

А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков

ДІАГНОСТИЧНИЙ ПРОЦЕС У ПСИХІАТРІЇ

Полтава – 2012

УДК 616.89-008.12-064.77

ББК

Рекомендовано до друку Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України як навчально-методичний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації та лікарів-інтернів. Протокол № 1 від 12.03.2012р. засідання Комісії з медицини науково-методичної ради з питань освіти МОНмолодьспорту України.

Рецензенти:

завідувач кафедри психіатрії і медичної психології Донецького державного медичного університету, доктор мед.наук, професор Абрамов Володимир Андрійович

завідувач кафедри психіатрії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, доктор мед. наук, професор Козідубова Валентина Михайлівна

А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков

Діагностичний процес у психіатрії

Полтава, 2012. – 128 с.

ISBN №

У навчально-методичному посібнику представлені теоретичні основи діагностичного процесу в психіатрії. Викладені сучасні погляди на етику та деонтологію діагностичного процесу в психіатрії, проаналізовані різноманітні аспекти міжособистісної взаємодії лікаря і пацієнта, колег в межах медичного колективу, що є актуальним і необхідним для професійного вдосконалення лікарів різного профілю.

Для лікарів-інтернів з фаху психіатрія, магістрів, клінічних ординаторів, аспірантів, сімейних лікарів і студентів медичних ВУЗів.

XXXXXXXXXX

C-----

Скрипніков Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков

XXXXxXXx

ББК

© А.М.

ISBN №

ВСТУП

Головною метою клінічної медицини є забезпечення високого рівня діагностики та лікування. Лікар має досконало володіти спостереженням, бесідою, експериментальним дослідженням. Але кожен з розділів клінічної медицини має свої специфічні особливості роботи з пацієнтом, ігнорування яких призводить до погіршення кінцевих наслідків. Відповідальність за здоров'я хворого - головний моральний обов'язок лікаря, людини, якій пацієнт довіряє своє здоров'я і благополуччя, натомість очікуючи на професійність, порядність і принциповість.

Виходячи з вищезначеного, метою даного навчального посібника є: допомога навчанню лікарів-інтернів, магістрів, клінічних ординаторів, аспірантів, підвищення їх рівня професійного спілкування із хворими що мають психічні розлади, формування клінічного мислення щодо перебігу патологічного процесу, вдосконалення навичок написання історії хвороби з урахуванням специфіки психіатричної клініки.

Відомо, що існує загальна стандартизована схема обстеження та реєстрації отриманих даних в клінічній історії хвороби, але при вивченні психіатрії лікарі-інтерни зустрічаються з низкою труднощів, зумовлених певною відокремленістю термінології предмета від інших терапевтичних дисциплін та різним викладанням матеріалу в окремих посібниках. Передусім, це стосується суто психіатричних розділів: анамнестичних (суб'єктивних та об'єктивних) даних, психічного статусу, спеціальних додаткових обстежень, лікування та ін. Тому, розробляючи посібник, ми прагнули запобігти подібним помилкам шляхом послідовного та розгорнутого викладення матеріалу з curaції хворих психіатричного профілю.

Вважаємо, що вивчення лікарями-інтернами, магістрами, клінічними ординаторами, аспірантами медичних факультетів з фаху психіатрія наведених в даному посібнику методів обстеження, надасть можливість вдосконалення оволодіння навичками курації та діагностичного процесу.

Глава 1

ТЕОРЕТИЧНІ КОНЦЕПЦІЇ ДІАГНОСТИКИ

Розпізнавання захворювання є одним з основних етапів професійної діяльності лікаря будь-якої спеціальності. Саме ця форма інтелектуальної роботи медика називається *клінічним мисленням*, а розвинене клінічне мислення досвідченого фахівця є одним з найважливіших компонентів майстерності лікаря. Це положення знайшло своє відображення у роботах видатних лікарів античності: «Que bene diagnoscit bene curat» - «Хто добре діагностує, той добре лікує».

Діагноз - лікарський висновок про суть хвороби та стан хворого, який відображається у загальноприйнятій медичній термінології та базується на всебічному систематичному обстеженні.

Варто розрізняти медичний і медико-психологічний діагноз.

Медичний діагноз фокусується на формальному віднесенні видимої психологічної проблеми до конкретної таксономічної одиниці загальноприйнятої системи класифікації. Таким чином, правильне визначення назви розладу автоматично визначає можливе коло його причин і відповідні можливості впливу на них за допомогою специфічного лікування.

Медико-психологічний діагноз - являє собою психологічний аналіз проблеми, опис особливостей поведінки, думок і почуттів, характерних для того або іншого психічного розладу.

Термін "діагноз" має два різних значення, що може викликати плутанину.

Таксономічний діагноз фокусується на формальному віднесенні випадку до конкретної категорії із системи класифікації захворювань.

Діагноз аналітичний передбачає вивчення проблем індивіда для розуміння їх природи з метою вибору методів терапії та оцінки результатів.

Всебічне розуміння окремого пацієнта і його оточення як унікальної сутності називається *ідеографічним* діагнозом, на протиположності до *нормотетичного* діагнозу, що підкреслює загальні висновки, справедливі щодо широких груп людей. Знання загальних принципів психологічного обстеження, нормального і аномального розвитку людини, специфіки психічних розладів дозволяє отримати ряд більш досконалих гіпотез для перевірки на ідеографічному рівні.

Сучасний діагноз має відповідати цілому ряду вимог. Насамперед він має бути загальнозрозумілим і в той же час індивідуальним у кожному конкретному випадку, відображаючи особливості перебігу захворювання й особливості особистості хворого. Він формулюється таким чином, щоб відображати основні елементи захворювання, відповідати вимогам лікарської експертизи, медичної статистики та містити вказівку на прогноз захворювання.

У діагностиці можна виділити два протилежних підходи: *пояснюючий* і *розуміючий*.

Принцип *пояснення* ґрунтується на зрозумілості або незрозумілості для стороннього спостерігача поведінки людини та особливостей її психічної діяльності, базуючись на нозологічній парадигмі діагностики. Розуміючий підхід пов'язаний з описово-феноменологічною парадигмою. У нозологічній парадигмі психолог спирається на загальні висновки, справедливі щодо широких груп людей. В описово-феноменологічній парадигмі він наголошує на унікальній ситуації розвитку конкретного випадку.

Нозологічна парадигма пропонує розглядати психічну діяльність як набір процесів, кожен з яких тісно пов'язаний з певним морфо-функціональним

субстратом. За кожним психічним станом стоїть конкретний біологічний процес. Таким чином, ознаки порушень психічної діяльності об'єктивні за своїм походженням і відображають цілком конкретні порушення морфо-функціональної основи. Отже, розпізнавання за окремими ознаками прихованого органопатологічного процесу дозволяє визначати суть і причини даного розладу. Нозологічний підхід змушує лікаря і клінічного психолога бачити в незвичній психічній діяльності насамперед зовнішні симптоми прихованої патології. Питання ж співвідношення норми й патології зі сфери психічного переноситься в область біологічного.

Описово-феноменологічна парадигма медико-психологічного дослідження не дотримується чіткого розмежування нормальної і порушеної психічної діяльності (або поведінки). Тут істотне значення для діагностики мають цілісні суб'єктивні переживання пацієнта і його власні трактування свого стану. Феноменологічно орієнтоване медико-психологічне дослідження спирається на чотири основних принципи: принцип розуміння, принцип епохе (утримання від судження), принцип неупередженості й точності опису та принцип контекстуальності.

Принцип розуміння - аналіз суб'єктивного змісту, що пацієнт вкладає в ті або інші феномени, які нам здаються дивними, ненормальними. Той самий зовнішній феномен після акту розуміння може бути названий аутизмом або інтроверсією, амбівалентністю або нерішучістю, резонерством або демагогією.

Принцип епохе припускає, що необхідно абстрагуватися від синдромального мислення й не намагатися укласти емпіричні феномени в нозологічні рамки.

Принцип неупередженості й точності опису полягає у вимозі виключити будь-які властиві діагностові суб'єктивні інтерпретації стану

пацієнта з позицій власного життєвого досвіду, моральних установок і інших оціночних категорій. Також він передбачає ретельний підбір слів для опису стану пацієнта.

Принцип контекстуальності передбачає, що феномен не існує ізольовано, а є частиною загального сприйняття й розуміння людиною навколишнього світу і самої себе. Контекстуальність дозволяє визначити місце дії, адекватність умовам та усвідомлення пацієнтом того або іншого психічного феномену.

Глава 2

ЕТАПНІСТЬ ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

Діагностичний процес — це процес розрізнення норми й патології, що проводиться через аналіз різної інформації про розвиток і життя людини з метою зробити висновки про природу наявної проблеми.

Існують універсальні логічні схеми (алгоритми) побудови діагностичного процесу. У найбільш загальному вигляді діагностичний пошук складається із трьох взаємозалежних етапів: встановлення попереднього, клінічного й остаточного діагнозів.

На першому етапі, при встановленні *попереднього діагнозу*, на підставі зібраних скарг і результатів об'єктивного обстеження виділяються симптоми, з яких шляхом їх патогенетичного групування формуються синдроми. Дані анамнезу хвороби й життя дозволяють знайти індивідуальні особливості й динаміку їх розвитку, що орієнтує діагноста на конкретне захворювання.

Повинна бути проаналізована кожна скарга з метою диференціації того стану, який став причиною розладу. Як відомо, за кожною скаргою потенційно стоїть велике різноманіття патологічних станів. Наприклад, біль у грудній клітині може бути обумовлений ураженням серця, судин, легень, опорно-рухового апарату, м'язів, нервових сплетінь. «Головна», на погляд хворого, скарга, не завжди дійсно є провідною, а от скарги, які під час опитування пацієнта лишилися осторонь, можуть визначати діагноз. Тому необхідне повне опитування хворого про всі незвичайні прояви.

При описі інтенсивності, частоти й глибини проблем необхідно зробити висновок про те, якою мірою функція надмірна або недостатня, при яких обставинах вона може перерости в проблему і яка тривалість цих проявів. Деякі проблеми мають транзиторний характер і й зникають самі, у той час як

інші зберігаються довгий час. Тривалість дисфункції, подібно частоті й інтенсивності, повинна бути розглянута в розрізі норм для даного віку. І, нарешті, необхідно скласти повну картину різних симптомів і їхню конфігурацію.

Проста й широко вживана форма викладу результатів обстеження називається "ПКН обстеження" (від перших букв трьох основних її складових):

П – передумови, події, що безпосередньо передують появі порушень психічної діяльності.

К – клініка, безпосередні психічні порушення.

Н - наслідки порушень психічної діяльності.

Іноді можна отримати підтвердження або спростування гіпотези досить простим способом: досить поміняти місцями причини й наслідки виявлених порушень і подивитися, чи модифікувались поведінка й психічна діяльність.

До медико-психологічних компонентів першого етапу діагностики відносяться:

- *опис* проблеми або розладу - головні й супутні ознаки, ступінь виразності (тривалість, інтенсивність, частота виникнення й глибина проблеми), обставини, при яких відбувається виникнення або загострення патологічного стану, відмінності від поведінки та емоцій інших людей того ж віку, статі й соціального статусу;

- *формальна класифікація* проблеми або розладу - визначення типу, постановка формального діагнозу;

- *пояснення* можливих причин або умов виникнення проблеми або розладу;

- *прогноз* розвитку проблеми чи розладу - формулювання припущень про розвиток патологічного стану в певних обставинах;

- *планування й оцінка терапії* дозволяє скласти подальший план дій і потім оцінити їх ефективність у процесі порівняння оцінки до початку, і після закінчення терапевтичних впливів.

Лікар, таким чином, висловлює попередню думку про стан здоров'я пацієнта, що формулюється в стандартних медичних термінах.

Другим етапом є встановлення *клінічного діагнозу*. За допомогою додаткових методів дослідження діагност заглиблюється в суть патологічного процесу, виявляє його індивідуальні особливості, коригує або уточнює попередній діагноз. Проводиться диференційна діагностика - найбільш складний елемент діагностичного процесу, що базується на найважливіших операціях мислення - порівнянні, узагальненні та класифікації, відбиваючи рівень клінічного мислення лікаря. Хвороба як явище динамічна: на кожній стадії її розвитку по-різному проявляються захисні фізіологічні й деструктивні патологічні явища, і тому в клінічній картині можуть зустрічатися симптоми й синдроми транзиторного характеру, більш характерні саме для даної стадії хвороби. На цьому етапі знову перевіряється правильність діагнозу, що уточнюється, доповнюється й переглядається на якісно новому рівні.

Остаточний діагноз формулюється на третьому етапі діагностичного пошуку. Іноді він спирається на ефект від призначеного лікування - діагностика «ex juvantibus» (через лікування). Залежно від результату терапії, установлений діагноз підтверджується (повне або часткове одужання), доповнюється спостереженням за пацієнтом у ремісії (неможливість повного одужання при хронічній патології), або уточнюється патологоанатомічним дослідженням (якщо хворий помирає). Завершальний етап діагностичного процесу характеризується переходом від діагнозу хвороби до діагнозу пацієнта.

Варто пам'ятати, що загальна діагностична схема не може в незмінному вигляді застосовуватися в практичній діяльності завжди, оскільки у кожного окремого пацієнта хвороба протікає по-своєму атипово, з відмінностями від усередненого, абстрактного її опису.

Основні елементи, якими оперується лікар у процесі діагностики - це симптоми, синдроми та нозологічні форми. Використання цих понять розкладає цілісну психічну діяльність на окремі одиниці, що важливо для розпізнавання сутності патології.

Симптом - суворо фіксований за формою опис окремої патологічної ознаки, окремий наслідок перебігу патогенетичного процесу.

Не кожна ознака є симптомом, а тільки та, для якої встановлений причинно-наслідковий зв'язок з патологією. Психопатологічні симптоми діляться на позитивні й негативні.

Позитивні симптоми – новоутворені патологічні продукти психічної діяльності, яких не було раніше. До них належать сенестопатії, галюцинації, маячення, туга, страх, тривога, ейфорія, психомоторне збудження та інше.

Негативні симптоми несуть ознаки дефіциту, вади, дефекту психічного процесу. Наприклад, гіпомнезія, амнезія, апатія.

Сукупність всіх симптомів утворює симптомокомплекс, у якому можна виділити ряд закономірно поєднаних симптомів, що утворюють синдром.

Синдром — це строго формалізований опис сукупності закономірного і стійкого сполучення симптомів, об'єднаних загальним патогенезом.

У синдромі виділяють обов'язкові, додаткові та факультативні симптоми.

Обов'язковий симптом вказує на походження розладу. Може бути єдиним (простий синдром, наприклад, астенічний), а також подвійним або множинним (складний синдром, наприклад, астено-невротичний).

Додатковий симптом відбиває вагу, виразність розладу, які можуть бути і відсутні у певних випадках.

Факультативний симптом пов'язаний із модифікуючим впливом різних факторів.

Після опису початкової картини пропонованих скарг у вигляді симптомів і синдромів треба визначити, чи відповідає цей опис одному або декільком психічним розладам. При цьому важливо пам'ятати, що на прояв симптомів впливає *контекст поведінки* - вік, стать і культура, у якій виховувалася людина.

Нозологічна одиниця (власне хвороба) - група патогенетично об'єднаних синдромів, що мають особливу, індивідуальну динаміку розвитку.

Образно кажучи, симптоми утворюють окремі цеглинки, з яких будуються стіни (синдроми), а останні вже становлять саму будову (нозологічну одиницю), де як будівельний розчин виступає індивідуальність перебігу (динаміка).

Якщо ознаки різних захворювань проявляються у одного індивіда, має місце *коморбідність*. Діагноз же одного з розладів (наприклад, депресії) може свідчити про високу ймовірність наявності й іншого розладу (наприклад, тривожності).

Саме таке систематизоване й деталізоване обстеження дає лікареві надійну інформацію, на підставі якої формується план подальших фізикальних і додаткових досліджень і в цілому - діагноз.

Глава 3

ЛІКАР І ПАЦІЄНТ У ДІАГНОСТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ

Всі дії лікаря мають бути продуманими і науково обґрунтованими з огляду інтересів хворого. Напруга, у якій постійно протікає діяльність медика, недосконалість сучасної медичної науки, створюють об'єктивні передумови для *лікарських помилок*. Лікарські помилки традиційно активно обговорюються в лікарському середовищі. Але в той же час різко суперечить основам медичної деонтології їх обговорення в пресі та інших мас-медіа. Кожен хворий і його родичі, знайомлячись з такими матеріалами, починають із підозрою ставитися до призначуваного лікування, а це підриває зусилля лікаря в боротьбі із захворюванням.

Лікар має бути добре знайомий із останніми досягненнями науки, новими лікувально-діагностичними методами, але він не може мати однаково високі знання у всіх розділах медицини, і тому необхідні своєчасні консультації з колегами. При цьому кожен з них має чітко уявляти собі, що вивчає лише один з аспектів патологічного процесу, а тому може допускати серйозні помилки при спробі оцінити клінічну картину в цілому.

Неприпустимі критичні зауваження консультанта на адресу лікуючого лікаря в присутності хворого або проведення консультації без його відома, повідомлення пацієнтові, що раніше його лікували неправильно, обговорення помилок інших лікарів, не маючи інформації про мотиви їх дій і правильність викладення суті справи з боку пацієнта. Більш деонтологічною є консультація не пацієнта, а лікаря. Тому обговорення із хворим особливостей його захворювання, правильності терапевтичних заходів і питань прогнозу має здійснювати тільки лікар, у якого є всі дані щодо хворого. Виправлення

можливих помилок колег має відбуватись із тактом, толерантністю, бажано без відома хворого. Критика колег не додає авторитету лікареві.

У відділенні інформацію про проведене лікування й прогноз дають тільки лікар або завідувач відділення. Таким чином, досягається глибоке й повне розкриття не тільки особливостей розвитку захворювання, але й особливостей особистості самого пацієнта. Якщо ж такі бесіди із хворим проводяться й іншими фахівцями (наприклад, при бригадному методі лікування, реабілітації), вони обов'язково мають дотримуватись єдиної лінії, виробленої колегіально. Це допомагає формувати єдину систему поглядів, як на лікування, так і на прогноз захворювання. Не випадковою є популярність і успішність концепції «сімейного лікаря», адже довіра до «свого» лікаря, що базується на постійному контакті, становить вагомую частку лікувального ефекту.

Лікарські призначення повинні бути чіткими й зрозумілими. Необхідно пам'ятати про психологічну прийнятність лікування. Наприклад, при зайвій поліфармакотерапії хворий може просто відмовитися пити таблетки пригорщами.

Режим, що рекомендує пацієнтові лікар, має бути максимально наближеним до того, що склався в нього до хвороби. Необхідно пам'ятати, що всяке обмеження звичного укладу психологічно обтяжливе для хворого і ставитися критично до бажання вирішувати проблеми заборонами, тому що часто заборони обумовлені рутинною перестраховкою з боку лікаря.

Для демонстрації системності лікувально-діагностичних заходів обхід у стаціонарі варто проводити щодня й бажано в один час. На обходах не рекомендується звертатися до інтимних подробиць життя й захворювання пацієнта в присутності інших хворих. Грубо порушують деонтологічні принципи ті лікарі, які йдуть на поводу в іпохондричних хворих,

призначаючи їм нехай слабодіючі, але «відповідні» уявному захворюванню засоби. Тим самим лікар мимоволі підтримує й закріплює у хворого переконаність у наявності тяжкої недуги, приховуючи реальні психічні розлади пацієнта.

