновлення калорійності, нормалізація ритму прийому їжі, формування здорового ставлення до їжі й тіла.
- **Медичне спостереження:** контроль соматичного стану, зокрема серцевої діяльності, електролітів, гормонального профілю.

Відновлення харчування та остеопенія

Одним із ключових компонентів відновлення при анорексії є **рефідинг** – поступове, контрольоване відновлення ваги. Занадто швидке введення їжі може викликати **рефідинг-синдром** – небезпечний метаболічний стан з гіпофосфатемією, набряками, аритміями. Тому реабілітація повинна проводитися під наглядом лікаря.

Через дефіцит естрогенів, вітаміну D і кальцію при тривалому голодуванні у хворих часто розвивається **остеопенія** або навіть **остеопороз**. Це підвищує ризик переломів, деформацій хребта, хронічного болю. Відновлення кісткової тканини вимагає гормональної терапії, прийому добавок, фізичної активності в межах можливого.

Результати лікування та прогноз

Прогноз при РХП значною мірою залежить від **ранньої діагностики, мотивації пацієнта, сімейної підтримки** та наявності коморбідних розладів. При анорексії повне одужання спостерігається приблизно у 50% пацієнтів, часткове – у 20–30%, у решти захворювання набуває хронічного перебігу. Булімія має кращий прогноз: приблизно 60–70% пацієнтів досягають ремісії.

Високий ризик рецидивів, особливо в умовах стресу або соціального тиску. Анорексія має найвищу летальність серед психічних захворювань (до 10%) – як від соматичних ускладнень, так і через самогубства.

Отже, лікування має бути не лише медичним, а й **екзистенційним, психологічним, соціальним**, спрямованим на відновлення внутрішньої цінності особистості, а не лише маси тіла.

ТЕМА 9. ПСИХОТИЧНІ РОЗЛАДИ

План:

1. Сутність поняття психотичні розлади.
2. Психологічні теорії психотичних розладів.
3. Лікування та терапія психотичних розладів..
4. Клінічні випробовування.
5. Види психотичних розладів. Симптоми.

Текст лекції

1. Сутність поняття психотичні розлади

Психотичні розлади – це група тяжких психічних захворювань, основною ознакою яких є наявність психозу — стану, що характеризується вираженим порушенням сприйняття реальності. Ключовими симптомами психозу є маячння (патологічні переконання, не піддатні логічній корекції), галюцинації (сприймання без об'єкта), розлади мислення, емоційна дезорганізація, суттєве порушення поведінки та зниження критики до власного стану.

Психотичні розлади не є синонімом шизофренії, хоч шизофренія є одним із найтипівіших прикладів. Психотичні епізоди можуть також виникати при афективних розладах, органічних ураженнях мозку, індукованих психозах, внаслідок вживання психоактивних речовин або в рамках короточасних реактивних станів. Психоз може бути гострим, епізодичним або хронічним, із варіабельним перебігом і прогнозом.

Психологічні теорії психотичних розладів

Існує кілька психологічних підходів до розуміння психотичних розладів, що зосереджуються не лише на біологічному аспекті, а й на ролі особистісних, міжособистісних та середовищних чинників.

Психодинамічна теорія (З. Фройд, М. Кляйн): психоз – це результат глибоких конфліктів між частинами психіки (Ід, Его, Супер-Его), в яких Его не здатне впоратися з напругою і вдається до «розриву з реальністю». Відмова від реального сприйняття стає механізмом захисту (наприклад, марення як спроба навести «порядок» у внутрішньому хаосі).

Когнітивні моделі: пропонують, що психотичні симптоми – результат дисфункціональної інтерпретації досвіду. Наприклад, когнітивне викривлення може призвести до формування маячних переконань або підвищеної

схильності до галюцинацій при неправильному розпізнаванні внутрішніх думок як зовнішнього голосу.

Сімейні системні теорії: (теорія подвійного зв'язку Бейтсона) вказують на важливість патологічної комунікації в родині (конфліктуючі сигнали, маніпуляція) у формуванні вразливості до психозу, особливо у підлітковому віці.

Стрес-уразливість (Diathesis-Stress Model): психоз розвивається у людей з біологічною схильністю (вразливістю), коли на них діє достатньо сильний стрес. Ця модель об'єднує біологічні та психологічні чинники і підтримує сучасну концепцію багатофакторної етіології.