Відповідальність за здоров'я хворого - головний моральний обов'язок лікаря, людини, якій пацієнт довіряє своє здоров'я і благополуччя, натомість очікуючи на професійність, порядність і принциповість. Вирішальним фактором створення ефективного психотерапевтичного середовища є єдиний стиль роботи медичного колективу. При цьому атмосфера лікувальної установи в першу чергу залежить від керівника (головного лікаря), його стилю спілкування і емоційного тону. Спілкування між лікарями й молодшим медичним персоналом має базуватися на взаємній довірі й повазі. Неприпустимо звертатися до підлеглих лікарів або сестер на «ти» і робити їм зауваження в присутності хворого. В очах пацієнтів це знищує авторитет лікувальної установи в цілому. З іншого боку, ворожість і гордія керівника, ідолопоклонство підлеглих, також суперечать можливості створення атмосфери співробітництва в колективі. Це вимагає постійного професійного вдосконалення, самоспостереження і роботи над «слабкими», негативними рисами свого характеру.

Відомий вислів: «Якщо хворому не стало краще після першої ж зустрічі з лікарем, те це поганий фахівець». При всій невинуватій категоричності такого підходу, необхідно пам'ятати, що лікаря завжди сприймають психотерапевтично - позитивно або негативно. У взаєминах «лікар-хворий» пацієнт схильний приписувати лікареві ті риси, які мають допомогти впоратися йому із хворобою. Практично завжди хворий неусвідомлено чекає від лікаря чогось більшого, ніж соматичне одужання. Це очікування призводить до формування *переносу (трансферу)*. Хворий переносить на

лікаря свій минулий досвід відносин зі значимими людьми, очікування й надії, які існували в цих відносинах.

Усім подіям нашого життя ми надаємо те значення, яке вони здобувають у нашому суб'єктивному сприйнятті, відбиваючи індивідуальну психологічну проблематику. Як сказав із цього приводу Ф. Перлз: «ми всі живемо в будинку, де стінами є дзеркала, і думаємо, що дивимося назовні». Так, хворий може ставитися до свого лікаря-жінки аналогічно тому, як у дитинстві він ставився до матері, у якої шукав допомоги й підтримки в несподіваних і важких ситуаціях, він може відчувати ті ж почуття довіри, замилювання й любові.

У тому випадку, коли пацієнт переносить на лікаря позитивні почуття, пов'язані з досвідом взаємин у минулому, говорять про *позитивне перенесення*. Якщо ж хворий переносить на лікаря негативні почуття, пов'язані з минулим негативним досвідом (роздратування, недовіру, ворожість), то говорять про *негативне перенесення*. Тоді пацієнт приходить до лікаря із уже сформованою недовірою до того, що він почує. Такі випадки вимагають від медика толерантності, щоб делікатно вислухати хворого й потім методично його оглянути.

У взаєминах з лікарем пацієнт також може перенести на нього *амбівалентний* емоційний досвід, одночасно переживаючи стосовно лікаря почуття ворожості та ніжності, довіри й підозри. Перенесені реакції хворого - позитивні, негативні, амбівалентні - ускладнюють комунікацію з ним, впливають на її ефективність.

Не тільки хворий асоціює з образом лікаря минулий досвід емоційних відносин, але й лікар несвідомо переносить на хворого свої очікування, установки, пов'язані з минулим спілкуванням. Феномен переносу лікарем на хворого досвіду минулих емоційних відносин, називається

контрперенесенням (антитрансфером). Як і трансфер, контрперенесення може бути *позитивним* або *негативним*, залежно від того, які емоції лікар переносить на пацієнта. Їхні відносини - це зазвичай суміш реальних вражень і реакцій один на одного, з одного боку, і, з іншого боку - різноманітних взаємних реакцій перенесення, спогадів, асоціацій. Розуміння й уміння нівелювати перенесені реакції дозволяє будувати відносини з реальною людиною, а не із власним травматичним (або, навпроти, благополучним) досвідом минулого.

Хворий завжди шукає «ідеального лікаря», але психотерапевтичну ефективність лікаря визначають кілька особистісних якостей, головними з яких є: афіліація, комунікативна компетентність, комунікативна толерантність, емпатія, емоційна стабільність, сенситивність до відторгнення.

Афіліація — потреба людини до перебування в суспільстві інших людей і взаємодії з ними. Психологічно афіліація виступає у вигляді почуття прихильності й вірності, а поведінково - у товариськості, бажанні співпрацювати. У роботі лікаря, що відрізняється тривалістю й інтенсивністю різноманітних соціальних контактів, ця риса допомагає зберегти живе зацікавлене ставлення до пацієнтів, захищає від професійних деформацій, байдужості й формалізму, утримує від розгляду хворого як бездушного анонімного «тіла», частина якого має потребу в терапії.

Комунікативна компетентність - уміння спілкуватися, що передбачає не тільки наявність певних психологічних знань (наприклад, про типи особистості й темпераменту), але й сформованість спеціальних навичок: уміння встановлювати контакт, вислуховувати, «читати» невербальні прояви, будувати бесіду, формулювати питання. Для людини наявність соціальних зв'язків настільки важлива, що вже тільки їх недостатність вважається достатньою причиною розвитку стресу. Адекватна комунікація передбачає

правильне розуміння хворого й відповідне реагування на його поведінку. Незалежно від того, у якому душевному стані перебуває пацієнт, лікар має уміти з ним взаємодіяти, домагаючись вирішення професійних завдань.

Професійно значимою якістю медичного працівника є також *комунікативна толерантність* (як один з аспектів комунікативної компетентності) — терпимість, поблажливість, володіння лікарем власними емоціями, здатність контролювати свої реакції й переносити суб'єктивно неприємні індивідуальні особливості пацієнтів. Хворий може викликати різні почуття, але психологічна підготовка лікаря має допомагати лишатися в рамках професійної ролі, запобігати конфліктам або виникненню неформальних відносин, коли замість рольової структури «лікар - хворий» виникають відносини конфлікту, психологічної близькості, залежності або любові.

Емоційна стабільність - контроль над емоціями й поведінкою, що допомагає лікареві у взаєминах із хворими уникати «психологічних зривів». Інтенсивні емоційні реакції не тільки руйнують довіру хворого, лякають і насторожують його, але й астенизують, стомлюють. Навпаки, душевна рівновага лікаря, його спокійна доброзичливість, викликає у пацієнта почуття захищеності, сприяє встановленню довірливих стосунків.

Емпатія - здатність до співчуття, співпереживання, жалю, своєрідна психологічна «включеність» у світ переживань хворого. Сучасне розуміння емпатії як проникнення у внутрішній світ іншої людини передбачає наявність трьох її видів:

- емоційна емпатія - заснована на механізмах ототожнення й ідентифікації;
- когнітивна (пізнавальна) емпатія - базується на інтелектуальних процесах порівняння й аналогії;

- предикативна емпатія - проявляється здатністю до прогностичного уявлення про іншу людину, що базується на інтуїції.

Хворий допитливо й уважно вивчає лікаря: його одяг, манеру розмовляти, ступінь доброзичливості й співпереживання (емпатії). Тому лікар має володіти високорозвиненою здатністю до емпатії . Ці якості лікаря можуть бути особливо корисні у випадках невідповідності висловлюваних хворим суб'єктивних скарг об'єктивній клінічній картині захворювання. Але надлишкова емоційна «включеність» у переживання хворого, властива молодим лікарям, може призводити до хронічних емоційних перевантажень і розвитку синдрому емоційного вигорання.

Синдром емоційного вигорання - специфічна професійна деформація осіб, що працюють у тісному емоційному контакті з пацієнтами при наданні медичної допомоги. Суб'єктивно він проявляється психічним виснаженням, коли лікар уже не може повністю віддаватися роботі, діяльність суб'єктивно сприймається як недостатньо успішна. Можливе формування негативного ставлення до пацієнтів, які сприймаються як джерело хронічної психічної травматизації. Лікар перестає брати до уваги внутрішню картину хвороби пацієнтів, не реагує на їх тривогу, не зауважує депресивних і суїцидальних тенденцій. У висловлюваннях такого лікаря про своїх хворих можуть з'явитися цинізм, холодна байдужість і навіть ворожість.

При дослідженні «синдрому емоційного вигорання» були виділені три фази його розвитку.

Перша - «фаза напруги». Провісником і пусковим механізмом є фіксований стан тривожної напруги, на тлі якого спостерігаються ознаки послаблення контролю над емоційними реакціями й поведінкою в цілому: зниження настрою, дратівливість, імпульсивність.

Друга фаза - «фаза опору». Цей етап пов'язаний з появою захисного стереотипу поведінки по типу «неучасті», що проявляється прагненням до уникання й тенденцією до обмеження емоційного реагування у відповідь на незначні психотравмуючі впливи. «Економія емоцій», обмеження емоційної віддачі спрощує й скорочує процес спілкування «лікар-хворий», несучи в нього риси поверховості й формалізму. Подібна форма захисту може переноситися за межі професійної діяльності, скорочуючи спілкування у всіх сферах життя, що призводить до регламентованості й вибірковості міжособистісної взаємодії.

Третя фаза - «фаза виснаження». Вона характеризується зниженням енергетичного тону, психовегетативними порушеннями. Виникає почуття безнадійності, безперспективності всього, що відбувається, тривога з ознаками дезорганізації психічної діяльності (зниженням пам'яті, порушенням концентрації уваги), схильність до соматизації у вигляді різних болісних відчуттів, порушень з боку серцево-судинної й інших фізіологічних систем.

У лікарів-жінок емоційне виснаження розвивається стрімкіше, ніж у чоловіків. Вразливі до «вигорання» гуманні, м'які, захоплені та схильні до ідеалізації оточуючих люди, які одночасно вирізняються емоційною нестійкістю, інтровертованістю. У період подібної кризи лікар має потребу у психотерапевтичній допомозі, а також відпочинку, психологічному «розвантаженні», участі в професійних тренінгах.

По мірі нагромадження досвіду лікар навчається «дозувати» ступінь емпатичних проявів. Емоційна «включеність» важлива на початку спілкування із хворим, при встановленні психологічного контакту. Надалі глибина емоційної взаємодії може бути значно зменшена, підвищуючись лише на найбільш значимих етапах діагностики й терапії, наприклад, при

необхідності переконати хворого пройти хворобливу діагностичну процедуру або операцію, особливо, якщо існує ймовірність несприятливого результату. Роль емоційної взаємодії зростає при спілкуванні з депресивними пацієнтами, що мають суїцидальні тенденції, а також при контактах із хворими, які перенесли тяжку психічну травму (смерть близької людини, втрата працездатності, розлучення).

Сенситивність до відторгнення – чутливість до появи невдоволення пацієнта ходом лікування, що дозволяє лікареві підтримувати своєрідний «зворотний зв'язок» і оперативно коригувати свою поведінку у взаєминах із хворим. Сенситивність до відторгнення не має бути надто високою, тому що це знижує самооцінку лікаря, блокує його афіліативні потреби, адаптивні й компенсаторні можливості. Непевність у власній професійній спроможності може стати причиною психічної травматизації.

На психотерапевтичну ефективність лікаря впливають також якості, що потенційно знижують його комунікативну компетентність: тривожність, депресивність, інтровертованість.

Тривожність впливає на прогностичні можливості лікаря, виконуючи залежно від ступеня виразності як адаптивну, так і дезадаптивну роль.

Легка тривожність природна й дозволяє лікареві чуйно реагувати на зміни стану пацієнта. Хворим це сприймається як розуміння з боку лікаря, його емоційна підтримка. Однак інтенсивна тривога (страх, паніка) заважає адекватно оцінити ситуацію й вибрати найбільш правильне рішення. Паніка лікаря передається хворому й додатково дезорганізує його.

Із психологічної точки зору хвороба - одна з найбільш тяжких психологічних ситуацій у житті, що супроводжується невизначеністю і очікуванням. Тому частою першою емоційною реакцією на факт захворювання є страх перед невідомістю. Посилення тривоги пацієнта під

впливом страху, пережитого лікарем, вкрай не бажане. У такому випадку хворий може перестати вірити в можливість одужання, прийти до висновку про безнадійність свого стану. Хворі потребують психологічної підтримки медиків, і присутність поруч впевнених у собі людей дозволяє пацієнтові більш точно й адекватно реагувати на події.

Найбільш важливе завдання, що стоїть перед лікарем у контактній фазі взаємодії із хворим - справити потрібне враження. У пацієнта має виникнути переконання, що лікар хоче й може йому допомогти. Перше ґрунтується на емпатичних здібностях лікаря, друге - на його впевненій манері поведінки.

Як би не був лікар шокований, наляканий і подавлений можливою допущеною помилкою, він не повинен показувати своєї розгубленості хворому. Впевнений стиль поведінки допомагає сформувати «терапевтичну ілюзію» абсолютної компетентності лікаря, що дозволяє пацієнту зберігати віру в щасливий кінець подій. Навіть в умовах масового амбулаторного прийому необхідно показати пацієнтові, що він має справу з досвідченим, кваліфікованим і впевненим у собі фахівцем. При цьому, навіть якщо саме обстеження не дає нічого важливого для формулювання діагнозу, але сам факт ретельного його проведення допомагає викликати у пацієнта довіру до думки лікаря. Хворий ніколи не має сумніватися щодо компетенції лікаря взагалі й точності поставленого діагнозу зокрема.

Але впевненість у своїх силах і в успіху лікування - це одне, а самовпевненість, та ще й замішана на недостатній професійній грамотності, - зовсім інше. Лікар, що знає й уміє лікувати абсолютно всіх і все, так само небезпечний для хворого, як і лікар байдужий.

Депресивність – заглибленість у негативні переживання. Якщо емоція тривоги спрямована в майбутнє, то депресія пов'язана з переживанням минулого, коли в уяві знову й знову виникають образи пережитих

психотравмуючих подій. Спостерігаючи, як лікар на будь-яку, незначну невдачу реагує почуттям провини, хворий починає підозрювати його в некомпетентності, перестає йому вірити. Занурений у власні переживання лікар «заражає» свого пацієнта тужливою безнадійністю, руйнуючи позитивні ефекти проведеної терапії.

Інтровертованість, як правило, супроводжується браком інтуїції, чуйності, тактовності в міжособистісних відносинах, низьким рівнем емпатії. Ці якості перешкоджають ефективному спілкуванню, не забезпечують необхідного ступеня емоційної підтримки.

Якщо пацієнт довіряє своєму лікареві, не сумніваючись у правильності діагностики й адекватності терапії, то він буде виконувати призначення, пройде всі необхідні діагностичні й терапевтичні процедури. При відсутності психологічного контакту зростає ризик, що пацієнт не стане дотримуватися лікарських призначень, проконсультується в інших лікарів або просто у своїх знайомих, займеться самолікуванням, звернеться до представників альтернативної медицини. Розуміють вони це чи ні, але лікарі й медсестри надають регулярну психотерапевтичну допомогу, проводячи обходи, роз'яснювальні бесіди й поточні консультації.

Виділяють наступні типи взаємодії лікаря і пацієнта:

1. *Керівний (директивний)* - лікар домінує, приймає всі необхідні рішення, бере на себе всю повноту відповідальності за одужання пацієнта. Такий стиль виправданий у роботі з пацієнтами психіатричного профілю, у терапії невідкладних станів.

2. *Наставницький (патерналістичний)* - лікар опікає пацієнта. По праву більш компетентного він ділиться необхідною інформацією, з урахуванням особливостей особистості пацієнта допомагає йому розвивати

компенсаторно-адаптивні можливості, аргументовано підводить до необхідності прийняття відповідних рішень.

3. *Взаємодіючий (партнерський)* – застосовується щодо пацієнтів, які мають високий культурно-інтелектуальний рівень і гармонійну внутрішню картину хвороби. Їм дозволяється, хоч і з урахуванням рекомендацій лікаря, але самостійно ініціювати й впроваджувати методи лікування. В основі взаємин лежить емпатичний підхід, спілкування відбувається на рівних. Подібна модель взаємин широко використовується в психотерапії, а також у ряді особливих ситуацій: при вирішенні питання про оперативне втручання, при ймовірності летального результату; у випадку, коли в ролі пацієнта виявляється лікар, або якщо відносини будуються на основі контракту.

У рамках контрактної моделі лікар несе юридичну відповідальність за результати лікування. Оплачуючи медичні послуги, пацієнт одержує право вибрати лікаря. Він думає, що контракт забезпечує гарантії надання кваліфікованої допомоги, її доступності (встановлений спільно розклад відвідувань), права на переривання курсу лікування й зміну лікаря. Хворий очікує, що лікар буде погоджувати з ним найважливіші етапи лікування. Лікар же висуває до пацієнта вимоги співробітництва в процесі терапії, виконання відповідних рекомендацій і правил.

Правильна побудова взаємин лікар-хворий залежить від багатьох факторів, серед яких не останнє місце займають досвід і мистецтво лікаря. Те, що може собі дозволити в спілкуванні із хворим один лікар, неприпустиме для іншого. Літній і досвідчений медик іноді поводить різко, але це не кривдить, а, навпаки, заспокоює пацієнта. Молодий же лікар має обирати більш м'яку форму спілкування. За зовнішньою суворістю лікаря пацієнт завжди повинен відчувати тепле ставлення, співпереживання, бажання

допомогти, адже він може простити лікареві багато чого, але ніколи не прощає байдужості.

Такий позитивний настрій щодо пацієнта, не повинен перешкоджати лікареві об'єктивно оцінювати можливі особистісні реакції хворого, спрямовані на перекручування клінічної картини хвороби. Найпоширенішими з них є симуляція, дисимуляція та агравація.

Симуляція – усвідомлена награна поведінка, за допомогою якої створюється враження про наявність серйозного розладу. Найчастіше до симуляції вдаються примітивні особистості й вона відносно легко читається. Симулянтам властива *рентна поведінка* – прагнення до одержання певної вигоди (вихід з неприємної ситуації, одержання співчуття, матеріальної допомоги) з факту псевдохвороби.

Агравація - перебільшення ознак захворювання, що може носити усвідомлений і неусвідомлений характер.

Дисимуляція – усвідомлена поведінка, спрямована на приховування ознак хвороби. Як правило, виникає при захворюваннях, виявлення яких не бажане для самого хворого, може перешкодити йому в досягненні певних цілей.

Лікувально-діагностичний процес, таким чином, має обопільний характер. В ідеалі, в ньому беруть участь дві сторони: уважний, високопрофесійний лікар і пацієнт, що, довіряючи лікареві надає йому всю необхідну інформацію.

НЕВЕРБАЛЬНІ ЕЛЕМЕНТИ ДІАГНОСТИЧНОЇ КОМУНІКАЦІЇ

Невербальна поведінка лікаря на етапі встановлення контакту не менш важлива, ніж вербальна. Зокрема, відчуття психологічного контакту дає такий важливий елемент невербальної взаємодії, як контакт очима (погляд). Тому на перших же секундах професійного спілкування лікар має подивитися в очі своєму пацієнтові, даючи зрозуміти, що готовий уважно його вислухати. «Бігаючий погляд», як правило, є ознакою дискомфорту в ситуації спілкування, свідчить про амбівалентну установку у ставленні до оточуючих. Зазвичай, 2-3 секунди буває досить, щоб відчути психологічний контакт із партнером, не викликаючи роздратування. Погляд, що триває від 3 до 10 секунд, можна вважати пильним, він викликає у співрозмовника напругу й дискомфорт. Погляд, тривалістю більше 10 секунд виражає або конфронтацію, або сексуальну провокацію.