Лікування та терапія психотичних розладів

Лікування психотичних розладів є комплексним і включає медикаментозну, психотерапевтичну, соціальну та реабілітаційну допомогу. Основною метою є купірування гострих симптомів, стабілізація стану та профілактика рецидивів.

Фармакотерапія:

- Першою лінією є **антипсихотичні препарати:** класичні (галоперидол, хлорпромазин) і атипові (ризперидон, оланзапін, клозапін, арипіпразол). Вони зменшують інтенсивність маячень, галюцинацій, збудження.
- **Анксиолітики, нормотиміки, антидепресанти** – за потреби, залежно від коморбідної симптоматики.
- **Антипсихотики пролонгованої дії** – для підтримуючої терапії при хронічному перебігу.

Психотерапія:

- Після стабілізації стану – **когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)** для корекції маячних переконань, соціальної дезадаптації, страхів;
- **Сімейна терапія** – робота з комунікацією, психоосвіта, запобігання рецидивам;
- **Реабілітаційна терапія** – відновлення функціонування, розвиток навичок повсякденного життя, трудотерапія.

Психосоціальна підтримка: індивідуальний супровід, групи підтримки, захист прав, інтеграція в спільноту – критичні компоненти тривалого відновлення.

Клінічні випробовування

Клінічні випробовування у сфері психотичних розладів зосереджуються на пошуку нових ефективних і безпечних засобів впливу на позитивні (марення, галюцинації), негативні (афективна згладженість, апатія) та когнітивні симптоми психозу. Сучасні напрями включають:

- **Дослідження нових антипсихотиків** – із селективною дією на рецептори (наприклад, D3, 5-HT2A), що знижують ризик метаболічних і екстрапірамідних побічних ефектів;
- **Розробка психотерапевтичних протоколів** для осіб із високим ризиком розвитку психозу (ARMS);
- **Тестування цифрових інтервенцій** – мобільні застосунки, телемедицина, тренування когніцій;
- **Генно-терапевтичні та біомаркерні дослідження**, що відкривають перспективи раннього виявлення та персоналізованого лікування.

Випробовування часто проводяться відповідно до стандартів GCP (Good Clinical Practice), із залученням контрольних груп і сліпого дизайну. Етичність, поінформована згода та оцінка ризиків є ключовими критеріями.

Види психотичних розладів. Симптоми

До психотичних розладів, за МКХ-10 та DSM-5, належать:

- **Шизофренія** – хронічний розлад з маяченням, галюцинаціями, дезорганізованим мисленням, емоційним згладжуванням і соціальною дезадаптацією.
- **Шизоафективний розлад** – поєднання афективної симптоматики (депресія, манія) з психотичними проявами.
- **Короткочасний психотичний розлад** – психоз тривалістю до 1 місяця, часто реактивного характеру.
- **Індукований психоз (фоллі-а-дю)** – передача маячних ідей від однієї людини до іншої в тісному емоційному зв'язку.
- **Психоз, індукований психоактивними речовинами** – галюцинації, марення, агресія після вживання ЛСД, амфетамінів, канабісу тощо.
- **Органічний психоз** – наслідок травм, пухлин, епілепсії, нейроінфекцій.

Класичні симптоми:

- **Маячення** – систематизовані або фрагментарні ідеї, що не відповідають дійсності (переслідування, впливу, величі).
- **Галюцинації** – найчастіше слухові, рідше зорові, нюхові, тактильні.
- **Дезорганізоване мислення** – неструктурованість, асоціативна розірваність, інкогерентність.
- **Негативна симптоматика** – зниження ініціативи, емоційна згладженість, апатія, соціальна ізоляція.
- **Порушення поведінки та критики** – незвичайні або небезпечні дії, відмова від лікування, відчуття відстороненості від реальності.

ТЕМА 10. НЕЙРОКОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ

План:

1. Сутність поняття нейрокогнітивні розлади.
2. Деменція, делірій, амнестичний та інші когнітивні розлади.
3. Судинний нейрокогнітивний розлад.
4. Основний когнітивний розлад та незначний нейрокогнітивний розлад.
5. Хвороба Альцгеймера.
6. Нейрокогнітивний розлад з тілами Льюї.

Текст лекції

Сутність поняття нейрокогнітивні розлади

Нейрокогнітивні розлади – це група клінічних станів, що виникають унаслідок порушення структури або функції мозку й проявляються зниженням пізнавальних здібностей, які були раніше сформовані. До таких здібностей належать пам'ять, увага, мова, орієнтація, сприймання, мислення та виконавчі функції. Нейрокогнітивні розлади є не лише ознакою старіння — вони можуть виникати в будь-якому віці через травми, інфекції, судинні ураження або нейродегенеративні процеси.