Переконавши поглядом хворого в надійності й міцності психологічного контакту, лікар запитує про причини візиту.

При підтримці вербального контакту із хворим варто враховувати наступну закономірність: коли лікар у процесі розмови відкидається назад, сидячи в кріслі або на стільці, то в пацієнта може виникнути враження, що співрозмовникові стало нудно, або він не вірить тому, що говорить хворий. Якщо ж, навпаки, лікар слухає ледве нахилившись в бік пацієнта й зрідка, у такт його словам, киває головою – хворий відчуває переконання у зацікавленості й співпереживанні лікаря. У процесі вербальної комунікації лікар поступово скорочує фізичну дистанцію: у якийсь момент бесіди він нахиляється ближче до хворого або торкається його руки, уникаючи різких рухів і грубих дотиків. Даючи пацієнтові можливість звикнути до скорочення

міжособистісної дистанції, лікар готує його до фізичного контакту (пальпація, перкусія, аускультация).

Огляд хворого, пов'язаний з фізичним контактом, здійснюється легше, якщо він природно включений у процес вербальної комунікації. Після огляду лікар задає на завершення ще кілька питань, демонструючи у такий спосіб хворому, що він не тільки досліджує соматичні функції, але також надає великого значення й психологічній, суб'єктивній стороні патологічного процесу. Такий підхід надає професійному спілкуванню «лікар-хворий» довірливості взаємин.

Погляд. Люди спокійні, з високою самооцінкою, задоволені собою й своєю життєвою ситуацією, при міжособистісній взаємодії дивляться в очі співрозмовникові частіше, ніж невпевнені й емоційно нестійкі. В цілому, у ситуації групової взаємодії індивід частіше дивиться на того, з ким у нього близькі відносини, ким він захоплюється. У групі найчастіше дивляться на лідера. У процесі вербального контакту оратор частіше дивиться на слухача, ніж навпаки.

Жести. Всі жести умовно діляться на дві групи: комунікативні й експресивні. Комунікативні жести мають певний зміст, зрозумілий оточуючим. Вони використовуються разом зі словами або замість них, допомагаючи спілкуванню. До експресивних належать жести, що не мають певного, зрозумілого для всіх змісту. Вони виражають стан людини, дуже індивідуальні, рано формуються в онтогенезі й відносно незмінні протягом всього життя. Яскравість, виразність експресивної жестикуляції визначається особливостями темпераменту, актуальним станом, а також рівнем освіти. Освідчені люди із широким словниковим запасом, точно знаючи значення використовуваних ними слів, не мають потреби в їх невербальному підкріпленні. Особи ж із невисоким рівнем освіти, обмеженим словниковим

запасом, що відчують труднощі з підбором термінів для висловлення думок, часто допомагають собі в цьому, супроводжуючи мову жестами. Активна, надмірно інтенсивна жестикуляція у хворих зустрічається переважно в стані тривоги, а також при маніакальному збудженні. Депресивний стан пов'язаний з домінуванням статичних одноманітних поз, скупих жестів, мімікою скорботи й суму.

Міміка. Це координовані рухи м'язів особи, які відображають емоції, настрої, почуття. Найбільш інформативним відображенням того чи іншого переживання є міміка нижньої частини обличчя, зокрема - лінія рота. При гарному самопочутті й високому життєвому тонусі вона пряма. Опущені долілиць куточки губ - ознака, що характеризує стан суму, депресії, втоми. Надмірна усмішливість із постійно піднятими куточками губ, як правило, означає прагнення здобути схвалення і підтримку оточуючих, і свідчить про невпевненість у собі. Ще одна виразна деталь нижньої частини обличчя - носогубна складка, виразність якої вказує на інтенсивність пережитих емоцій. У верхній частині обличчя звертає на себе увагу лобовий м'яз, на чолі можуть з'явитися горизонтальні, вертикальні й діагональні зморшки. Горизонтальні лінії виражають міміку подиву. Мімічний комплекс емоції подиву в цілому, крім горизонтальних зморшок чола, передбачає підняті брови, широко розкриті очі й напіввідкритий рот («обличчя дебіла»). Вертикальні лінії чола відбивають звичайно такі емоції, як гнів, злість. Мімічний комплекс емоції гніву в цілому містить у собі вертикальні зморшки чола, насуپлені брови, прищурені очі з віялом зморшок в куточках, стиснену лінію рота.

У ході взаємодії партнери по спілкуванню можуть різним способом розташовуватися по відношенню один до одного. Це допомагає «прочитати» психологічний підтекст їхніх взаємин. Виділяють кілька основних позицій.

1. *Позиція «віч-на-віч»*, навпроти один одного. Ця позиція містить у собі елемент конфронтації, вона властива ситуації загострення відносин при конфліктах. У терапевтичній ситуації цієї позиції варто уникати.

2. *Позиція «поруч», «пліч-о-пліч»* — позиція співробітництва між партнерами, яких зв'язує взаємна довіра при відсутності напруги, ворожості. Ця позиція характеризує партнерське спілкування, пов'язане з досягненням спільних цілей.

3. *Спілкування «через стіл»* — практично завжди несе в собі елементи відносин в рамках моделі «керівник-підлеглий», з рольовим розподілом і виконанням нормативних заборон і приписів, що регламентують спілкування. Подібні взаємини практично виключають довірливість, тому в кабінеті, де лікар веде прийом, стілець для хворого ставиться не навпроти, через стіл, а збоку від столу.

Велике значення для оцінки стану співрозмовника має його поза. Позиції бувають симетричні й асиметричні. Симетрична поза - елемент формального спілкування, вона припускає офіційну, регламентовану взаємодію, нівелюючи індивідуальні розходження, так само, як це робить уніформа. Їй надають перевагу люди замкнені, стримані, з високим самоконтролем, недовірливістю, підозрілістю. Поза асиметрична, навпаки, свідчить про індивідуальні особливості, які не приховуються, відкритість до спілкування, готовність до співробітництва.

Позиції бувають також закритими й відкритими. Закрита поза вказує на небажання спілкуватися, уникання контактів. Закрита поза не спонукає до спілкування. До її відмінних рис належать схрещені на грудях руки («поза Наполеона»); схрещені ноги (нога на ногу); кисті рук у кишенях або захищені за спину; корпус тіла й голова, розвернуті убік від партнера; погляд, спрямований не в очі співрозмовникові. Відкрита поза характеризується

протилежними ознаками: корпус тіла й голова повернені убік співрозмовника, прямий погляд. Відкрита поза свідчить про готовність до контактів, до міжособистісної взаємодії.

Лікареві в ситуації його професійного спілкування із хворими бажано використовувати невимушені асиметричні, відкриті пози. Особливо важливим це буває на самому початку спілкування, при встановленні психологічного контакту з пацієнтом.

ЕТИЧНІ МОДЕЛІ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

Інтерес до філолофсько-етичних аспектів професійної діяльності лікарів існує від зародження медицини. З огляду на все історичне розмаїття лікарського морального досвіду, можна виділити чотири співіснуючі етичні моделі:

1. Модель Гіппократа (принцип «передовсім не зашкодь»).
2. Модель Парацельса (принцип «роби добро»).
3. Деонтологічна модель (принцип «дотримання обов'язку»).
4. Біоетика (принцип «поваги прав і достоїнства особистості»).

I. Модель Гіпократ - напрямок лікарської етики, що розглядає проблему взаємин лікаря і пацієнта під кутом зору соціальних гарантій і професійних зобов'язань медиків.

Батько Гіпократ був одним з жерців бога Асклепія і дав синові базову медичну освіту. У древніх культурах здатність лікувати свідчила про «божествену» обраність і визначала елітне становище в суспільстві. Але на той час суспільні процеси почали вимагати поступової заміни освячених прав лікуючих жерців на чітко регламентовані моральні та професійні зобов'язання перед хворими. Вони були викладені Гіпократом (460-377 р. до нашої ери) в «Клятві», а також у книжках «Про закон», «Про лікарів», «Про достойну поведінку» і стали першою формою лікарської етики. Крім того, етика Гіпократ була покликана забезпечити довіру суспільства до лікарів школи асклепіадів, відмежувавши їх від шарлатанів, яких і тоді було чимало.

Основні, актуальні й сьогодні тези клятви Гіпократ:

- гарантії незаподіяння шкоди - «Я спрямую лікування хворих на їх користь згідно моїх сил і розуміння, утримуючись від усякої шкоди й несправедливості»;
- негативне ставлення до убивства і евтаназії - «Я не дам нікому смертельного засобу на його прохання, і не покажу шляхи для подібного задуму»;
- відмова від виконання абортів («Я не вручу ніякій жінці абортивного песарію»);
- відмова від інтимних зв'язків з пацієнтами: «У який би будинок я не ввійшов, я ввійду туди для користі хворого, будучи далекий від усього навмисного, несправедливого і згубного, особливо від любовних справ з жінками й чоловіками, вільними й рабами»;
- зобов'язання дотримання лікарської таємниці: «Що б при лікуванні я не почув відносно життя людського з того, що не підлягає розголошенню, я промовчу про те, вважаючи подібне таємницею».

Визначальним у етичній моделі Гіпократів є принцип «не зашкодь». Цей принцип формує базову професійну гарантію для людини, яка довіряє лікареві своє здоров'я і життя. Важливим і етично складним було питання про винагороду лікаря за лікування. В умовах жрецької медицини дарунки вручались не жерцеві, а храму. При переході до світської медицини, коли отримувачем гонорару став безпосередньо лікар, необхідні були відповідні правила, що не порушують загальну архітектоніку лікарської етики: «Краще дорікати врятованих, ніж наперед оббирати тих, хто страждає».

Історичні й соціальні умови багаторазово трансформували ці принципи, але і сьогодні клятва Гіпократів читається як цілком сучасний, повний моральної сили документ. Цікаво, що учасники I Міжнародного конгресу з

медичної етики й деонтології (Париж, 1969) доповнили її офіційний текст тільки однією фразою: «Присягаю навчатися все життя».

II. Модель Парацельса - форма лікарської етики, у рамках якої моральні стосунки з пацієнтом використовуються як складова стратегії терапевтичної поведінки лікаря.

Ця історична форма лікарської етики склалася в Середні віки. Виразити її особливо чітко вдалося Т. Парацельсу (1493-1541 р.), який обґрунтував використання патерналізму в стосунках лікаря і пацієнта. Латинське слово *pater* (батько), як поняття поширюється християнством не тільки на священика, але й на Бога. Зміст цього слова свідчить, що у патерналістичній моделі зразком зв'язків між лікарем і пацієнтом є не тільки соціально-моральна відповідальність, властива кровнородинним стосункам, але й «цілющість», «божественність» самого контакту лікаря і хворого. Не дивно, що основним моральним принципом даної моделі є принцип «твори добро». Т. Парацельс писав: «Сила лікаря - у його серці, робота його повинна спрямовуватись Богом і осягатись природним світлом – досвідом. Основою ліків є любов...».

Вважається, що християнське розуміння душі сприяло становленню сугестивної терапії, яку активно застосовував видатний лікар XVI ст. Д. Кардано (G. Cardano). Він стверджував, що успішність лікування визначається вірою пацієнта в лікаря: «Той, хто більше вірить, виліковується краще». Важливість довірливих відносин між лікарем і пацієнтом неодноразово підкреслювалася ще у VIII ст. Абу-ель-Фараджем, який писав: «Нас троє - ти, хвороба і я; якщо ти будеш із хворобою, вас буде двоє, я залишуся один - ви мене здолаєте; якщо ти будеш зі мною, нас буде двоє, хвороба залишиться одна і ми її здолаємо».

На початку XX ст. З. Фройд десакралізував патерналізм, констатувавши лібідозні аспекти взаємин лікаря і пацієнта. Його поняття переносу і контрпереносу є базою теоретичного осмислення складних міжособистісних стосунків між лікарем і пацієнтом у психотерапевтичній практиці.

III. Деонтологічна модель - (грецьк. *deon, deont [os]* — належне, *logos* — слово, наука, навчання) - сукупність етичних норм виконання медпрацівниками своїх професійних обов'язків, навчання про обов'язок людини, яка присвятила себе турботі про здоров'я інших.

Деонтологічна модель спирається на принцип «виконання належного». Базовим є ставлення до хворого таким чином, яким би в аналогічній ситуації хотілося б, щоб ставилися до самого себе. Питання, досліджувані на сьогодні медичною деонтологією, наприкінці XIX ст. належали до поняття *лікарська етика*. Зміст цього поняття був досить розпливчастим, і різні автори включали в нього питання *деколегії* (прав лікаря), посадових обов'язків, етикету, терапевтичної тактики. Вперше термін деонтологія запропонував англійський філософ Д. Бентам (J. Bentham, 1748-1832). Він вважав, що для досягнення загального добра кожна людина має піклуватися тільки про належну власну поведінку, тобто деонтологія була протиставлена етиці.

Етика - наука про мораль як суспільний обов'язок, стосунки між людьми і обов'язки, що впливають із них.

Є певний внутрішній зв'язок деонтології з етикою, і це зрозуміло, адже обов'язок, справедливість, уявлення про добро і зло, сенс життя є категоріями етичними. Отже, етика являє собою один із напрямків виховання, тісно пов'язаний з деонтологією. Таким чином, теоретичною основою деонтології є медична етика, а деонтологія, проявляючись у вчинках медичного персоналу, являє собою практичне застосування медико-етичних принципів. Уявлення про лікарський обов'язок базуються на одвічних

принципах загальнолюдської моралі і разом з тим, багато в чому відбивають особливості конкретної історичної епохи й суспільства.

Деонтологія опікується питаннями дотримання лікарської таємниці, міри відповідальності за життя й здоров'я хворих, проблеми взаємин у медичному співтоваристві, взаємин із хворими і їхніми родичами. Такі набори правил поведінки розроблені практично для кожної медичної спеціальності. Великий внесок у теоретичні аспекти медичної деонтології зробив І.П. Павлов, який науково довів вплив на виникнення й плин усякого роду хворобливих станів слова, як умовного подразника. Праці В.М. Бехтерева, К.І. Платонова, П.А. Лурія та інших вплинули на розробку оптимальних моделей відносин медперсоналу з пацієнтами, обґрунтували використання різних видів психотерапії, розробляли навчання про ятрогенії. З середини ХХ ст. з'явилися міжнародні документи, що регламентують поведінку лікаря: Женевська декларація (1948), Міжнародний кодекс медичної етики (Лондон, 1949), Гельсінська декларація (1964), Токійська декларація (1975) та інші.

IV. Біоетика (етика життя) – розділ етики, що систематично займається дослідженням і оцінкою моральних аспектів досягнень біологічних і медичних наук.

Біоетика виникає з потреби природи захистити себе від міці культури в особі її крайніх претензій на перетворення й зміну «природно-біологічного», визначаючи, які дії стосовно живого об'єкта морально припустимі, а які ні, розглядаючи медицину в контексті прав людини. У вузькому розумінні поняття біоетика позначає все коло етичних проблем між лікарем і пацієнтом. У більш широкому змісті біоетика має філософську спрямованість, оцінюючи результати розвитку нових технологій та ідей у медицині й біології.

Необхідність появи і розвитку біоетики обумовлена тим дисонансом, що утворився в ХХ ст. між рівнем розвитку біологічної науки і етичною зрілістю

суспільства щодо сприйняття нових досягнень. Філософи порівнюють цю ситуацію зі знаменитою притчею про Ахілеса й черепаху, коли прудконогий Ахілес не здатний обігнати черепаху. Нові технології стрімко розвиваються, а етична модель розуміння життя і смерті - черепаха. Людина не готова усвідомити, якої дивовижної могутності вона досягла, але вимушена обирати, що тепер із цим робити.

З одного боку, масове виробництво позбавлене моралі і це вже призвело до ряду негативних екологічних наслідків. З іншого боку, ретроманія породжує фундаменталізм різного штибу. Як реакція на футуристичний шок активізується тенденція «втечі від прогресу» і новітній міф про доброго дикуна і рятівну природу вимагає взагалі заборонити науку. Тому ми повинні поспішати шляхом прогресу не кваплячись, а допомогти нам у цьому може розвиток і удосконалювання біоетики.

Термін «біоетика» був запропонований у 1969 р. американським онкологом і біохіміком Ван Ренселером Поттером (V.R. Potter) для позначення етичних проблем, пов'язаних з потенційною небезпекою для виживання людства в сучасному світі. Основним моральним принципом біоетики є «повага прав і достоїнства особистості» у відносинах лікаря і пацієнта.

Сьогодні гостро стоїть питання про участь хворого в ухваленні лікарського рішення. В результаті все більшого поширення набуває автономна модель, коли пацієнт лишає за собою право приймати рішення, пов'язані з його здоров'ям і медичним лікуванням. У такому випадку лікар і пацієнт спільно розробляють стратегію і методи лікування. Лікар застосовує свій медичний досвід і дає роз'яснення щодо прогнозів лікування, включаючи альтернативу нелікування, а пацієнт, знаючи свої плани і цінності, обирає оптимальне для себе рішення.

Таким чином, замість патерналістичної моделі на сьогодні актуальною є доктрина поінформованої згоди, де самовизначення пацієнта залежить від ступеня його інформованості. Лікар зобов'язаний забезпечити хворого не тільки цікавою для нього інформацією, але й тією, про яку, в силу своєї некомпетентності, пацієнт може не підозрювати. При цьому рішення пацієнта носять добровільний характер і відповідають його власним пріоритетам.

На сьогодні біомедична етика стала навчальною дисципліною медичних ВУЗів у багатьох країнах світу. Остаточна інституціоналізація цього напрямку відбулася у 2005 році, коли більшість країн демократичного світу підписали «Конвенцію про біомедицину і права людини». Тоді ж були прийняті «Загальна декларація про біоетику і права людини» (ЮНЕСКО) і «Декларація про клонування людини» (ООН).

Глава 6

ДІАГНОСТИЧНИЙ ПРОЦЕС У ПСИХІАТРІЇ

Починаючи обстеження психічно хворого, лікарєві-психіатру ніколи не варто забувати про основні засади професійної техніки безпеки:

1. Зберіть інформацію про психічний стан пацієнта до зустрічі з ним.
2. При необхідності надайте можливість втілювати методи фізичного утримання кваліфікованому персоналу.
3. Будьте готові до різноманітних проявів агресії з боку пацієнта.
4. Потурбуйтеся про безпечність оточуючої вас обстановки, наприклад, залиште відчиненими двері, приберіть предмети, що можуть бути використані для нападу.
5. У випадку необхідності, забезпечте присутність допоміжного персоналу під час бесіди з пацієнтом.
6. Не вступайте у конфронтацію з хворими, що вирізняються параноїдною налаштованістю.

Безпосередньо ж у психіатричній діагностиці провідне місце належить клінічним та параклінічним методам обстеження, що будуть розглянуті нижче.

6.1. Клінічні методи діагностики в психіатрії

- 1) спостереження за поведінкою;
- 2) опитування (бесіда);
- 3) аналіз суб'єктивних і об'єктивних анамнестичних даних;
- 4) клінічне обстеження соматичного стану та стану усіх сфер психіки.

6.1.1. Спостереження

Лікар починає спостереження від першого контакту із хворим. При збудженні аналізують його особливості: цілеспрямовані дії чи хаотичні стереотипні рухи, вигуки, міміка, реакція на оточуюче. При загальмованості потрібно оцінити ступінь її тяжкості. Під час бесіди відзначаються особливості вокальних інтонацій, жвавість мімічного реагування, жести, а також особливості мови (темп, гучність, плавність). На поведінку можуть значний вплив чинити галюцинації (пацієнт приглядається до неіснуючих речей, прислухається, принохується) і маячення (паранойяльність і настороженість, раптова агресія).

Для оцінки *зовнішнього вигляду* необхідно звернути увагу на його відповідність віку, манеру одягатись, охайність, характерні пози та жести, вираз обличчя.

Комунікабельність і поведінка під час бесіди й тестування дають інформацію про сформованість соціальних навичок спілкування і взаємодії, рівень моторного збудження, ставлення до факту бесіди і адекватність поведінки ситуації.

6.1.2. Бесіда

Інтерв'ю (бесіда, опитування) як суб'єктивний метод обстеження виконує ряд функцій. По-перше, має пізнавально-інформативне значення, відіграючи провідну роль у встановленні типології особистості хворого, характеру реакцій на психологічні стреси, ставлення до захворювання. По-друге, важливе комунікативне значення. Повнота відповідей, які одержить лікар, залежить від рівня встановлення комунікативних зв'язків, ступеня довіри пацієнта до нього.

Починають зазвичай із того, що послужило причиною звертання до психіатра. Стандартизована схема проведення лікарської бесіди з пацієнтом виглядає так:

1. Вислуховування скарг.
2. Збір інформації про анамнез хвороби й життя.
3. Послідовне опитування і обстеження органів і систем.
4. Надання пацієнтові попередньої інформації про характер його проблематики й наступних дій для встановлення діагнозу.
5. Аргументування необхідності подальшого обстеження.
6. Інформування пацієнта про існуючі оптимальні способи лікування.
7. Надання пацієнтові можливості задати питання.
8. Визначення індивідуальної тактики лікування.
9. Пояснення механізмів дії та способів прийому медикаментів.
10. Попередження про можливі небажані ефекти.
11. Підведення резюме з метою створення у пацієнта відчуття впевненості в позитивному результаті терапії за умови дотримання рекомендацій лікаря.

Від звичайного опитування інтерв'ю відрізняється тим, що має спрямований живий та діалогічний характер і дозволяє не тільки ідентифікувати явно пропоновані ознаки, але й розпізнавати приховані. Під час спілкування із хворим лікар робить висновок не тільки про його соматичний, але й психологічний стан, ставлення до хвороби. Зокрема, збираючи скарги й анамнез важливо вміти вислухати пацієнта не задаючи зайвих питань, але, оцінюючи психічний статус (інтелект, пам'ять, особистісні риси), що дозволяє вибрати тон наступної бесіди.

Проводячи клінічне інтерв'ю важливо враховувати наявність ряду універсальних психологічних механізмів, які можуть ускладнювати або

спотворювати діагностику. Тому варто дотримуватися певних універсальних принципів ведення медико-психологічного інтерв'ю:

1. *Принцип однозначності й точності* - однозначне формулювання питань, що не допускає розмаїтості в розумінні того, про що запитує діагност пацієнта.

2. *Принцип доступності* - діагност повинен звертатися до пацієнта зрозумілою йому мовою, що відповідає його соціальному статусу, рівню знань, словниковому запасу, культурним особливостям.

3. *Принцип адекватності* вимагає уточнення змісту загальних термінів, якими користуються пацієнт і психолог, для виключення можливості невірної інтерпретації відповідей.

4. *Принцип неупередженості* передбачає контроль діагноста над тим, чи не нав'язує він пацієнтові своїх установок, чи не закладає відповіді в саму конструкцію питання.

При дотриманні вищевикладених принципів побудови інтерв'ю в кожному конкретному випадку все-таки присутня значна індивідуальна специфіка, що залежить від особистісних рис пацієнта, рівня його освіти, тяжкості патології.

Для успіху бесіди важливе значення мають зовнішні форми поведінки лікаря, тому починаючи курацію слід пам'ятати основні етичні та деонтологічні норми цієї процедури. Зокрема, зовнішній вигляд куратора має відповідати загальним вимогам щодо медпрацівника: охайний одяг, прибране довге волосся, вкрай небажані яскрава провокуюча біжутерія, макіяж і т.п.

Починаючи бесіду, слід враховувати ставлення до неї пацієнта. У дуже багатьох хворих по відношенню до психіатра існує недовіра і настороженість. Психіатрів часто бояться, за ними бачиться якась влада, межі якої розуміються абсолютно неправильно. Але при цьому не варто приховувати

від пацієнта мету опитування, видавати себе за когось іншого, а не психіатра. Лікар несе певну частку юридичної відповідальності за свої дії, тому він не повинен давати пацієнтові заздалегідь нереалістичних обіцянок. Одночасно він не є і пересічним співрозмовником, тому розмови на теми, що не стосуються конкретної мети курації, також небажані.

Опитування проводять за відсутності рідних і близьких пацієнта. Безпосередньо ж розпитування можна побудувати трьома основними способами.

1. *«Хаотичний»* - використовується недосвідченими лікарями: питання задаються без попереднього обмірковування, часто непослідовно. Вони стосуються не тільки різних аспектів психічного стану хворого, але і різних анамнестичних відомостей, часто не пов'язаних з концепцією діагностичного процесу.

Виявлені психопатологічні симптоми або не уточнюються, або, навпаки, піддаються зайвій деталізації, що заважає розпізнаванню інших, супутніх симптомів. Найчастіше хочуть виявити в першу чергу маніфестні психопатологічні розлади - маячення, галюцинації, ажитацію і т.д. Їх відсутність або неможливість виявлення заганяють куратора у глухий кут і подальше обстеження стає іще більш хаотичним.

2. *Схематичне розпитування* - лікар веде бесіду, дотримуючись тієї чи іншої схеми послідовності виявлення психопатологічних розладів. Зміст питань і їх послідовність зазвичай не змінюються залежно від відповідей хворого. Ініціатива, як і у першому варіанті, належить лікареві.

3. *Вільне розпитування* – передбачає обов'язково активну роль самого хворого у бесіді і побудову питань лікаря залежно від інформації, що повідомляє хворий.

Для реалізації такого підходу треба викликати у хворого бажання самому розповідати про себе. Кращий спосіб спонукати хворого говорити - уважно слухати його. Потреба висловитися перед лікарем існує, в явній або в прихованій формі, майже у всіх хворих. Лікар не перебиває плин думок пацієнта, дає йому можливість виговоритися, відзначаючи про себе найбільш значиму інформацію, яку пізніше уточнює додатковими питаннями.

Перший із описаних способів є неприйнятним, а решта два використовуються залежно від обставин. «Схематичне» опитування прийнятне для обстеження хворих на маніфестні психози, у науковій роботі, в умовах браку часу, зокрема, при експрес-діагностиці. «Вільне» розпитування краще себе показало у малій психіатрії, воно дає можливість виявити порушення, прояви яких самому хворому тяжко визначити. Психопатологічні симптоми виявляються з усього контексту розмови, а не окремих висловлювань. Окрім того, лікар отримує уявлення і про особистість хворого. Це створює передумови для подальшого психотерапевтичного впливу.

На практиці обидва способи часто поєднуються: починають зазвичай із «вільного» розпитування, а потім, коли клінічна картина починає прояснятися, переходять до «схематичного».

Розмова лікаря з хворим є мистецтвом. Медична деонтологія вимагає, щоб лікар підтримував моральний стан пацієнта доречним репліками, підкреслюванням позитивного змісту навіть незначних змін стану здоров'я. Констатація ніби мимохідь виявлених у ході огляду позитивних ознак (наприклад, «тони серця у вас звучні», «пульс гарного наповнення», «легені чисті») надихає хворого, посилює бажання активно співпрацювати в боротьбі із хворобою. В той же час необережне слово лікаря, його байдужість або безвідповідальне ставлення може виявитися етіологічним чинником ятрогенії.

Завжди потрібно зберігати дистанцію, не допускати фамільярності, але при цьому намагатись досягнути довіри і відвертості у спілкуванні з хворим. Чемний тон розмови сукупно з повільними, обережними рухами створює атмосферу доброзичливості і заспокоює, надаючи куратору можливість спрямувати розмову у потрібний напрямок. Зайве прагнення підкреслити своє доброзичливе ставлення дуже часто підводить, тому що при цьому легко втрачаються природність і правдивість, так ціновані хворими. У діагностичній роботі з психічно хворими неприпустимі приторність, лицемірство, фамільярність, іронія, поблажливий тон. Нерідко психіатри перед початком бесіди звертаються до хворих зі словами, призначеними їх заспокоїти: «не хвилюйтеся, візьміть себе в руки, зосередьтеся, не поспішайте» і т.д. Ефект від подібного часто буває прямо протилежним бажаному. Бесіду необхідно вести спокійно, ввічливо, ставлячи питання чітко, у зрозумілій формі, звертаючись на ім'я та по-батькові.

Велике значення має мова медика: вона має бути граматично правильною, вільною від вульгарних оборотів, помірною за темпом, виразною, з паузами. При підозрі, що хворий не зрозумів питання, його необхідно повторити. Гучність мови сама по собі не є способом ефективного психологічного впливу. Але сполучення гучності й частоти мови сприймається як ознака конфліктних взаємин і може викликати агресію. Сказане ж на тлі лементу більш тихим голосом, викликає зацікавленість, повагу до витримки лікаря.

Лікар має уміти не тільки просто й переконливо говорити, але уважно та терпляче слухати. Потрібно надати хворому можливість невимушено розповісти про свої переживання, але при цьому керувати розмовою. Не слід обривати на півслові, якщо надто детально описуються факти чи пацієнт говорить не по суті. Якщо розповідь малоінформативна, то через 3-5 хвилин варто віднайти паузу у розмові, підвести співчутливий підсумок сказаному і

далі ввічливо все ж спрямувати бесіду в потрібне русло, задаючи додаткові скеровуючі питання. Надлишок уточнюючих питань по ходу бесіди може заважати виявленню цілісної клінічної картини, збивати хворого з думки і стомлювати його.

У разі багатомовності, постійного відволікання уваги, дратівливості хворого, слід спокійно повторювати одні й ті ж питання, можливо, м'яко, але наполегливо перефразовуючи їх. Варто пам'ятати про можливу сповільненість мислення хворого під дією заспокійливих медикаментів, тому після питання має бути витримана пауза для очікування відповіді. Чим більше в мові запинок, тим менше ступінь довіри до отриманої інформації. Але паузи можуть використовуватися у мові, коли хочуть підкреслити значення сказаних слів. Пауза надає більшу вагомість вимовленим фразам. Однак занадто довга пауза викликає напругу, і чим довше вона триває, тим рівень напруги вище. Паузи свідомо використовують психотерапевти при роботі із групою хворих. Вони допомагають не тільки підвищувати групову напругу, але й провокувати емоційну «розрядку» з реагуванням і наступною релаксацією.

Якщо хворий не бажає відповідати на питання, зміна напрямку розмови допоможе зняти зайву напругу, відволікти його із тим, щоб пізніше все ж повернути бесіду до потрібної теми. При категоричній відмові пацієнта відповідати, найважливіші питання все ж мають бути задані і занотована реакція на них.

При опитуванні багатьох хворих, правомірні повторні питання, у тому числі з використанням фраз із відповідей самого хворого: «Ви сказали ... повторіть будь-ласка ще раз». Хворий зазвичай (якщо тільки це не хворий з параноїдним маяченням) сприймає таке повторне питання доброзичливо і, відповідаючи повторно, нерідко дає більш детальну відповідь.

Ретельне розпитування, увага до здавалося б, незначних скарг - одна з причин, чому певний контингент пацієнтів вважає за краще лікуватися у гомеопатів, а в ряді випадків - у осіб, які навіть не мають медичної освіти. Останні часто є хорошими слухачами, звертаються до «я» пацієнта, співпереживають, входять в його інтереси, настрої, бажання. Тому вони нерідко допомагають хворим там, де дипломований лікар виявляє брутальну некомпетентність.

Активне вислуховування скарг хворого - елемент психотерапії. Часто вислухати хворого - значить уже полегшити його стан. Лікар, надаючи пацієнтові можливість вільно висловлюватися, може деякою мірою забезпечити реалізацію такого терапевтичного механізму, як катарсис.

Поняття катарсису ввів ще Аристотель, який стверджував, що через співчуття й страх досягається очищення (катарсис) духу. Як синонім вживається термін «відреагування». У психоаналізі катарсис описаний як один із центральних терапевтичних механізмів, що забезпечує звільнення від негативного емоційного досвіду (переживань) шляхом його відреагування (актуалізації). В бесіді з лікарем часткове відреагування негативних емоційних переживань, пов'язаних з болем і стражданням, знижує напруження і тривогу у пацієнта.

Нерідко хворі під час бесіди починають плакати. Не слід їх заспокоювати. По-перше, як правило, плачуть хворі з легкими психічними розладами. По-друге, після того, як хворий виплачеться, часто настрої його покращуються і він повідомляє про себе більше, ніж до цього.

Збір інформації про хворого вимагає вміння лікаря чітко формулювати питання. Питання ділять на закриті й відкриті. Закриті питання використовують для одержання конкретної інформації, зазвичай вони передбачають коротку відповідь, підтвердження або заперечення. Відкриті ж

питання дають можливість для поглибленої, розгорнутої відповіді, можуть включати не тільки опис, але й суб'єктивну оцінку симптому.

У випадках розпитування хворого, що знаходиться у стані психозу, стримана манера поведінки лікаря виправдовує себе протягом усієї бесіди. При розпитуванні хворих у ясній свідомості, вона в подальшому може змінюватися залежно від обставин. Хворих з маніфестних психічними розладами бажано опитувати за допомогою прямо поставлених питань. Виняток становлять хворі з маяченням. Тут часто зустрічається той чи інший ступінь недоступності, і питання краще ставити у непрямій формі, ніби «наштовхуючи» хворого на бажання розповісти те, що він намагався приховати. Так, якщо у хворого запідозрене маячення збитку, то доцільно спочатку запитати його про будинок, про квартиру, про сусідів. Зазвичай він не втримається, щоб не сказати при цьому, що з сусідами трохи не пощастило – хуліганять і т.д. Слід пам'ятати, що більшість психічно хворих, незалежно від рівня свого інтелектуального розвитку та отриманої освіти, використовують для описання хворобливих переживань однотипні слова, а нерідко і вирази. Якщо, наприклад, хворий говорить: «Я знаю і Ви знаєте», «Вам і так все відомо» і т.п. - визначення статусу як маячного є найбільш імовірним. Уловлювання на слух і запам'ятовування таких словесних «матриць», допомагає достовірному визначенню того або іншого симптому.

Прискорена мова зустрічається звичайно в трьох випадках: людина говорить швидко, якщо вона стривожена і схвильована; якщо вона розповідає про інтимні проблеми; або ж якщо намагається вмовити чи переконати співрозмовника. У клініці прискорена мова переважно є ознакою тривоги, але може зустрічатися й при маніакальному стані. Уповільнена мова може свідчити про втому, зневіру та сум. Спостерігається вона і в осіб з рисами зарозумілості й снобізму, що нав'язують оточуючим незручний для них

повільний темп мови. Повільна мова характерна для депресивних і астенизованих пацієнтів. Коли людина говорить на незручну для себе тему, вона починає затинатися, неправильно будує фрази, у мові з'являються «слова-паразити».

На спілкування лікаря із хворим вагомий відбиток накладає особистість пацієнта. Якщо стосовно істерика іноді дозволені різкість і суворість, то психастеніки або сенситиви завжди краще реагують на м'якість, розуміння, тепло, тяжко переносячи брутальність і неделікатність. Але в кожному разі в розмові з пацієнтом лікар має бути лідером і вміти спокійно, впевнено й швидко зрозуміти хвилюючі його проблеми, вибрати лікарську тактику, що максимально забезпечує швидке та повне одужання.

Крім того, необхідно дуже обережно ставитися до висловлення поточних діагностичних припущень. Слова лікаря звучать переконливо, якщо вони спираються на точні результати обстеження.

Важливо те, якими саме словами лікар закінчує бесіду. У психології відомий «ефект краю»: найкраще запам'ятовуються початок і кінець зустрічі. Остання фаза спілкування «лікар-хворий», що завершує зустріч, несе в собі лише психологічне навантаження, її завдання - забезпечити хворому емоційну підтримку, вселити надію на швидкий і щасливий кінець подій. Вона має супроводжуватись доброзичливим поглядом, жестом, що проводжає й одночасно запрошує пацієнта на наступну зустріч.

Тривалість діагностичної бесіди коливається в досить широкому діапазоні часу - зазвичай від 10-15 хвилин до години, рідко трохи більше. Тривала бесіда стомлює як лікаря, але і хворого. Про те, що хворий під час бесіди може втомитися, слід пам'ятати завжди. Хворий має право виснажувати лікаря питаннями. Лікар, якщо клінічна картина хвороби в

цілому йому зрозуміла, повинен відкласти з'ясування не критично важливих психопатологічних тонкощів до іншого разу.

Скарги хворого

На початку курації, після загального знайомства з хворим слід запитати, які скарги він має стосовно стану свого здоров'я загалом. Вони можуть бути як психічного, так і соматичного характеру. Необхідно уважно вислухати хворого, і на підставі отриманої інформації проводити уточнення. Послідовними запитаннями з'ясовують наявність скарг стосовно головних органів і систем. Першочергову увагу надають скаргам психічного характеру, враховуючи здебільшого порушену здатність хворого до адекватної самооцінки. При викладенні цього розділу не слід використовувати спеціальні медичні терміни. Скарги хворого мають бути наведені у відповідності до стилістичних особливостей його мови.

За винятком нечисленних ситуацій, в першу чергу експертних, коли психіатр може зустрітися з аграваціями або симуляціями, в основі навіть незначних скарг психічно хворих лежать реальні причини. Неправильне розпитування, зокрема, недовіра лікаря до того, що йому повідомляють, ображає, дратує і озлобляє хворих, являючись найбільш частою причиною агресивних дій з їхнього боку. Недовіра лікаря не обов'язково висловлюється словами, дуже часто проявляючись репліками або інтонаціями, манерою тримати себе. Все це не сховається від очей пацієнтів, які часто слідкують за своїми співрозмовниками іще уважніше, ніж ті за ними.

Захворювання психіки може призводити до анозогнозичної внутрішньої картини хвороби, що має своїм наслідком заперечення хворим будь-яких проблем з боку психіки, вперте небажання уточнювати стан певних психічних сфер, чи то пояснення госпіталізації якимись соматичними

причинами («боліла голова»; «захворів шлунок» і т. ін.). Хворий може знаходитися у стані потьмареної свідомості і бути неспроможним до продуктивного контакту з куратором. У такому випадку в розділі «скарги хворого» слід зазначити, що скарг на психічне здоров'я хворий не висловлює, вважає себе психічно здоровим. Залежно від обставин занотовують лише соматичні скарги хворого, а потім зазначають, що внаслідок хворобливого стану психіки (обґрунтувати, якого саме: скажімо, стан психозу із маячним сприйняттям оточуючого, чи оглушення свідомості зі сповільненою реакцією на сильні подразники) спілкування з хворим має вибіркового характер (вказати, у чому саме він полягає), або ж повністю непродуктивне. Психічно хворий може висловлювати наступні найбільш типові скарги:

Сфера свідомості

- періоди (напади) виключення чи потьмарення свідомості, під час яких хворий падає, з судомами м'язів чи без них, можливо, в супроводі певних вегетативних чи судинних порушень (зазначити, яких саме); - слід вказати тривалість і частоту таких випадків, безпосередні наслідки їх для здоров'я;
- періодичне (поступове, протягом певного часу, чи постійне) погіршення (чи неможливість) усвідомлення власної особи (хибно себе називає, порушення усвідомлення свого віку, професії, частин тіла, тощо) із зазначенням обставин, тривалості та частоти (наприклад, «скаржитися, що іноді відчуває себе іншою людиною»);
- періодичне (поступове, протягом певного часу чи постійне) погіршення (чи неможливість) усвідомлення поточного часу, місця перебування, обставин власних дій, невпізнавання рідних та близьких осіб, із зазначенням обставин, тривалості та частоти (наприклад, «часом не впізнаю місця, в якому знаходжусь, не можу сказати як туди потрапив»).