Важливим є те, що ці розлади не є вродженими чи розвитковими, як розлади нейропсихічного спектра (наприклад, аутизм), а набутими — вони виникають після періоду нормального функціонування мозку. За міжнародними класифікаціями, нейрокогнітивні порушення поділяються на **незначні** та **значні** (деменція), залежно від ступеня впливу на самостійне життя людини.

Деменція, делірій, амнестичний та інші когнітивні розлади

Деменція – це прогресуюче, хронічне зниження когнітивної функції, що порушує повсякденну активність. Вона охоплює зниження пам'яті, мислення, мови, орієнтації, здатності до прийняття рішень. При деменції зберігається свідомість, але пацієнт поступово втрачає автономність. Характерна для хвороби Альцгеймера, судинної деменції, лобно-скроневих дегенерацій.

Делірій – це гострий, оборотний стан дезорганізації свідомості з порушенням уваги, сприйняття, мислення та біологічного ритму. Зазвичай делірій виникає раптово, триває кілька днів і супроводжується галюцинаціями, дезорієнтацією, психомоторним збудженням або загальмованістю. Часто є ускладненням соматичних хвороб, операцій, інтоксикацій у пацієнтів похилого віку.

Амнестичні розлади – це порушення пам'яті (антероградної або ретроградної) без суттєвих змін інших когнітивних функцій.

Приклади – синдром Корсакова (внаслідок алкоголізму, дефіциту тіаміну) або транзиторна глобальна амнезія. Ці стани ускладнюють щоденне життя, але не завжди призводять до інвалідності.

Інші когнітивні розлади включають розлади мовлення (афазії), орієнтації (топографічна дезорієнтація), сприймання (агнозії), моторного планування (апраксії). Усі вони можуть бути ізольованими або частиною деменції.

Судинний нейрокогнітивний розлад

Судинний нейрокогнітивний розлад – це стан, що виникає внаслідок ішемічного або геморагічного ураження мозку. Причинами є інсульт, мікроінфаркти, церебральний атеросклероз, гіпертонічна енцефалопатія. Цей тип деменції є другим за частотою після хвороби Альцгеймера.

Клінічно він проявляється поступовим або ступінчастим погіршенням пам'яті, уваги, сповільненням мислення, лабільністю емоцій. Часто спостерігаються неврологічні симптоми: порушення координації, асиметрія, розлади мови. Відмінною особливістю є залежність проявів від локалізації судинного ураження. Раннє виявлення та контроль артеріального тиску, глюкози, ліпідів здатні сповільнити прогрес захворювання.

Основний когнітивний розлад та незначний нейрокогнітивний розлад

За DSM-5, нейрокогнітивні розлади поділяються на **незначні (minor)** і **значні (major)**. Цей поділ важливий для диференціації ступеня впливу на щоденну діяльність пацієнта.

Незначний нейрокогнітивний розлад – це легке зниження когнітивних функцій, яке не призводить до втрати незалежності. Людина може ще самостійно функціонувати, але відчуває труднощі з концентрацією, плануванням, запам'ятовуванням нової інформації. Цей стан часто передую деменції та потребує моніторингу.

Основний (значний) нейрокогнітивний розлад – це стан, коли когнітивний дефіцит значно порушує повсякденну діяльність, вимагає сторонньої допомоги. Це класична деменція. Такий розлад ускладнює соціальні контакти, гігієну, харчування, контроль безпеки.

Визначення ступеня розладу допомагає підібрати відповідне лікування, обсяг нагляду, правову підтримку (опікунство, захист майнових прав).

Хвороба Альцгеймера

Хвороба Альцгеймера – це найпоширеніша форма деменції, що вражає близько 60–70% пацієнтів із значними нейрокогнітивними розладами. Це первинне дегенеративне захворювання кори головного мозку, пов'язане з відкладенням бета-амойдних бляшок і тау-білків, які призводять до нейрональної загибелі.

Початок поступовий: зниження короткочасної пам'яті, труднощі у пошуку слів, дезорієнтація в часі. Згодом порушуються логічне мислення, впізнавання облич, планування дій. На пізніх стадіях пацієнт утрачає мовлення, контроль за сечовипусканням, не впізнає близьких. Психічні симптоми – збудження, марення, галюцинації – часто ускладнюють перебіг.