У разі виникнення скарг стосовно сфери свідомості, зазвичай додаються

скарги за іншими сферами психіки, оскільки розлади свідомості тягнуть за собою низку порушень пізнавальної, мнестичної та інших функцій.

Сфера сприйняття

- зниження або підвищення чутливості до зовнішніх подразників - світла, звуку, запаху, смаку, дотику («надто дратує голосна мова, звуки видаються різкими»; «дотики до тіла надто болючі»; «зовсім не відчуваю смаку їжі» і т. ін.);
- зниження або підвищення чуттєвого тону сприйняття (наприклад, «сприймаю все блідим, розмитим, кольори тьмяні» або «всі предмети сприймаються надто рельєфно, мов обведені подвійним контуром, кольори яскраві, насичені»);
- невпізнавання окремих предметів або їх якостей та властивостей (кольору, форми, призначення);
- порушення сприйняття свого тіла або окремих його частин (збільшення чи зменшення, відсутність або помноження окремих частин, зміна пропорцій, наявність додаткових органів та ін.);
- болісні, нестерпні відчуття з боку внутрішніх органів (наприклад, «свербіж у шлунку, що поширюється на легені і серце; в грудях немов щось шкребеться» і т.п.);
- сприйняття двох різних подразників як одного (забарвлений звук, смак кольору і т.п.);
- порушення сприйняття предметів (збільшення чи зменшення їх розмірів, загальна зміна кольору, форми);
- невпізнавання себе (тіла, голосу, обличчя);
- невпізнання та відчуження добре знайомої оточуючої дійсності («все навколо стало іншим, незнайомим, здається, що все бачу вперше»);

- сприйняття реально існуючих предметів та явищ як фантастичних, казкових образів («у зморшках завіси вбачаю дивовижні стовбури дерев, у тріщинах на стінах - загрозливі посмішки» і т.п.);

- сприйняття неіснуючих реально предметів та явищ (голосів, людей, тварин, пахоців, смаків). Обов'язково уточнюють, звідки вони походять (з голови, з окремих предметів, із середовища); які властивості мають (яскраві чи бліді, чіткі чи розмиті, безконтурні, рухомі чи нерухомі, елементарні у вигляді окремих звуків, спалахів світла чи складні, панорамні, сценоподібні); яке відношення мають до особи хворого (коментують його думки, поведінку, спонукають до тих чи інших дій чи взагалі не стосуються хворого); як сприймаються відносно реальності (як дійсність чи як відокремлені від реальності явища); якими почуттями супроводжуються (страх, тривога, озлобленість, екстаз, почуття «нав'язаності»); коли виникають (під час засинання чи пробудження, вночі, вдень, після фізичного чи психічного перевантаження, без якихось передумов); відсутність чи наявність критичного ставлення до них.

Сфера мислення

- періодично виникаючий неконтрольований наплив різних за змістом думок, уявлень, образів (наприклад, «натовп думок як крига в повінь»);

- уповільнення мислення, котре хворий суб'єктивно відчуває як збіднення думок, обмеження їх кількості за одиницю часу (наприклад, «стало складніше думати, важко віднайти хоч якусь думку з цього приводу»);

- періодичні «зупинки» мислення (наприклад, «раптом усі думки кудись зникають, голова наче пуста»);

- нав'язливі думки, що суб'єктивно відчуються хворим як тягар, від якого не вдається позбавитися (наприклад, «весь час очікую, що з моєю дитиною трапиться щось зле»).

Сфера пам'яті та інтелекту

- посилення чи загострення пам'яті, коли хворий легко пригадує різні дрібні деталі зі свого минулого життя, або цитує великі розділи чи глави з книжок. Таке порушення пам'яті може стати скаргою, тільки коли хворий ретельно спостерігає за змінами своєї психіки;

- послаблення пам'яті, коли хворий скаржиться на порушення здатності запам'ятовувати, зберігати та відтворювати інформацію;

- відсутність пам'яті на ті чи інші події що передують чи відбуваються слідом за певним чинником, наприклад, травмою голови. Відзначається характер цього зв'язку (відсутність пам'яті на події, що передували дії чинника, стались після дії чинника чи поєднання обох типів порушень);

- відсутність пам'яті на поточні події («не пам'ятаю, що сьогодні робив зранку, які страви їв на сніданок»);

- прогресуюча втрата пам'яті на події від щойно минулого до найвіддаленіших подій (наприклад, «ще тиждень тому пам'ятав, коли останній раз лікувався, а зараз не можу пригадати»);

- відчуття прогресуючого зниження інтелектуальних здібностей (наявне лише при збереженні самокритики хворого).

Сфера уваги

- складність переключення уваги (наприклад, «складно перейти від одного заняття до іншого», «як почав про щось думати, не можу зосередитись на іншому»);

- нестійкість уваги (наприклад, «не можу закінчити жодної роботи, весь час щось відволікає»).

Емоційна сфера

- надто легкий і прискорений перехід від позитивних емоцій до негативних («хвилину тому плакав, а зараз на душі пташки співають»);

- раптові напади дратівливої незадоволеності;

- відчуття смутку, туги, печалю. Слід зазначити причину появи (без відповідних причин; внаслідок смерті рідної людини, внаслідок певних думок із указанням яких саме), тривалість, частоту (постійно чи посилюється у певний час доби);

- відсутність будь-яких емоційних реакцій, навіть на життєво важливі події, що супроводжується суб'єктивно болісним відчуттям байдужості («став немов деревина, ніщо не викликає відгуку в душі, краще б страждав...»);

- відчуття загальної (генералізованої) тривоги, не пов'язаної з дією конкретних причин («щось невизначене непокоїть, місця собі не знаходжу»);

- приступи розпачу, жаху, страху смерті з вираженими вегетативними проявами (панічні атаки) - слід вказати передумови, тривалість та частоту;

- різноманітні страхи, в тому числі нав'язливі, що супроводжуються критичним ставленням до них. Слід зазначати їх зміст (страх забруднення, замкненого приміщення, захворювання тощо), і наявність підстав. Страхи можуть бути не пов'язані з чимось конкретним: «відчуваю загальний страх... має статись щось жахливе».

Сфера волі

Скарги щодо вольової сфери можуть стосуватися інстинктів і потягів. Скарги щодо інстинктів:

- хворобливе посилення або послаблення апетиту (наприклад, «їм і не можу наїстися» або «будь-які страви викликають огиду»);
- спотворення харчових потреб, коли виникає бажання їсти неїстівне;
- немотивований страх за своє життя;
- посилення або послаблення статевого потягу;
- статеві збочення, якщо вони мають суб'єктивно обтяжливий характер, виливаються у скарги тільки при достатній відвертості хворого із куратором;
- бажання накласти на себе руки (суїцидальні тенденції). Вкрай важливо визначити, чи хворий має на увазі пасивні думки про небажання жити, чи обмірковує певний спосіб, чи було подібне раніше, чи займався відповідними приготуваннями, чи мав незакінчені спроби самогубства.

Скарги щодо порушення потягів (вольового контролю):

- внутрішня млявість, знесилення, відчуття виснаженості на тлі відсутності фізичних зусиль;
- прагнення до безцільного блукання (дромоманія);
- довготривале перебування вдома із неможливістю виконувати більш-менш тривале навантаження, занепадом професійної діяльності, астенізацією;
- немотивований розпродаж домашнього майна і зубожіння;
- неконтрольований потяг до азартних ігор,
- імпульсивне підпалювання;
- немотивовані крадіжки;
- імпульсивна, неконтрольована пиятика;
- імпульсивний потяг до насильства;
- прагнення до будь-яких інших нав'язливих дій (сміху під час урочистих заходів, нецензурної лайки в публічних місцях, ритуальне потирання рук, застібання та розстібання гудзиків, і т.і.);

Слід пам'ятати, що деякі скарги хворі охоче викладають куратору, а деякі прагнуть приховати.

6.1.3. Анамнез життя та хвороби

Специфіка збору інформації про пацієнта у психіатрії характеризується необхідністю відокремлення суб'єктивного і об'єктивного анамнезів. Спочатку описуються відомості, отримані при безпосередньому спілкуванні з хворим, тобто «суб'єктивний анамнез». Але слід мати на увазі, що психічне захворювання накладає відбиток на світогляд і часто має своїм наслідком перекручення інформації. Хворий може умисно перекручувати відповіді, уникати певного кола питань, сподіваючись прискорити виписку чи вплинути на лікувальний процес. Можлива також маячна інтерпретація минулого, конфабуляції, амнезія. Якщо такі хворобливі спотворення мають місце, то це необхідно відзначити в історії хвороби. Окремо описують статус і окремо викладають суб'єктивний анамнез.

За таких умов важливе значення мають об'єктивні дані, отримані від людей, які близько спілкувались із пацієнтом. Назва «об'єктивний» є умовною, адже кожен опитуваний викладає своє суб'єктивне ставлення до пацієнта.

До даних об'єктивного анамнезу відносять:

- а) дані лікаря, який став першим свідком захворювання, наприклад, лікаря психоневрологічного диспансеру;
- б) дані спостереження, бесіди та опису об'єктивного статусу;
- в) дані документів хворого (паспорт, листування, характеристики, дані амбулаторних карт, виписки, тощо);
- г) щоденники поточної та архівних історій хвороби;
- д) відомості від рідних та знайомих пацієнта.

Не слід забувати, що серед родичів душевнохворих часто зустрічаються психічні відхилення, що впливають на достовірність об'єктивного анамнезу. Найбільш повні відомості найчастіше повідомляють матері; про хворих похилого віку - доньки. Розпитування родичів слід вести почерзі, інакше адресоване одному питання, викликає одночасну відповідь іншого, що заплутує розмову. При одночасному розпитуванні родичів між ними можуть виникати розбіжності, суперечки, взаємні звинувачення. У тих випадках, коли психічне захворювання має непсихотичний рівень, в амбулаторних умовах доцільніше першим опитувати хворого. При наявності ж психозу краще спочатку опитувати родича.

Анамнез життя (anamnesis vitae):

При зборі анамнестичних відомостей необхідно з'ясувати преморбідні особливості хворого і ті характерологічні зміни, які відбулися за час хвороби. Відзначають особливості реагування на різні життєві обставини в динаміці розвитку хвороби. Відомості про характер слід виявляти не за допомогою прямо поставлених питань «був товариським, замкненим» і т.д., а на підставі розпитування про повсякденне життя.

При зборі анамнезу звертають увагу не тільки на перенесені соматичні хвороби та інші екзогенні шкідливості (наприклад, алкоголізм), але і на вплив, який вони чинили на психіку хворого.

Клінічну картину доповнює ознайомлення лікаря з листами хворих, їхніми щоденниками та самоописом хворобливих розладів, а також з різними видами творчої діяльності (малюнки, вірші і т.п.).

Сімейний анамнез: наявність спадкової обтяженості, психічних відхилень у найближчих родичів (судомні напади, дивацтва поведінки, дисгармонійні риси характеру, самогубство або спроби до нього і т.п.). Слід

також вказати наявність соматичної патології (судинні, ендокринні хвороби, туберкульоз, сифіліс) та шкідливих звичок (вживання алкоголю, наркотиків, тютюнопаління) у сім'ї;

Раннє дитинство: вік батьків на момент народження; особливості перебігу вагітності та пологів у матері; розвиток дитини: коли почав ходити, розмовляти; дитячі захворювання та їх наслідки; нічні страхи, судомні напади, нічне нетримання сечі, затинання; особливості поведінки та характеру;

Шкільний період: коли почав навчання, успішність, зацікавленість певними предметами; труднощі у навчанні, дублювання класів; коли закінчив школу та скільки класів; характерологічні особливості у цьому віці;

Юнацький період: де навчався, працював після закінчення школи; служба в армії (якщо не служив - з якої причини), особливості пристосування до умов армії, конфлікти, дисциплінарні порушення; характерологічні особливості в цьому віці;

Період зрілості: початок трудової діяльності, задоволеність працею, трудові конфлікти, професійні шкідливості, зміни професії та їх причини; особливості взаємин на роботі, з друзями, у сім'ї;

Психосексуальний розвиток: вік настання статевої зрілості; нервово-психічні особливості у пубертаті; перша полюція (ойгархе) - для чоловіків, перша менструація (менархе) - для жінок; перший статевий зв'язок, його особливості; нинішнє статеве життя. У жінок також з'ясовують наявність в минулому вагітностей, пологів, абортів. Якщо пацієнт похилого віку, то з'ясовують вік настання клімаксу та особливості його перебігу;

Сімейне життя: час вступу до шлюбу, особливості стосунків у сім'ї, задоволеність сімейним життям, наявність конфліктів; кількість шлюбів та розлучень, їх причини; кількість дітей у сім'ї, взаємини із ними;

Особливості преморбідного періоду: активність (інертність) поведінки, врівноваженість (неврівноваженість), стриманість (нестриманість), терплячість (дратівливість), відлюдкуватість (товариськість); схильність до афективних реакцій та нервових зривів; коливання настрою; особистих схильностей і захоплення;

Зовнішні травмуючі чинники: перенесені хвороби, у т.ч. інфекційні, оперативні втручання, травми голови із втратою свідомості та їх наслідки, психічні травми; вживання алкоголю (з якого віку, частота, характер сп'яніння, разова «норма», наявність похмілля та похмеляння); вживання наркотиків або якихось лікарських засобів, речовин психотропної дії; паління тютюну.

Анамнез хвороби (anamnesis morbi)

Даний розділ повинен відображати динаміку психічного захворювання від першої появи хворобливих проявів до теперішнього часу:

- з якого часу вважає себе хворим. Якщо у пацієнта відсутня критика до свого стану, питання слід формулювати наступним чином: «З якого часу відчуваєте у собі зміни?», «Коли оточуючі стали вважати Вашу поведінку дивною?»;
- як починалася хвороба, у чому саме полягали зміни поведінки, дивацтва;
- як сам ставився до змін психічного стану (з тривогою, байдуже, зацікавлено);
- як реагували на це найближчі родичі, друзі (зі слів пацієнта);
- коли був вперше госпіталізований до психіатричної лікарні; тривалість лікування; наслідки на думку пацієнта;

- самопочуття та особливості поведінки під час ремісії;
- наступні госпіталізації (частота, тривалість, результати);
- зміни стану здоров'я останнім часом та причини нинішньої госпіталізації.

Хворий може взагалі заперечувати у себе будь-яку психічну хворобу. У такому разі слід обмежитися констатуванням дат минулих госпіталізацій і коректно поцікавитися, як хворий сам пояснює їх причини, особливо ретельно висвітлюючи теперішню госпіталізацію.

6.1.4. Соматичний, неврологічний та психічний статус

Соматичний і неврологічний стани необхідно досліджувати згідно схем, що застосовуються у відповідних дисциплінах.

Соматичний стан

- загальний вигляд, статура: у хворих на нервову анорексію, алкоголізм, наркоманію, осіб із гормональними порушеннями, при маяченні отруєння, негативізм, може бути присутня кахексія; якщо є ожиріння - вказується його тип; слід звернути увагу на загальну охайність хворого;
- шкіра і підшкірна клітковина: відзначаються татуювання, пошкодження шкіри, шрами, опіки, рубці від самопорізів, сліди від ін'єкцій, надмірна сальність шкірних залоз, можлива наявність странгуляційної борозни і т.п. Це може бути об'єктивним свідченням травм при розгорнутих епілептичних нападах, черепно-мозкових травм, наркоманій, суїцидів і т.д.
- слизові оболонки: можлива сухість при депресіях, терапії нейролептиками;
- суглоби та кістки: наслідки травм, у т.ч. черепно-мозкових;

- дихальна система: згідно загальноприйнятої схеми;
- серцево-судинна система: згідно загальноприйнятої схеми;
- система травлення: звертається увага на порушення розмірів і консистенції печінки, підшлункової залози при алкоголізмі; здуття кишок при атонії, пов'язаній із лікуванням психотропними засобами або наркоманіях;
- сечостатева система: згідно загальноприйнятої схеми;
- ендокринна система: порушення розвитку молочних залоз, вірилізм, зміни пропорцій тіла як наслідок ендокринопатій, можуть поєднуватись із психічними розладами.

Особливо ретельним має бути соматичний огляд хворих, які не можуть висловити скарги. Якщо ж до психіатричного стаціонару надходить невідомий без документів, то мають бути описані його основні зовнішні прикмети: зріст, тілобудова, колір очей і волосся, приблизний вік, татуювання, родимі плями і рубці на тілі, а також можливі фізичні вади.

Неврологічний стан

Неврологічне дослідження починають з визначення стану черепно-мозкових нервів. Перевіряють реакцію зіниць на світло, конвергенцію, акомодацию: вузькі зіниці (міоз) можуть спостерігатися при опіатному сп'янінні, органічних ураженнях мозку, а широкі зіниці (мідріаз) спостерігаються при тяжкому депресивному стані, отруєнні атропіном, кокаїновому сп'янінні. Нерівномірність зіниць (анізокорія) і позитивний прямий симптом Арджіл-Робертсона (присутність реакції зіниць на світло та відсутність її на конвергенцію) можуть спостерігатись при сифілісі мозку. Екзофтальм, що супроводжується розширенням очних щілин, властивий тяжким випадкам тиреотоксикозу, пухлинам головного мозку, паралічу

окуломоторних нервів. Гіперфункцію щитовидної залози супроводжує дратівливість, образливість, безсоння, надмірна пітливість, підвищена недовірливість.

Під час обстеження також перевіряють також оскал зубів, симетричність обличчя, язика, периостально-сухожильні і черевні рефлексі; кон'юнктивальні та корнеальні рефлексі; виявляють наявність патологічних рефлексів Опенгейма, Росолімо, Бабінського, досліджують менінгеальні симптоми: ригідність м'язів потилиці, симптоми Брудзінського, Керніга.

Важливе значення мають проби на координацію (пальцево-носова, хитання у позі Ромберга та ін.);

Рефлексі слід описувати за наявністю, ступенем прояву, рівномірністю. Важливо описати так звані «мінімальні відхилення» (асиметрія інервації обличчя, сухожилкових рефлексів і т.п.), що може бути наслідком резидуального органічного ураження головного мозку.

Психічний статус

Психічний статус має наступні основні параметри: зовнішній вигляд обстежуваного, комунікабельність і поведінка під час бесіди, настрої і емоції, інтелект, особливості сприйняття себе, часу і навколишньої реальності.

Особливості сприйняття себе, часу і навколишньої реальності характеризують здатність людини визначати час і місце, а також ідентифікувати себе. Таким чином, характеризується рівень свідомості (ясна, сплутана, потьмарена), адекватність самооцінки, наявність порушень сприйняття.