Хоча вилікувати хворобу Альцгеймера неможливо, існують засоби для сповільнення прогресу: інгібітори ацетилхолінестерази (донепезил, ривастигмін), мемантин, підтримка оточення, когнітивні тренування. Останніми роками досліджуються біомаркери (CSF, ПЕТ) для ранньої діагностики та таргетної терапії.

Нейрокогнітивний розлад з тілами Леві

Цей тип деменції пов'язаний із відкладенням патологічного альфа-синуклеїну в нейронах (тіла Леві), що схоже на хворобу Паркінсона. Хвороба характеризується коливанням когнітивних функцій, зоровими галюцинаціями, порушенням уваги, руховими симптомами та гіперчутливістю до антипсихотиків.

Пацієнти можуть виглядати функціонально збереженими протягом години, а наступного моменту – дезорієнтованими. Часто виникає «заморожений» погляд, сповільнення ходи, паркінсонізм. При цьому ранні зорові галюцинації мають яскравий, деталізований характер.

На відміну від Альцгеймера, пам'ять у початкових стадіях збережена. Діагностика ґрунтується на клініці, МРТ, ПЕТ, дослідженнях сну (REM-порушення). У лікуванні важлива обережність із антипсихотиками – вони можуть спричинити погіршення. Мемантин і холіноміметики мають відносну ефективність.

ТЕМА 11. СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ

План:

1. Травматичні ситуації та фази психічного реагування на травму.
2. Причини виникнення ПТСР. Основні симптоми та клінічні прояви ПТСР.
3. Невротичні та патохарактерологічні синдроми, характерні для ПТСР.
4. Стадії розвитку ПТСР.
5. Види та рівні важкості ПТСР.
- 6 Критерії діагностики ПТСР за МКХ та DSM. Б
7. Базові принципи психологічної та психотерапевтичної роботи з особами із ПТСР.

Текст лекції

Травматичні ситуації та фази психічного реагування на травму

Травматичні ситуації – це події, що порушують базове відчуття безпеки людини, перевищують її здатність до адаптації й супроводжуються відчуттям безпорадності, страху або жаху. Вони можуть мати як одиничний (бойові дії, аварія, згвалтування), так і хронічний характер (довготривале насильство, воєнне життя, утрата близьких).

Психічне реагування на травму зазвичай має кілька фаз. У першій — гострій фазі – активуються механізми стресової відповіді: виникає шок, дезорієнтація, емоційне оціпеніння або гіперактивація. Наступна фаза – реактивна – супроводжується яскравими емоційними реакціями (тривога, гнів, провина), спробами осмислення події. У фазі адаптації формується новий рівень інтеграції пережитого. У разі патологічного перебігу процес не досягає завершення, і симптоми фіксуються у вигляді ПТСР.

Причини виникнення ПТСР. Основні симптоми та клінічні прояви ПТСР

ПТСР виникає внаслідок дії надзвичайно травматичної події, яка перевищує здатність людини до психологічної обробки та інтеграції. Найчастіше причинами є:

- бойові дії;
- насильство або сексуальне посягання;
- катастрофи (природні, техногенні);
- **ДТП;**
- утрата близьких;
- медичні кризи (реанімація, тяжкі діагнози).

Основні симптоми ПТСР групуються у кілька кластерів. Перший – це симптоми повторного переживання (флешбеки, нав'язливі спогади, кошмари). Другий – уникнення: пацієнт намагається уникати нагадувань про травму, людей, місць, розмов. Третій – порушення збудження: гіпервиготовленість, дратівливість, проблеми зі сном, труднощі концентрації. Також часто присутні симптоми емоційної оціпенілості, відчуження, втрати сенсу життя, провини вцілілого.

Клінічні прояви можуть бути маскованими – у вигляді соматичних скарг, депресії, залежностей, тривожних розладів.

Невротичні та патохарактерологічні синдроми, характерні для ПТСР

ПТСР часто супроводжується невротичними та патохарактерологічними проявами. До невротичних синдромів належать генералізована тривога, істеричні реакції, фобії, соматоформні розлади. Часто виникає obsesивна симптоматика — нав'язливі думки про подію, ритуали, пов'язані із захистом від повторення травми.