Настрої характеризує поточний психологічний стан обстежуваного.

Інтелект характеризується словниковим запасом, рівнем освіти, запасом знань, здатністю розуміти зв'язок речей і явищ, робити висновки.

В процесі комунікації оцінюється і процес мислення: цілісність або розірваність, рухливість, доречність, деталізація.

Головні вимоги до написання цього розділу: повний і всебічно аргументований опис нормального чи збоченого функціонування сфер психіки, ілюстрований прямою мовою хворого і власним лікарсько-аналітичним висновком стосовно кожної сфери психіки і кожного із симптомів. Психічний статус не повинен носити констатуючий характер і містити спеціальні психіатричні терміни. Наприклад, не слід писати: «У хворого є маячення переслідування, фізичного впливу». Необхідно написати: «Протягом останніх двох місяців хворому стало здаватися, що оточуючі ставляться до нього недоброзичливо, змінилася поведінка товаришів по роботі. Вони почали про щось шепотітися наодинці, підморгувати один одному і т.д.». Статус також не повинен відображати суб'єктивну думку лікаря. Він має бути об'єктивним і охоплювати всі сфери психічної діяльності хворого.

При дослідженні психічного статусу слід дотримуватись певної послідовності викладення сфер психічної діяльності. Щодо кожної з них викладаються дані лікарського спостереження і опитування. Опитування проводиться цілеспрямовано, з метою виявлення певних психопатологічних симптомів.

Послідовність дослідження психічних сфер:

а) загальний вигляд хворого: вираз обличчя, міміка, її пластичність, виразність; особливості ходи; поза;

Оцінка починається з моменту входу в кабінет лікаря. Наприклад, при псевдопаркінсонічних розладів, пов'язаних з тривалим вживанням нейролептиків, міміка у хворого застигла, рухи скуті, він пересувається

дрібними кроками, співдружних руху рук відсутні, відзначаються тремор кінцівок, непосидючість.

б) ступінь і адекватність мімічного і мовного контакту з куратором: добрий, коли хворий охоче відповідає на питання і змістовно розповідає про себе; формальний, коли відповіді хворого скупі, одноманітні або односкладові; відсутність контакту – хворий мовчить, відвертається, уникає погляду («очний негативізм»), відмовляється від бесіди;

Хворий буває мовчазним, відлюдкуватим, відмовляється від розмови або ставиться до неї формально, відповіді його мізерні, одноманітні. Останнє характерно для хворих з емоційно-вольовим збіднінням особистості при шизофренії, депресіях, органічному психосиндромі.

в) стан свідомості: орієнтування у місці, часі, власній особистості;

Якщо при з'ясуванні прізвища, імені, по-батькові, року народження, професії, місця перебування хворого і часу, він правильно відповідає на питання, можна зробити висновок, що алло- і аутопсихічне орієнтування у нього збережене. Але, наприклад, при деліріозному розладі свідомості, хворий може бути дезорієнтованим в місці і часі, але правильно орієнтований у власній особистості.

г) розлади сприйняття описуються згідно виявлених скарг, опитування по аналізаторам, спостереження за поведінкою. Скарги щодо сприйняття докладно відображені у відповідному розділі. Шляхом опитування можна визначити наявність ілюзій, галюцинацій, психосенсорних порушень. Слід докладно їх охарактеризувати: відносно аналізаторів, за складністю, проекцією, повнотою розвитку, суб'єктивним ставленням особи (див. розділ «Скарги хворого»). Якщо хворий прагне приховати деякі розлади, звертають увагу на особливості його поведінки, що викликані порушеннями сприйняття. При слухових галюцинаціях можливе прислухання до «голосів», розмова з

ними, інколи намагання врятуватись від них затиканням вух пальцями, ватою та ін. У випадку зорових галюцинацій можливе повертання голови в бік галюцинаторної картини, напружене стеження за нею, характерним є вираз обличчя. Інколи рухи при цьому відбивають контакт з галюцинаторними образами (хватування, скидування зі столу, з одягу, притискання та ін.). Переймаючись нюховими галюцинаціями, хворі можуть затикати ніс ватою, здавлювати його пальцями; смаковими - кривити обличчя, плюватись. У випадку тактильних галюцинацій можливе почісування, раптове відсмикування кінцівок та ін. Частина хворих ставляться до галюцинацій з повною або частковою критикою, але можуть бути і впевнені в реальному їх існуванні.

д) *розлади мислення*: за темпом - нормальне, прискорене, сповільнене; за зв'язністю (послідовністю) та формою асоціацій - розірваність, незв'язаність, паралогічність, резонерство, патологічна деталізація, персеверації, патологічний символізм, амбівалентність, неологізми; за адекватністю асоціацій - нав'язливі ідеї, надцінні ідеї, маячення. Останні слід докладно характеризувати тематично і структурно (паранойяльний, параноїдний чи парафренний характер), ілюструючи свої виклади прямою мовою хворого; рівень критичного осмислення власних хворобливих симптомів і перебігу хвороби. Особливості мови хворого: інтонації і модуляції голосу, виразність, паузи, особливості мімічного супроводу певних (маячних, свідомо хибних) тверджень. Лікар має ретельно з'ясувати особливості мислення хворого, логічність його суджень і умовиводів, цілеспрямованість, критичність і грамотність побудови фраз. Поява в лексиці хворого нових, зазвичай не вживаних слів та зворотів мови, зайва деталізація фактів говорять про порушення перебігу розумових процесів.

Здатність пацієнта до абстрактного мислення і узагальнення оцінюються шляхом постановки простих психологічних завдань, спрямованих на з'ясування розуміння ним переносного значення прислів'їв, метафор, здатності відділяти головні ознаки від другорядних.

е) розлади уваги: складність переключення; концентрації; патологічне відволікання; зниження або відсутність здатності до концентрації (ілюструвати прикладами спостережень за поведінкою і мовою хворого);

є) порушення інтелекту: відповідність віковому і освітньому рівневі (оцінки в атестаті, рівень загальних знань, відповіді на питання щодо улюблених предметів); рівень суджень і умовисновків, словниковий запас; здатність до абстрагування; оперування переносними поняттями; математичними категоріями; здатність коригувати свої вислови за підказкою; рівень навичок читання, письма; розуміння гумору; здатність вірно розуміти питання та інструкції - відразу чи з повторами і підказками, тощо;

ж) порушення пам'яті: загострення; зниження; прогалини пам'яті із їх докладною характеристикою; якісні порушення - конфабуляції, псевдоремінісценції, криптомнезії;

з) емоційний стан: переважний фон настрою, його стійкість, прояви порушень настрою; емоційні реакції під час бесіди з куратором (приміром, значні перепади настрою, дратівливість, гнівливість, відсутність емоційної реакції, невиразність і скупість емоцій, надзвичайна емоційна збудливість при обговоренні певного питання, пожвавлення у відповідь на певне питання чи дію), розлади емоцій за силою, рухливістю, адекватністю. Особливості емоційних реакцій хворого стосовно значимих для нього осіб (рідних, друзів, медпрацівників, осіб на котрих розповсюдилися маячні ідеї). Спостереження ілюструються описом міміки, фізіологічних проявів у відповідь на певні мовні чи поведінкові стимули куратора;

и) ефекторно-вольова сфера: адекватність, швидкість, довільність і цілеспрямованість рухів; наявність чи відсутність нав'язливих рухів (тіки, стереотипії та ін.); судомних проявів, парезів, астазії-абазії, інші порушення рухів (див. також розділ скарг). Прояви цілеспрямованої активності хворого (плани на майбутнє - адекватність, щирість, доцільність, у разі інвалідизації - ступінь астенії, при шизофренії можливі абулічні прояви; тощо); особливості рухо-вольової активності хворого у лікарні згідно спостережень чергових - підпорядкування режимові відділка, ступінь співробітництва з медперсоналом, виконання інструкцій, фізичні навантаження, проведення вільного часу, особливості догляду за собою, чи є потяг до втечі чи інших порушень режиму, відомості зі слів медперсоналу щодо проявів маячної, галюцинаторної, дисфоричної, апато-абулічної, психопатичної, негативістичної та іншої поведінки. Варто ідентифікувати особливості пристосувальної поведінки хворого: вона здебільшого буває гармонійна, конфліктна, регресивна, індіферентна. Наявність змін стану як нижчих так і вищих потягів - посилення, послаблення або збочення з їх докладною характеристикою. Особливу увагу слід надавати суспільно-агресивним та суїцидальним проявам. Питання слід формулювати коректно і обережно, виключаючи можливість індукції хворого власними припущеннями, вибираючи вдалий період часу і намагаючись внести максимальну ясність.

і) особисте ставлення до обстеження та лікування: позитивне, з критичним сприйняттям свого хворобливого стану, бажанням до співробітництва з медиками задля одужання, чи негативне, з відсутністю критичного ставлення до хвороби, або ж байдуже чи з формальною критикою хвороби (вказати прямою мовою хворого).

Іноді пацієнт на момент курації не виявляє ознак значних порушень психічної діяльності у розрізі встановленого діагнозу. Це може відбуватись

внаслідок одужання, небажання розкривати інформацію щодо хворобливої поведінки, тощо. У такому випадку рекомендовано до опису актуального психічного статусу долучати дані про ті хворобливі прояви, що спостерігалися напередодні.

В окремих випадках поведінка психічно хворих не відрізняється від поведінки здорових. Вони спокійно і цілеспрямовано відповідають на питання, адекватно орієнтовані. І тільки ретельне опитування хворого та оточуючих осіб дозволяє встановити наявність маячних ідей у його судженнях, зафіксувати напруженість міміки і погляду, що вказують на порушення душевної діяльності.

6.2. Додаткові обмеження в діагностиці психічних захворювань

6.2.1. Нейрофізіологічні обмеження

Серед нейрофізіологічних методів при обмеженні психічно хворих найбільш часто використовується електроенцефалографія, рідше реоенцефалографія і ехоенцефалографія.

Електроенцефалографія (ЕЕГ) - запис біотоків, що відображають процеси метаболізму клітин мозку. ЕЕГ найбільш важлива для діагностики епілепсії та епілептичних психозів: виявляються гострі хвилі, піки, комплекси пік-хвиля та інші прояви судомної активності. Подібна ж активність може бути зреєстрована у осіб, які не хворіють на епілепсію, але мають високу судомну готовність. Але у деяких хворих на епілепсію у міжнападний період судомна активність на ЕЕГ повністю відсутня. Гіпервентиляція (глибоке дихання протягом 1-2 хв) сприяє її виявленню внаслідок зниження вмісту окису вуглецю в крові. Судомна активність також може пригнічуватись на фоні прийому психотропних препаратів.

Як допоміжний метод, ЕЕГ застосовується для діагностики органічних уражень головного мозку. Їм властиві помірні зміни біоелектричної активності мозку переважно дифузного, але іноді і локального характеру. Ендогенним депресіям притаманні зміни ЕЕГ під час сну (скорочується фаза повільних дельта-хвиль), але для їх виявлення потрібна нічна реєстрація.

Реоенцефалографія (РЕГ) — реєстрація особливостей кровопостачання мозку шляхом вимірювання коливань електричного опору тканин голови. Крива РЕГ синхронна з пульсом і дозволяє розпізнати ураження судин головного мозку. При церебральному атеросклерозі вершини хвиль замість гострих в нормі стають згладженими, аркоподібними.

Ехоенцефалографія (ЕхоЕГ) — дослідження мозку за допомогою ультразвуку, побудоване на принципі ехолокації. Використовується при підозрах щодо наявності вогнищевого ураження головного мозку, наприклад, пухлини. У цих випадках медіальні структури мозку зміщуються у здоровий бік. При наявності у мозку крупної атрофічної ділянки зміщення відбувається на бік патологічного процесу.

6.2.2. Нейрорентгенологічні обстеження

Краніографія - рентгенограма кісток черепа, що дозволяє за непрямыми ознаками судити про органічне ураження мозку. Наприклад, посилення пальцевидних відтисків є ознакою тривалої краніальної гіпертензії, а ділянки кальцифікації свідчать про перенесені черепно-мозкові травми.

Ангіографія судин мозку – виконується шляхом введення через сонну артерію контрастних або радіоактивних речовин з наступною рентгенографією. Дозволяє виявити ураження мозкових судин і локальні ураження мозку. Процедура складна і потребує згоди хворого і його родичів на її виконання.

Комп'ютерна томографія голови - автоматизоване пошарове рентгенологічне дослідження тканин мозку з наступним конструюванням об'ємного зображення. Метод дозволяє діагностувати мозкові пухлини, атрофічні процеси, кісти, абсцеси і т.д.

Позитронно-емісійна томографія – базується на особливостях розподілу радіоізоотопів, котрими «мітяться» перед введенням глюкоза, нейромедіатори або ліки. По їх розподілу можна судити про локальні зміни метаболізму в мозку, нейрорецепторах, кровопостачанні і т.д. Це новітній метод, можливості якого до кінця не вичерпані.

6.2.3. Дослідження спинномозкової рідини

Люмбальна пункція є лікарською маніпуляцією і виконується тільки за наявності згоди пацієнта або згоди родичів у випадку нездатності пацієнта самотійно дати згоду. Показанням для пункції є підозра, що певні психічні розлади викликані органічним ураженням головного мозку.

Спеціальну голку для пункцій, оснащену мандреном, вводять у кінцеву цистерну спинного мозку між III і IV або IV і V поперековими хребцями (у дітей між V поперековим і I куприковим). При виконанні маніпуляції хворий сидить нахиливши вперед тулуб і нахиливши голову, або ж лежить боком, зігнувши ноги і притиснувши їх до живота, а голову і шию до грудей. Після проколу шкіри при подальшому заглибленні голки відчувається перепона (проколювання міжхребцевих зв'язок). Вийнявши мандрен, можна побачити витікаючі з голки краплі ліквору. Для аналізу набирають у пробірку 4-8 мл. Дуже часті краплі свідчать про підвищення внутрішньочерепного тиску. Свіжа кров у лікворі може бути наслідком ушкодження дрібних судин при проколі. При арахноїдальних і мозкових крововиливах ліквор має вигляд

м'ясних помиїв. Після пункції пацієнт протягом 2-3 годин має лежати не піднімаючи голову і потім ще добу дотримуватись постільного режиму.

Вміст клітинних елементів (норма 3-5 в 1 мкл) різко зростає при менінгітах, менше - при енцефалітах і мозкових пухлинах (до 100 в 1 мкл). При гострих запаленнях відзначається нейтрофіліоз, при хронічних - лімфоцитоз. Вміст білку (норма 0,15-0,3 г/л) зростає і при запальних процесах, і при пухлинах. Але для пухлин, в силу порушення венозного відтоку від мозку, особливо характерна «білково-клітинна дисоціація»: вміст білка зростає в десятки разів, а цитоз незначно.

Реакція Ланге застосовується для діагностики сифілітичного ураження мозку. Використовують 16 пробірок з розчином ліквору від 1:10 000 до 1: 320 000, до якого додають колоїдний розчин золота червоного кольору. Якщо колір не змінюється (позначають цифрою 1) або стає червоно-фіолетовим (2), то це свідчить про нормальну реакцію. При патологічних змінах колір може стати фіолетовим (3), синім з червоним відтінком (4), синім (5), блакитним (6) і навіть прозорим (7). Реакцію зображають у вигляді графіку чи формули з цифровим позначенням кольору кожної з 16 пробірок. Для сифілісу мозку властивий «сифілітичний зубець» на графіку у розчинах від 1:40 до 1:640, для прогресивного паралічу різкі зміни у пробірках із слабким розчином та поступова нормалізація по мірі посилення розчину. При менінгітах максимальні зміни спостерігаються у розчинах від 1:640 до 1:5000.

Серологічні реакції з ліквором виконуються також для діагностики сифілітичного ураження мозку (реакції Васермана, Кана, Закса-Вітебського, іммобілізації трепонем (РІТ), імунофлюоресценції (РІФ) та ін.), а також для діагностики цистицеркозу (з антигеном цистицерка).

6.2.4. Дослідження крові і сечі

Загальні аналізи крові і сечі виконуються передусім для контролю можливої соматичної патології у психічно хворих. Особливо важливими вони є для хворих, які не висловлюють соматичних скарг. При лікуванні психотропними засобами іноді виникають ускладнення з боку системи крові і нирок. При терапії аміназином та іншими похідними фенотіазину, клозапіном, меліпраміном описані випадки агранулоцитозу (різкої нейтрофілопенії аж до повного зникнення нейтрофілів у лейкоцитарній формулі при відносному лімфоцитозі). Також при тривалому лікуванні аміназином необхідно перевіряти протромбіновий індекс через небезпеку тромбоемболії. Тривале лікування галоперидолом може викликати лімфомоноцитоз. Визначення вмісту глюкози в крові відіграє важливу роль при інсулінотерапії та підозрі щодо інтоксикації гашишем (гіпоглікемія). При терапії літієм необхідно регулярно (спершу один раз на місяць, потім один раз на 2-3 міс.) визначати його концентрацію в крові, що в нормі складає від 0,6 до 1,2 мекв/л.

Клінічні аналізи сечі особливо необхідні щоб не пропустити стерті захворювання нирок, що можуть служити протипоказаннями для лікування психотропними засобами. Іноді для того щоб перевірити чи приймає пацієнт призначені йому ліки, проводять спеціальні біохімічні дослідження сечі.

6.2.5. Експериментально-психологічні дослідження

Для оцінки психічного стану хворого слід користуватися усіма групами методик і в протоколі дослідження позначати не тільки відповіді хворого, але і особливості його поведінки під час проведення дослідження, висловлювання, ставлення до самого факту обстеження, тощо. При проведенні тестування лікар не повинен бути багатослівним, однак певні види підказок досліджуваному є цілком допустимими. Слід пам'ятати, що

хворі інколи болісно реагують на власну неспроможність, виявлену протягом дослідження. У такому разі слід пояснити мету дослідження і запевнити пацієнта щодо тимчасового характеру наявних у нього порушень.

При поясненні мети дослідження слід пам'ятати, що для більшості людей психологічно є більш прийнятно звучить перевірка "пам'яті", "уваги", "стану нервової діяльності", а не "розуму", "інтелекту", або "здібностей". Пропонування хворим надто простих завдань може іноді ображати їх, підштовхувати їх до висновку, що їх вважають "дурнями", "психами" тощо. У такому разі слід розпочинати дослідження з більш складних завдань, які можуть зацікавити хворого. Якщо пацієнт почувається невпевнено і боїться виказати свою неспроможність, кілька простих питань заспокоюють його. Нижче наведено деякі із методів, що їх можна застосувати для дослідження функцій психіки.

Дослідження відчуття і сприйняття

1) *Впізнавання зображень на картинках* - сприйняття звичайних картинок, упізнавання зображень при наявності лише елементів зображення (контурів, силуетів, основних штрихів) чи побічних елементів, що затруднюють впізнавання. Обстежуваному пропонують роздивитися одне за одним зображення і назвати їх. Спочатку показують більш прості картинки з чітким зображенням деталей, потім - дрібніші, контурні, силуетні, закреслені, накладені одна на одну і т.д. по мірі зростання складності. Контурні малюнки із зображенням собаки показують по черзі зліва направо і пропонують досліджуваному "домалювати" в своїй уяві те, чого не вистачає. Для дослідження оптичного гнозису використовують спеціальні таблиці. Порушення сприйняття зображень особливо часто спостерігається у хворих із явищами психічної слабкості і розладами свідомості (астенічні, аментивні,

аметивноподібні стани), у дітей із вираженою розумовою слабкістю. Залежно від вираженості розладів зображення більш прості і близькі до реальних предметів сприймаються вірно, а сприйняття малюнків силуетних, контурних, незакінчених, перекреслених або накладених один на одного є ускладненим.

2) *Сенсорна збудливість і реакції вегетативної нервової системи при сприйнятті ускладнених малюнків* - хворому пропонують вдивитися у таблиці, що зображують "рухливі квадрати", а потім - у таблицю "хвилястий фон". При розгляданні першої таблиці, друга закривається білим листком паперу і навпаки. Вдивляючись у другу таблицю, досліджуваний повинен підрахувати квадратики у першому ряду. Фіксується час, витрачений на підрахунок квадратиків у кожному ряду, а також вегетативна реакція і скарги досліджуваного, що виникають при першому погляді на "рябий" фон, спрямування "обертання" квадратиків. На іншій таблиці пропонують по черзі підрахувати неясно намальовані кола, квадратики і трикутники, розкидані на фоні хвилястих ліній. При цьому потрібно звертати увагу на те, як обстежуваний сприймає хвилястий фон, які у нього виникають суб'єктивні відчуття, чи не намагається він повернути картинку так, щоб хвилясті лінії знаходились вертикально, для полегшення сприйняття малюнку.

В рамках психопатологічних станів (делірій і передделірій, гіперестетична емоційна лабільність, сенсорна форма енцефаліту, наслідки арахноїдиту і т.ін.) на початку пізнавального процесу мають явно переважати емоційні та вегетативні реакції. При першому погляді на "рябий" чи "хвилястий" фон у хворих із вираженою сенсорною збудливістю виникають вегетативні реакції, ілюзорний стереоскопічний обман (хвилі здаються випуклішими), неприємні вічуття мов при розкачуванні, мерехтіння перед очима і т.д. Це дослідження допомагає "об'єктивізувати" скарги і слугує диференційно-діагностичним критерієм токсичних і органічних уражень

головного мозку.

Дослідження мислення

1) *Узагальнення понять* - зображення або назви різних предметів пропонується назвати одним словом, узагальнюючим родовим поняттям. Завдання на перевірку функціонування другої сигнальної системи: досліджується здатність до синтезу і сприйняття асоціацій з минулого життєвого досвіду. Наприклад, назвати одним словом: а) поезія, музика, живопис, кіно; б) корова, кінь, віслик, свиня.

2) *Розподіл понять* - пропонується назвати відомі пацієнту види тварин, рослин, тканин та ін. Досліджується логічний процес, протилежний узагальненню. Використовується стосовно другої сигнальної системи, аналізу.

3) *Визначення і розмежування понять* - пропонується дати визначення, що таке кішка, життя, сніг, горизонт, правда, і т.п., визначити різницю між дитиною і карликом, скупістю і ощадливістю, сосною і березою, бджолою і мухою і т.п. Досліджується складна аналітико-синтетична діяльність другої сигнальної системи, яка базується на здатності виділяти суттєві поняття. Це ґрунтується на виділенні загальних суттєвих ознак предметів та явищ, відображенні суттєвих ознак через мовні реакції.

4) *Виключення понять* - пропонується виділити з групи предметів об'єднаних одним родовим поняттям предмету, який не стосується цього поняття. Завдання потребує розрізнення корою мозку складних комплексних подразників по загальних і суттєвих ознаках в однорідних комплексах. Це основа класифікації предметів, що у минулому життєвому досвіді отримали підтримку. Наприклад: а) сміливий, хоробрий, злий, відважний, рішучий; б) хвилина, секунда, доба, година, вечір; (яке слово потрібно виключити, щоб залишилися тільки однорідні).

5) *Аналіз відношень понять* - виявлення вміння встановлювати і узагальнювати відношення між поняттями. Виділення відношень забезпечується цілісністю кіркового аналізу при провідній ролі другої сигнальної системи. Обстежуваному пропонують вибрати у ряді відношень аналогічне першому відношенню даного ряду. Наприклад, до відношення "бібліотека" (книга) піддослідний повинен вибрати відношення "ліс" (дерева), керуючись загальним поняттям ціле/частина.

6) *Розуміння переносного змісту прислів'я і метафори* - прислів'я з погляду фізіології є складним словесним подразником, що має дві основні ознаки: прямий і переносний зміст. Друга ознака виділяється на основі першої за механізмом часового зв'язку (асоціації), що утворений минулим життєвим досвідом. Нерозуміння переносного змісту прислів'я обумовлюється виснаженням або гальмуванням цього зв'язку. Трапляється також нерозуміння переносного змісту прислів'я внаслідок гіпнотичного стану кори. У цьому випадку певна ознака подразника - переносний зміст прислів'я - викликає гальмівну дію, а менш суттєва ознака - прямий зміст – діє позитивно. Розуміння переносного змісту незнайомого прислів'я обумовлене абстрагуванням від прямого змісту внаслідок відтворення зв'язку життєвого досвіду між великими і малими узагальнюючими словами. При нерозумінні переносного змісту хворі підбирають вислови, які мають зовнішню подібність із прислів'ям. Це свідчить про недостатній розвиток абстрактного мислення з фіксацією на загальних другорядних елементах. Досліджуючи розуміння метафор (заяча душа, тяжка людина, вовчий апетит, глухий степ, кам'яне серце), пацієнту пропонують відповісти щодо того, у якому значенні вживають ці вирази. Таким чином, порушення процесів відволікання і узагальнення можуть пояснюватися недостатнім запасом часових зв'язків, утворених в минулому життєвому досвіді (у хворих на

олігофренію); стійкою втратою часового зв'язку (при органічному ураженні кори); розладами сприйняття часового зв'язку на фоні дифузного гальмування кори головного мозку (у хворих на шизофренію).

7) Дослідження осмислювання

а) розуміння змісту сюжетних картин. Репродукції картин пропонують для того, щоб роздивившись їх, досліджуваний розповів що на них зображено. Завдання полягає у виділенні досліджуваними значних деталей картини і визначенні її основного змісту. Таким чином, досліджуються складні форми аналітико-синтетичної діяльності головного мозку за участю обох сигнальних систем. При виражених астенічних станах, синдромах порушеної свідомості і т.п. спостерігається зменшення здатності до осмислення сюжету. У такому разі хворі виділяють лише окремі предмети, деталі, та ігнорують існуючі між ними смислові зв'язки і відношення. Цей тест дає підставу судити про преморбідний стан особистості хворого - на підставі емоційного ставлення до сюжету картини, зображеного на ній, тощо;

б) розповідь за картинками із послідовним розгортанням сюжету. Пропонують розглянути серію картинок і скласти розповідь. Аналіз і синтез складного комплексу подразника теж здійснюється у першу чергу зоровим аналізатором першої сигнальної системи, але супроводжується аналітико-синтетичною роботою другої сигнальної системи, котра полягає у певних судженнях і умовиводах.

8) *Силогізми* - умовисновки, у яких із двох категоричних суджень, пов'язаних одним загальним терміном, виходить третє, яке називають висновком, причому пов'язуючий термін у висновку відсутній. Приміром: Люди смертні. Цезар людина. Отже, Цезар - смертний. З фізіологічного погляду, рішуче значення для висновку має та частина судження-посилу, яка повторюється в обох посилах і є пов'язуючою ланкою: у нашому прикладі, це

- слово "людина". Тест містить у собі два посили-твердження, і 4 висновки, із котрих лише один - вірний.

Дослідження пам'яті

1) *Проба на запам'ятовування 10 слів*: тестується механічна слухова пам'ять. Обстежуваному 3 рази зачитують 10 не пов'язаних між собою слів. Після кожного прочитання просять повторити слова у будь-якій послідовності, занотовуючи у протоколі вірність відповідей. Через годину пропонують повторити запам'ятовані слова і дані занотовують до протоколу. В нормі, при третьому повторюванні обстежуваний відтворює 9 чи 10 слів. Приклад слів: голка, роза, межа, кішка, горе, пам'ять, книга, вино, поле;

2) *Заучування тексту* - зачитують текст, що має певну кількість смислових одиниць. Досліджується короткочасна безпосередня пам'ять і функції ретенції. При відтворенні враховується не тільки кількість, а й послідовність відтворених асоціацій. В нормі після 2-3 кратного зачитування легко справляються із заучуванням. Виражені порушення спостерігаються при органічних ураженнях головного мозку різного генезу.

3) *Піктограма* - застосовується для вивчення опосередкованого запам'ятовування і функцій мислення. Пацієнтові дають чистий листок паперу і пропонують для запам'ятовування названих йому 12 слів зробити нескладний малюнок, забороняючи при цьому числові і літерні позначки. Зазвичай спершу називають слова більш конкретного змісту, а далі, впевнившись, що обстежуваному вдається виконувати завдання, переходять до більш абстрактних понять. Приклади слів: теплий вечір, голодна дитина, сміливий вчинок, беззубий дід, щастя, перемога, ворожнеча, багатство, мрія, розум, нудьга, надія.

Після виконання завдання протокол з малюнками відкладають вбік, здійснюють інші дослідження, а через годину пропонують пригадати за

малюнком задані слова. Залежно від того, який символ використовувався досліджуванним для запам'ятовування слова, можна судити не тільки про опосередковане запам'ятовування, але й про характер асоціацій. Здорові люди зазвичай швидко малюють вигадані образи, лаконічно, адекватно а часто і стереотипово символізують пропоновані слова. Такі малюнки зазвичай можна "прочитати", навіть не знаючи запропонованих для пам'яті слів. Хворі з недостатністю інтелекту органічного генезу і олігофренією легкого ступеня простіше знаходять образи для запам'ятовування слів конкретного змісту (веселе свято, смачний обід і т.д.) і мають труднощі при позначенні абстрактних понять (сумніви, думка та ін.). Малюнки цих хворих відзначаються конкретністю, відсутністю "умовностей". У хворих на епілепсію зміст малюнків має виражений егоцентричний характер. Піктограми хворих на шизофренію часто втрачають предметний зміст, є псевдоабстрактними (стрілки, математичні позначки і т.ін.), парадоксальними, повторюваними, а слова, що за ними відтворюються часто не є відповідними до початкових.

4) *Повторювання чисел у прямій і зворотній послідовності.* Досліджується оперативна пам'ять. Пацієнтові зачитуються двозначні числа із послідовним нарощуванням їх розмірів у прямому, а далі - зворотньому порядку. Правильне їх відтворення характеризує обсяг оперативної пам'яті. В нормі це від 2 до 7 елементів.

5) *Запам'ятовування геометричних фігур, простих і більш складних малюнків* - досліджується можливість створення і відтворення одразу декількох тривалих зв'язків, що замикаються на подразники першої сигнальної системи (зорові комплекси - незнайомі і знайомі, відносно прості і більш складні). Досліджуваному пропонують уважно роздивитися і запам'ятати геометричні фігури на таблиці протягом 10 секунд (інша

половина таблиці закривається), а далі просять відшукати їх серед фігур, що зображені на іншій половині таблиці. В нормі досліджувані запам'ятовують не менше 5-6 фігур. Таким же чином проводиться дослідження на запам'ятовування зображень інших предметів на відповідних таблицях.

Дослідження уваги

1) *Послідовне і ускладнене віднімання чисел, перераховування місяців і днів.* Пропонують послідовно усно віднімати від 100 непарне число, зазвичай 17 або 7, більш легким завданням є 13 або 3. Оцінюючи результати дослідження, відзначають похибки в одиницях (розлади комбінаторики) і десятках (порушення уваги). Пропонують порахувати цифри, перерахувати місяці і дні неділі у прямому та зворотному порядках, пропускаючи кожную другу і четверту цифри або назви.

2) *Відшуковування чисел.* Використовуються таблиці Шульте, за допомогою котрих досліджують темп і обсяг уваги. Зазвичай використовується п'ять різних таблиць на яких хаотично в клітинках внесені числа від 1 до 25. Необхідні секундомір і указка. Пропонується відшукати і вказати указкою на таблиці числа у напрямку їх зростання від 1 до 25. Експериментатор відслідковує правильність дій досліджуваного і позначає час за секундоміром. Нормальний результат складає від 30 до 50 секунд (в середньому 40-42 сек.) на таблицю, тоді як, приміром, при вираженому атеросклерозі головного мозку на одну таблицю витрачається до 2-3 хвилин.

3) *Коректурна проба і рахунок за Крепеліном.* Досліджуються стійкість, здатність до концентрації, виснажуваність і переключення уваги. Здійснюється за допомогою спеціальних бланків з рядками літер чи стовбчиків цифр. Треба або закреслювати одну чи дві певних літери за вибором дослідника, або на швидкість додавати цифри у стовбчик, записуючи знизу стовбчика суму. Кожні 30 чи 40 секунд роблять помітку у тому місці

таблиці, де зараз працює пацієнт. Також фіксується час, затрачений на всю операцію. Враховується кількість помилок на одиницю часу, темп виконання завдання, розподіл похибок протягом часу виконання тесту. Завдання можна застосовувати повторно, для оцінки динаміки стану під впливом терапії.

Дослідження інтелекту

Досліджуючи інтелект слід пам'ятати, що рівень його залежить від стану зумовлюючих функцій: сприйняття, уваги, пам'яті, моторики, пізнавальної активності.

1) Відповідність наявного запасу знань і освіти життєвому досвіду. Для цього пропонують ряд питань, котрі обов'язково мають бути адекватні освіті та можливому рівню розвитку інтелекту. Якщо цього не врахувати, то наступний контакт із хворим може бути порушеним, особливо у випадках, коли хворого із вищою освітою почати запитувати елементарні відомості, або коли при відсутності у хворого відповідної освіти, йому будуть запропоновані надто складні питання. Питання мають містити в собі можливість виявити оптимальність орієнтації і поведінки хворого у звичайних життєвих ситуаціях (як хворий діяв би на випадок пожежі, заблуdivшись у лісі, здійснюючи покупку на ярмаркові, тощо). Надалі відповідно до наявного розумового вантажу застосовуються відповідні завдання для перевірки можливостей більш складного аналізу і синтезу.

2) Складання картинок із відрізків - пропонують у зростаючій складності співставити 6 малюнків, розрізаних на частини. Перші три малюнки розрізані на 4, а інші - на більшу кількість частин. Перший і четвертий малюнки однакові, але розрізані по-різному. Для повторного дослідження потрібно мати кілька аналогічних комплектів. Відрізки малюнка даються досліджуваному без певного порядку, перевернутими і без цілого зразка. Враховуються не тільки час, витрачений на виконання роботи і кінцевий

результат, але і особливості виконання завдання. Вірне виконання потребує спочатку аналізу наданого матеріалу, а далі - послідовного планомірного зіставлення малюнку. Суттєву роль при цьому грає виділення опорних сигнальних деталей малюнку. При інтелектуальній недостатності такий аналіз страждає і хворі намагаються співставити малюнок притуляючи відрізки один до іншого методом спроб і помилок, що свідчить про відсутність алгоритму діяльності. Може бути порушеним критичне мислення, коли неправильно співставлені відрізки піддослідний лишає на місці.

3) *Розуміння розповідей* - результати свідчать про осмислення сюжету розповіді і стан пам'яті. Підбираються спеціальні розповіді, частіше повчального характеру, на зразок приказок. При викладенні хворим розповіді звертають увагу на словарний запас, темп мови, структуру фраз, лаконічність чи навпаки надмірну деталізацію. Суттєве значення має те, наскільки сприймає пацієнт прихований зміст, чи пов'язує його з навколишньою дійсністю, чи сприймає іронію і гумор. Розуміння прихованого і переносного смислу при інтелектуальній недостатності може бути відсутнім, незважаючи на дуже близький до тексту переказ. Іноді перекази допомагають виявити резонерство та інші патологічні судження. Для цього заздалегідь слід приготувати тексти різного ступеня складності.

4) *Проба Ебінгауза* являє собою текст із пропущеними словами. Читаючи цей текст, досліджуваний має відновити пропущені слова. При цьому може бути виявлене порушення критичності мислення, коли досліджуваний включає довільні слова, інколи за асоціацією з попередніми, а брутальні похибки не коригує інколи навіть після зауваження куратора.

5) *Тест на виключення понять* (вивчення рівня узагальнення, здатності до виділення головних ознак предметів і явищ).

6) *Розуміння переносного значення прислів'їв і метафор.*

7) *Картинки і тексти із невідповідностями* - досліджується аналітико-синтетична діяльність сигнальних систем, що здійснює досить тонкий аналіз комплексного подразника (розрізнення усіх деталей на картинках з "дивацькими" деталями) і усіх часових зв'язків, що відображають закономірні зв'язки між предметами і явищами. На основі цих зв'язків і виникає судження щодо відповідності чи невідповідності малюнку дійсності.

8) *Тест Равена (прогресивні матриці)* - ґрунтується на здібності заповняти відсутні деталі на зображенні. Методика складається із 60 графічних малюнків, поділених на 5 серій зростаючої складності; задачі вирішуються у напрямках як всередині серії, так і від серії до серії. Досліджується аналітико-синтетична діяльність головного мозку, ступінь концентрації у зоровому аналізаторі, причому більшу значимість мають орієнтувальні окуломоторні реакції, за рахунок яких відбувається порівняння і вибір. У даному випадку важливу роль відіграє друга сигнальна система, що працює у напрямку розуміння досліджуваним поставленої перед ним задачі, а потім - у виконанні логічних операцій, що дозволили б установити принцип, за яким побудовано чергове завдання.

На підставі успішності виконання завдань вираховується коефіцієнт інтелектуальності - «ай кю» (IQ — Intellectual Quotient), офіційно узгоджений з цією метою Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Середньою нормою вважається 100, але в сучасній популяції більшість людей мають показник вище 100. Від 90 до 70 вважаються межовими показниками, «низькою нормою». Величини від 70 до 50 вважаються дебільністю, а імбецильність – показники нижче 50.

9) *Вирішення математичних задач із застосуванням таблиці множення*, опитування за тими розділами шкільних наук, що ґрунтуються на абстрактних категоріях мислення (математика, геометрія, фізика, хімія).

Наприклад: 10 олівців коштує 70 копійок. Скільки коштує 3 олівця? Яка хімічна формула води? Сірчаної кислоти? Як виміряти площину підлоги? Що є більшим - радіус чи діаметр?, - тощо.

Mini-mental scale examination (MMSE) - коротка структурована шкала оцінки когнітивних функцій, що дозволяє виявити клінічно виражену деменцію (оцінка нижче 16 балів) а також легке зниження когнітивних функцій (від 24 до 16 балів) при максимальному показнику 30 балів. Оцінка вище 28 балів відповідає віковій нормі, а діапазон 25 - 28 балів може свідчити про легке зниження інтелектуально-мнестичних функцій. При аналізі результатів потрібно зважати на освітній рівень пацієнтів і культуральні відмінності.

Широко використовується *шкала оцінки когнітивних функцій при хворобі Альцгеймера (ADAS-cog, W.G.Rosen, 1984)*, що являє собою батарею коротких індивідуальних тестів для дослідження пам'яті, мови, конструктивного та ідеаторного праксису і т.п. Виконання даного тесту є доволі складним і займає трохи менше години.

Дослідження емоцій

1) *Дослідження самооцінки за Дембо-Рубінштейн* - на прямій, що символізує певні цінності людського життя (здоров'я, розум, характер, щастя і т.п.) пропонується крапкою вказати своє місце і дати коротке пояснення свого рішення; детально фіксується рівень самооцінки, пояснення і особливості емоційних реакцій.