У структурі особистості можуть формуватися патохарактерологічні зміни: посилення емоційної холодності, дратівливість, ригідність мислення, підвищений контроль, цинізм, уникнення близькості. У деяких випадках формується вторинна вигідна позиція «жертви» або – навпаки – гіперідентифікація з агресором (перетворення на агресивну, контролюючу особу).

Стадії розвитку ПТСР

ПТСР зазвичай розвивається поетапно. У гострій стадії (до 1 місяця) присутні шок, дезорганізація, флешбеки. Якщо симптоми зберігаються понад місяць, формується класичний ПТСР. У хронічній формі (більше 3 місяців) симптоми можуть бути стертими, маскованими, поєднуватися з депресією, адикціями, соціальною ізоляцією.

Іноді виникає **відстрочений ПТСР**, коли симптоми проявляються через кілька місяців або навіть років після травми. Також описують **комплексний ПТСР**, який формується внаслідок тривалого насильства чи воєнного досвіду та включає глибокі особистісні зміни, труднощі з регуляцією емоцій, дисоціацію.

Види та рівні важкості ПТСР

ПТСР поділяють за ступенем важкості на:

- легкий (епізодичні флешбеки, порушення сну, збережене функціонування);
- середній (регулярні нав'язливі симптоми, значне погіршення адаптації);
- тяжкий (дезадаптація, інвалідизація, психотичні симптоми, суїцидальні спроби).

За типом перебігу ПТСР буває гострий, хронічний, відстрочений і складний (комплексний). Комплексний ПТСР супроводжується тяжкими порушеннями особистості, міжособистісних стосунків, стійким почуттям сорому, провини, порожнечі.

Критерії діагностики ПТСР за МКХ та DSM

За **МКХ-10**, діагноз ПТСР встановлюється за наявності:

- події катастрофічного характеру;
- повторного переживання травми (спогади, сни, флешбеки);
- уникнення нагадувань;
- тривалого підвищеного збудження;
- початку симптомів протягом 6 місяців після події.

У **МКХ-11** виділяється також **комплексний ПТСР**, що включає дисоціацію, труднощі у регуляції емоцій, міжособистісних зв'язках.

DSM-5 висуває чотири групи критеріїв:

1. травматичний фактор (наявність події);
2. симптоми повторного переживання;
3. уникнення;
4. зміни в когнітивній сфері та настрої;
5. гіперактивація.

Симптоми мають тривати понад місяць і викликати клінічно значуще погіршення функціонування.

Базові принципи психологічної та психотерапевтичної роботи з особами із ПТСР

Робота з ПТСР потребує делікатного, етапного та структурованого підходу. На першому етапі важливо стабілізувати пацієнта: відновити базове почуття безпеки, зменшити фізіологічне збудження, сформувати довірливий терапевтичний альянс. Використовуються техніки заземлення, тілесно-орієнтована терапія, ресурсування, психоосвіта.

На наступному етапі можливе поступове опрацювання травматичного досвіду через експозицію, десенситизацію або когнітивну реінтерпретацію. Застосовуються методи EMDR (десенситизація через рух очей), когнітивно-поведінкова терапія, наративна терапія, травмофокусована терапія.

Фінальний етап включає інтеграцію досвіду, формування нового сенсу, відновлення соціальних зв'язків, ідентичності та ресурсних стратегій. Робота із ПТСР також передбачає включення сім'ї, навчання навичкам саморегуляції, профілактику рецидивів. Важливо уникати ретравматизації, працювати в темпі клієнта та дотримуватись етичних принципів підтримки.

Лікування ПТСР – це тривалий процес, що вимагає поєднання психотерапії, фармакології (антидепресанти, анксіолітики) та соціальної підтримки. Емпатія, стабільність і спеціалізоване знання – ключові інструменти фахівця.

ТЕМА 12. РОЗЛАДИ, ОБУМОВЛЕНІ ВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН (АДИКТИВНА ПОВЕДІНКА)

План:

1. Психологія адиктивної поведінки як міждисциплінарна галузь наукового знання.
2. Групи різновидів адиктивної поведінки.
3. Концептуальні моделі походження залежної поведінки.
4. Поняття про поведінкову норму і патологію.
5. Підходи до оцінки поведінкової норми, патології і девіацій.
6. Фактори розвитку адиктивної поведінки.

Текст лекції

Психологія адиктивної поведінки як міждисциплінарна галузь наукового знання

Психологія адиктивної поведінки – це міждисциплінарна галузь, що вивчає закономірності формування, підтримки та наслідків поведінки, пов'язаної із залежністю від психоактивних речовин або повторюваних деструктивних дій. Вона поєднує знання з клінічної психології, психіатрії, нейропсихології, соціології, біології та кримінології.

Адиктивна поведінка розглядається як результат складної взаємодії біологічних, психологічних та соціокультурних чинників, що призводить до втрати контролю над поведінкою, зміщення мотиваційного поля, спотворення системи цінностей і посилення залежності від зовнішніх або внутрішніх стимулів. У сучасному підході залежність вважається не лише особистісним або моральним дефектом, а хронічним рецидивуючим розладом з неврологічними й психологічними компонентами.

Групи різновидів адиктивної поведінки

Адиктивна поведінка має багато проявів, які умовно можна поділити на дві великі групи:

- **Хімічні (субстанційні) адикції:** алкогольна залежність, наркоманія (опіати, стимулятори, канабіноїди, ЛСД тощо), нікотинова залежність, залежність від медичних препаратів.
- **Нехімічні (поведінкові) адикції:** ігрова залежність (лудоманія), інтернет-адикція, шопоголізм, харчові залежності (компульсивне переїдання, булімія), трудовголізм, сексуальні залежності, фанатичне захоплення фітнесом (бигорексія), залежність від соціальних мереж.

Обидва типи адикцій мають спільні механізми: компульсивність, порушення контролю, патологічне підкріплення, психологічна регресія, соціальна ізоляція.

Концептуальні моделі походження залежної поведінки

Існує декілька моделей, які пояснюють виникнення адиктивної поведінки.

Біомедична модель розглядає залежність як результат нейробіологічних змін у мозку, насамперед у дофамінергічних шляхах. Вживання психоактивних речовин викликає посилення викиду дофаміну, що формує патологічну систему винагороди.

Психоаналітична модель інтерпретує адикцію як регресивний спосіб подолання внутрішнього конфлікту, нездатності переносити тривогу чи фрустрацію, а також як симптом незавершених психосексуальних фаз розвитку.

Когнітивно-поведінкова модель акцентує на ролі викривлених переконань (наприклад, «мені потрібно випити, щоб розслабитися»), недорозвинених навичках подолання стресу, автоматизованих тригерних реакціях.

Системно-сімейна модель бачить залежність як симптом дисфункціональної родинної динаміки, де адикція виконує роль «стабілізатора» системи.

Соціальна модель підкреслює вплив мікросоціального середовища (друзі, культура, ЗМІ, доступ до речовин), соціальної маргіналізації, травматизації та відсутності ресурсів.

Усі ці моделі взаємодоповнюють одна одну й формують сучасний багатовимірний підхід до розуміння та лікування залежностей.

Поняття про поведінкову норму і патологію

Поведінкова норма – це сукупність соціально схвалених, культурно обумовлених і психологічно прийнятних моделей поведінки, що сприяють адаптації особистості в суспільстві. Норма не є сталим абсолютom — вона варіює залежно від культурного контексту, історичного періоду, віку, статі та соціального статусу.

Патологія поведінки — це відхилення, які призводять до дезадаптації, порушення внутрішньої гармонії, неможливості задовольнити базові потреби конструктивним способом. У контексті адиктивної поведінки патологією є нав'язливе, саморуйнівне прагнення до певного стану або дії з втратою самоконтролю.

Межа між нормою й патологією часто нечітка. У багатьох випадках патерни починаються як варіанти норми, але поступово набувають компульсивного, деструктивного характеру.

Підходи до оцінки поведінкової норми, патології і девіацій

Існує кілька підходів до визначення норми та патології поведінки:

- **Статистичний підхід:** поведінка є нормальною, якщо вона відповідає середньому в популяції. Всі крайні значення вважаються девіацією.
- **Соціокультурний підхід:** норма визначається суспільством, його цінностями та очікуваннями. Девіація – це відхилення від загальноприйнятих стандартів.
- **Клінічний підхід:** поведінка вважається патологічною, якщо вона порушує психічне здоров'я, викликає суб'єктивні страждання або соціальну дезадаптацію.
- **Особистісний підхід:** фокус на індивідуальному потенціалі, внутрішній цілісності, автентичності. Девіація тут – неузгодженість поведінки з власними цінностями.

У діагностиці адикцій важливо враховувати всі ці підходи, особливо баланс між особистісним вибором і впливом патологічного стану на функціонування.

Фактори розвитку адиктивної поведінки

Розвиток залежної поведінки є багатофакторним процесом, у якому взаємодіють:

- **Біологічні фактори:** генетична схильність, особливості нейрохімії, темпераменту (імпульсивність, гіпореактивність до стресу).
- **Психологічні фактори:** низька самооцінка, тривожність, депресивні риси, труднощі з емоційною регуляцією, дефіцит копінг-навичок, дитячі психотравми.
- **Сімейні фактори:** дисфункціональна родина, надмірний контроль або емоційна відстороненість, досвід насильства, залежність у батьків.
- **Соціальні фактори:** груповий тиск, ізоляція, стигма, бідність, втрата сенсу життя, кризи соціальної ідентичності.
- **Культурні й медійні фактори:** романтизація вживання, гламуризація адикції, нормалізація саморуйнування.

Розуміння цих факторів є основою для формування профілактичних стратегій, раннього виявлення ризику, психоосвіти та ефективного втручання. Адиктивна поведінка – це не лише індивідуальна проблема, а й прояв ширших соціокультурних процесів.

ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Блажко О. В., Візнюк Л. В., Герасименко Т. М. Клінічна психіатрія : підручник. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. С. 128–175, 203–236.
2. Карабін Л. М., Іванюк О. І. Психічне здоров'я: сучасні виклики і стратегія реагування. — Львів : ЛНУ ім. Івана Франка, 2019. С. 79–118.
3. Козловець М. М., Пшенична С. Я. Нейропсихіатрія: сучасні підходи до лікування деменцій та нейрокогнітивних розладів. Київ : Книга плюс, 2021. С. 61–117.
4. Кочубей Т. І., Гаврилюк О. П. Когнітивні розлади: діагностика, профілактика, терапія. Тернопіль : Укрмедкнига, 2020. С. 45–96.
5. МОЗ України, Український НПЦ психіатрії. Методичні рекомендації з надання психологічної допомоги під час війни. 2022. С. 5–48.
6. Петренко Т. В., Князєв В. О. Психологія залежностей та адиктивна поведінка : навчальний посібник. Львів : Літопис, 2022. С. 53–140.
7. Чабан О. С., Пшук Н. Г. Посттравматичний стресовий розлад: сучасна клініка, діагностика і лікування. Київ : Здоров'я, 2020. С. 21–88.

Додаткова:

1. Американська психіатрична асоціація. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 : 5-е вид. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2013. С. 265–290, 585–600.
2. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva : WHO, 2019. Розділи 06, 07, 08.
3. Anderson I. M., Haddad P. M., Scott J. Bipolar disorder. Oxford : Oxford University Press, 2017. P. 33–67.
4. Kring A. M., Johnson S. L., Davison G. C., Neale J. M. Abnormal Psychology : 14th ed. Hoboken : Wiley, 2021. P. 423–488 (psychotic disorders), 322–370 (anxiety & trauma).
5. Volkow N. D., Koob G. F., McLellan A. T. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction // New England Journal of Medicine. 2016. Vol. 374, No. 4. P. 363–371.
6. World Health Organization. Management of substance abuse: WHO guidelines. Geneva : WHO Press, 2018. Ch. 2–5.
7. Herman J. L. Trauma and Recovery. New York : Basic Books, 2015. P. 1–66, 143–215.

Інформаційні ресурси

1. ICD-11 – Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (ВООЗ)
URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
2. DSM-5 – Критерії діагностики Американської психіатричної асоціації
URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
3. World Health Organization – Mental Health Resources
URL: <https://www.who.int/health-topics/mental-health>
4. National Institute of Mental Health (NIMH, США)
URL: <https://www.nimh.nih.gov>
5. National Center for PTSD – Department of Veterans Affairs (США)
URL: <https://www.ptsd.va.gov>
6. PubMed Central – Наукові публікації в галузі медицини та психіатрії
URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>
7. Ukrainian Psychiatric Association – Українська асоціація психіатрів
URL: <https://ukrpsychiatry.org.ua/>
8. European Psychiatric Association (EPA)
URL: <https://www.europsy.net>
9. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, США)
URL: <https://www.samhsa.gov>
10. Національна служба здоров'я України – Розділ з психічного здоров'я
URL: <https://nszu.gov.ua>
11. Український НПЦ психіатрії МОЗ України – Офіційний сайт
URL: <https://upc.org.ua>