2) *Тест Люшера* – виконується за допомогою набору із 8 різнокольорових карток, які досліджуваний двічі повинен почергово вишикувати у напрямку від найбільш приємного йому на даний момент кольору до найбільш неприємного. Вибираючи чи відмовляючись від певного кольору, хворий здійснює проекцію на них свого емоційного стану, що

піддається наступній інтерпретації. В нормі перевага надається червоному, жовтому, зеленому, а при депресії чорному, сірому, коричневому, фіолетовому.

3) *Вільні асоціації (мовний експеримент із використанням емоційно забарвлених слів-подразників)* - у спрощеному варіанті це виділення низки слів, що мають для хворого особливе емоційно насичене значення. Пропонують казати слова, що спадають на думку у відповідь на слова-подразники. При цьому просять пояснити значення слова-асоціації. Метод дозволяє виявити порушення невротичного реєстру.

4) Непрямі методи вивчення емоційної діяльності: *асоціативний експеримент, тест Розенцвейга, метод Роршаха, дослідження рівня тривожності за опитувальником Спілбергера, методика САН* (опитувальник щодо самопочуття, активності, настрою) та ін.

Шкала Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton psychiatric rating scale for depression, HAM-D, 1959), вимірює групи симптомів депресивного стану. Включає 17 ознак, що оцінюються за ступенем тяжкості і частотою (від 0 до 5 балів). Іноді використовують розширену версію, що містить 21 пункт.

Еквівалентною HAM-D по надійності є *шкала Монтгомері та Асберга для оцінки депресії* (Monthgomery - Asberg Depression Rating Scale, MADRS, 1979), що призначена для оперативної оцінки тяжкості депресії та її динаміки в процесі терапії. Вона містить 10 основних ознак депресії, що оцінюються від 0 до 6 балів залежно від частоти і тяжкості, кожна ознака наділена коротким глосарієм для визначення діагностичних меж.

Для контролю ефективності фармакотерапії часто використовується *шкала тривоги Гамільтона* (Hamilton Anxiety Scale, HAM-A, 1959) для оцінки інтенсивності невротичних тривожних розладів. Вона включає 14 наборів

ознак, у кожному з яких зібрано споріднені симптоми. Оцінюється за частотою і інтенсивністю в градаціях від 1 до 4 балів.

Дослідження ефекторно-вольової сфери

При дослідженні рухового компоненту ефекторно-вольової сфери звертають увагу на вираз обличчя, позу, характер рухів (скупі, повільні, розмашисті, швидкі), інтонацію голосу, швидкість реакції на питання. Звертають увагу на здатність виконувати певні дії з предметами (запалити сірник, скористатись ключем, розкрити і закрити портфель, забити цвях). Потрібно також з'ясувати: чи може хворий виконувати безоб'єктні дії (стрибати, свистіти) і аутокінетичні рухи (стиснути кулак, висунути язик), чи може він повторити запропоновані йому рухи. Використовують завдання із альбому патопсихологічних досліджень, що стосуються вивчення комбінаторики, навичок, конструктивних дій:

- а) складання із букв осмислених слів;
- б) заповнення пропущених літер у словах;
- в) складання картинок із відрізків;
- г) складання із картинок-квадратів орнаментів за зразком;
- д) методика прогресивних матриць Равена;
- е) завдання написати фразу чи переписати текст, тощо.

Оцінюється швидкість і правильність виконання завдання. Звертають увагу і на залежність успішного виконання дії від складності запропонованого завдання. Із тестових методик використовують тест самооцінки Дембо-Рубінштейна. Проби дозволяють судити не тільки про стан практичних навичок, але і про інтелект хворого. Дискоординація рухів може спостерігатись при судинних ураженнях, пар апраксії, а руйнування навичок при атрофічних захворюваннях мозку.

Враховується бажання хворого співпрацювати з медперсоналом для

прискорення свого одужання, чи охоче він виконує інструкції та призначення лікаря, його активність у відділенні, ступінь залучення до трудових процесів, адекватність реакцій під час бесіди, поведінка, соціокультурні інтереси та установки, захоплення, прагнення, плани, методи досягнення мети. Визначається характер потреб, цілей, мотивацій діяльності досліджуваного. Враховується здатність до зосередження у процесі досягнення мети, вегетативні реакції на емоційно значимі подразники, зауваження, реакція на незгоду з ним по важливим для нього питанням, заперечення.

Ряд вольових порушень, наприклад сексуальні перверзії, цілком зрозуміти, виявити та вивчити непросто, що ускладнює і відповідну експертно-діагностичну оцінку.

Комплексні експериментально-психологічні дослідження

1) *Опитувальники для дослідження особистості, що базуються на оцінці і самооцінці (ММРІ, опитувальники Кеттелла, Айзенка, ПДО та ін.),* - стандартизовані анкети розмірами від 54 до 565 речень, з якими досліджуваній може погоджуватись або ні. Усі питання формують так, щоб досліджуваній повідомляв кураторові про своє самопочуття, поведінку за різних обставин, оцінював свою особистість з різних точок зору, висвітлюючи особливості своїх взаємовідносин з оточуючими, і т.ін. Дані доповнюються виявленням при безпосередній діагностичній бесіді та спостереженні за хворим.

2) *Проективні методи* - виконуючи ці тести обстежуваний здійснює проєкцію на зовнішні об'єкти власних думок, почуттів, домінуючих потреб (тест Роршаха, тест незакінчені речення, ТАТ, психодрама, тест «дім, дерево, людина», тест неіснуюча тварина, тест Люшера, фрустраційний тест Розенцвейга та ін.).

3) Шкали клінічного враження

Для клінічного вивчення дії нейролептиків та інших методів лікування шизофренії найбільш часто використовується *шкала позитивних і негативних синдромів* (Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS), складена S.R.Kay, L.A.Opler, A.Fiszbein у 1986 р. Вона складається із 3 підшкал, кожна з яких може бути використана самостійно. Шкала позитивних (positive) розладів (P) включає 7 симптомів (P 1-7): маячення, концептуальна дезорганізація, галюцинації, збудження, ідеї величі, ідеї переслідування, ворожість. Шкала негативних (negative) розладів (N) включає теж 7 ознак (N 1-7): притуплений афект, емоційна відгородженість, труднощі комунікації, пасивно-апатична соціальна відгородженість, порушення абстрактного мислення і спонтанності мови, стереотипність мислення. Шкала загальних (general) психопатологічних синдромів (G) складається з 16 симптомів, що не ввійшли до перших 2 шкал (C 1-16). Кожна із психопатологічних та феноменологічних ознак всіх трьох шкал у PANSS оцінюється від 1 до 7 балів. Оцінка тяжкості стану проводиться як в цілому за PANSS, так і окремо за трьома підшкалами.

Шкала загального клінічного враження (Clinical Global Impression Scale, - CGI, 1976) була створена для вивчення шизофренії. Складається із 3 субшкал, що відображають оцінку тяжкості стану по 7-бальній системі, а також містить субшкалу індексу ефективності, що вираховується за сукупністю чотирьох ступенів терапевтичного ефекту (помітний, помірний, мінімальний, без змін) і ступеня вираженості побічних ефектів терапії (відсутні, незначні, значні, нівелюючі терапевтичний ефект).

Ішемічна шкала Хачінскі (Hachinski ischemia scale) або *модифікований варіант ішемічної шкали Хачінскі* (Modified Hachinski ischemia scale) складаються із 8 пунктів. Значимість кожного оцінюється 1-2 балами. При наявності у пацієнта когнітивних розладів, сумарна оцінка за ішемічною шкалою, що перевищує 6 балів, свідчить на користь мультиінфарктної

(судинної) деменції; оцінка менше 4 балів - про імовірну деменцію альцгеймерівського типу, а проміжний варіант (від 4 до 6 балів) про імовірну поєднану (судинно-альцгеймерівську) патологію.

4) шкали оцінки побічних ефектів

Для оцінки можливих побічних ефектів психотропних препаратів широке поширення отримала *шкала патологічних некерованих рухів* (Abnormal involuntary Movement Scale, AIMS). Ознаки гіперкінезів у ній поділені згідно їх локалізації (обличчя, рот, кінцівки, тулуб). Ця шкала також дозволяє оцінювати стан зубів. Оцінка здійснюється за 4-бальною системою як щодо окремих груп м'язів, так і сумарно, по всіх пунктах.

Структурована шкала оцінки побічних ефектів (Structured adverse effects rating Scale, SARS), розроблена в Чехії M.Arda, V.Filip і K.Soucek (1985), включає 32 найпоширеніших побічних симптоми психофармакотерапії. Кожен пункт шкали відповідає оцінці стану різних частин тіла і органних систем. Ступінь тяжкості оцінюється по 4-бальній системі. Оцінку загального характеру побічних ефектів проводять за 6 факторами, що включають відповідні ознаки шкали. Вони відображають центральний активуючий, антидопамінергічний, центральний інгібуючий, периферичний антихолінергічний (симпато-міметичний), периферичний симпатолітичний (холінергічний) ефекти і непереносимість препарату через його локальну подразнюючу дію.

Глава 7

КЛАСИФІКАЦІЯ І ТИПИ ПЕРЕБІГУ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Проблема класифікації в медицині загалом і психіатрії зокрема, веде свій початок від двох лікарських шкіл Стародавньої Греції. Одна з них, кнідська - свою концепцію патології розвивала на основі вчення Платона про універсалії, а інша, з острова Кос - була створена Гіпократом під впливом ідей Арістотеля. Кнідська школа спрямовувала свої зусилля на класифікацію та найменування хвороб, а школа Гіпократа перш за все ретельно вивчала патологічну симптоматику, дбаючи більше про прогноз, а не діагноз. Не зважаючи на усю відносність такого протиставлення, його елементи зберігаються і до сьогодні, адже майбутні лікарі спочатку вивчають хвороби як такі (платонівський напрямок) і тільки потім, під час госпітального курсу, пізнають особливості реалізації цих хвороб у окремих хворих (гіпократівський напрямок).

Після тривалого застою в Середні віки період Відродження ознаменувався новим етапом розвитку медицини. Спочатку він проходив під знаком кнідської школи і у першій половині XVII ст. Т. Sydenham (1624—1689), зробив спробу створити класифікацію хвороб подібну систематиці К. Linnaeus (1758). Він стверджував, що однакові хвороби протікають із однаковими симптомами у різних особистостей - "і у хворого Сократа, і у ідіота". Але уже в кінці XVIII знову стали домінувати ідеї Гіпократа. Е. Esquirol (1837), W.Griesinger (1845), Morel B. (1852), а пізніше Krafft-Ebing R. (1897) та інші автори намагались систематизувати психічні захворювання.

Становище радикально змінилось після серії відкриттів R. Koch і L. Pasteur. Були знайдені збудники ряду інфекційних захворювань, що вселяло

надію на відкриття причин захворювань загалом. Це лягло в основу нозологічної системи психічних захворювань Е. Краепелін (1883). Згідно його уявлення, кожна окрема хвороба - нозологічна одиниця – мала відповідати наступним вимогам: єдина причина, однакові прояви, перебіг та анатомічні зміни. Для їх систематизації він виділив три реєстри психічних захворювань: перший із астенічних, невротичних і афективних розладів; другий - шизофренічних; третій – різноманітних органічно обумовлених змін. Однак, цей "лінійний принцип", згідно якого однакова причина викликає однаковий ефект - не виправдав себе. Були виявлені бацилоносії, які все життя лишались здоровими, різний перебіг захворювання у різних осіб при зараженні одним і тим же збудником, або ж навпаки, однаковий перебіг патології, обумовленої різними причинами (еквіфінальність).

Виділення нозологічних одиниць психічних захворювань заперечував К. Jaspers (1913). Він вважав, що ідея існування нозологічно самостійних психічних захворювань є кантівською по своїй суті, тобто такою, що не піддається повному усвідомленню і розумінню, бо лежить у безкінечності.

Значення етіологічно неспецифічного, спільного у проявах психічних захворювань було найбільш послідовно досліджене К. Bonhoeffer (1909) у його вченні про екзогенні типи реакцій, основою якого було твердження про те, що вплив на мозок слабких шкідливостей проявляється ендогенними розладами, а інтенсивна дія - екзогенними. Вагомим кроком було також було намагання Е. Kretschmer (1922) синтезувати нозологічні закономірності та уявлення про конституціонально обумовлену їх реалізацію у окремих хворих.

Поступово виділились два сучасні напрямки класифікації психічних захворювань.

Перший класифікаційний напрямок, який продовжує традиції кнідської школи, виходить із констатації тісної залежності клінічної картини

захворювання від її етіологічної і патогенетичної сутності. Представники цього напрямку A.L.J. Bayle (1825) і J.G.F.Baillarger (1809—1890), K.L.Kahlbaum (1899) і E.Kraepelin (1883), а також С.С.Корсаков (1854-1900). Основне завдання їх систематик – досягнення максимальної нозологічної достовірності (адекватності і валідності) класифікацій, що передбачають самостійність виділених форм патології.

Представники *другого класифікаційного напрямку* вважають неможливим на сьогодні здійснення жорсткого узгодження психіатричної систематики із надійними даними про етіологію і патогенез захворювань. В результаті, визначення клінічної картини захворювання по ходу діагностичного процесу підпорядковується не пошуку етіологічних причин, а більше завданням статистики і терапії. Основним пріоритетом подібних систематик є більш чітке розмежування окремих класифікаційних рубрик (таксонів), котрі мають максимально наближено діагностуватись у одних і тих же хворих різними психіатрами. Такі систематики носять переважно синдромальний характер. Уявлення про причини розвитку розладів тут використовуються мінімально.

Згодом професійні об'єднання психіатрів деяких країн створили національні класифікації. Так, загальносвітове визнання дістала систематика Американської психіатричної асоціації, яку вперше було опубліковано у 1952 році. У сучасному вигляді вона існує як „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-IV).

Спроба розширення та полегшення співпраці психіатрів різних країн вилилась у внесення до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ) розділу про психічну патологію – The ICD classification of mental and behavioral disorders. Але в результаті, класифікація хвороб стала схожою на «старий будинок,

який наповнений новими пластиковими меблями у поєднанні з вікторіанськими комодами».

Як вихід із цієї ситуації під час останніх переглядів МКХ було зроблено крок у напрямку синдромальної побудови класифікації. Останній, десятий варіант цієї класифікації (МКХ-10) в Україні до практичного використання офіційно прийнято у 1998 році. Він має багато запозичень з DSM, зокрема стосовно концепції систематизації та структури. В обох класифікаціях дається схожий опис груп синдромів, форм, варіантів психічних розладів. Нині триває праця над МКХ-11.

7.1. МКХ-10 в психіатрії

Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду побудована із використанням буквено-цифрової схеми кодування, що складається із однієї букви і наступних за нею цифр.

Кожна категорія МКХ-10 має код, який складається із чотирьох характеристик. Перша із них – буква, що позначає собою главу чи групу захворювань. Для психічної патології це буква F. Другий пункт коду – цифра, що описує діагностичну рубрику.

- F0 – органічні, включаючи й симптоматичні, психічні розлади;
- F1 – психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин;
- F2 – шизофренія, шизотипові та маячні розлади;
- F3 – афективні розлади настрою;
- F4 – невротичні, що пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади;
- F5 – поведінкові та емоційні розлади, що пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними чинниками;
- F6 – розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих;

- F7 – розумова відсталість;
- F8 – порушення психічного розвитку;
- F9 – поведінкові та емоційні розлади, що починаються в дитячому та підлітковому віці.

Третя характеристика – конкретне захворювання чи розлад. Четверта – деталізація стану, наприклад опис форми захворювання чи типу перебігу.

Приклад кодування: F20.20

F – глава «психічний і поведінковий розлад»;

2 – діагностична рубрика «шизофренія і пов'язані з нею розлади»;

0 – шизофренія;

2 – параноїдна форма;

0 – безперервний перебіг.

У МКХ-10 використовуються додаткові коди (+) та (*). Головним кодом цієї системи є код основного захворювання, позначений "хрестиком" (+); факультативний додатковий код, що відноситься до проявів хвороби, позначений "зірочкою" (*). Код із зірочкою ніколи не використовується самостійно, а лише разом із кодом, який позначений хрестиком.

Така багатоосьова класифікація дозволяє уникнути частини звинувачень у деіндивідуалізованості діагностики за стандартними методами.

Редукція нозологічного підходу в МКХ-10 виявляється не тільки у заміні поняття «нозологічна форма» на поняття «розлад», але і головним чином у використанні культурально незвичної процедури діагностичного процесу. Головний діагностичний алгоритм МКХ-10 полягає у послідовному включенні чи виключенні пунктів із переліку чітко сформульованих стандартних діагностичних критеріїв. Такий підхід, безумовно, не відміняє необхідності клінічного мислення та вмілого розпізнавання симптомів, але він уніфікує кінцевий результат. Головною проблемою даної класифікації є

достовірність первинного описання клінічних ознак. Важливою є також переорієнтація клінічного мислення психіатра із «нозоцентризму» і традиційно-каузальних діагностичних схем на синдромальну діагностику.

МКХ-10 містить ряд термінів, тлумачень і понять, чітке розуміння яких надзвичайно важливе для коректного діагностичного процесу.

Розлад – клінічно визначена група симптомів (синдром) чи порушень поведінки, що порушують життєдіяльність людини.

З етичної точки зору цей термін більш прийнятний, ніж «хвороба». Ізольовані конфлікти та соціальні відхилення, що не супроводжуються особистісною дисфункцією, не розглядаються як психічні розлади.

Психотичний – описовий термін, що використовується за наявності галюцинацій, маячення, виражених відхилень у поведінці (психомоторного збудження, загальмованості, кататонічної поведінки).

Невротичний – пов'язаний із особистісною реакцією. Традиційний поділ на неврози і психози у МКХ-10 не використовується, але в рамках рубрики F40-F48 «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» термін «невротичний» широко використовується.

7.2. Психічні розлади в діагностичних модулях МКХ-10

"Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади" (клас F0) етіологічно поєднані вираженою дисфункцією головного мозку внаслідок церебральних захворювань, мозкових травм чи інших факторів. Сюди віднесена відповідна патологія починаючи від деменцій пізнього віку і аж до особистісних порушень органічного генезу, за винятком токсикоманій і алкоголізму. Розлади, обумовлені вживанням алкоголю або наркотиків, хоча за логікою і мали б бути включені у цю групу, але для зручності

класифікуються у розділі F10-F19, задля об'єднання в один розділ усіх розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин.

Термін «органічні» означає, що ці розлади визначаються самостійно діагностованим церебральним чи системним захворюванням, але це зовсім не означає, що описані у інших розділах розлади не мають церебрального субстрату. Серед органічних розладів лише деменції виділяються за звичним нозологічним принципом (деменції при хворобі Альцгеймера, судинні і т.ін.), тоді як решта патології диференціюється у першу чергу синдромально (делірій, галюциноз, кататонія) незалежно від причини. Для діагностики причин потрібен додатковий діагноз або із непсихіатричних розділів МКХ-10 (з іншим буквеним кодом), або з цього ж класу розладів, якщо, наприклад, параноїдний стан розвинувся на тлі хвороби Альцгеймера. Мозкова дисфункція для цих розладів може бути первинною (ЧМТ, інсульт, пухлина, інфекція) або вторинною (при системних екстрацеребральних захворюваннях, як СНІД чи туберкульоз). У другому випадку використовується визначення «симптоматичні розлади». У більшості випадків реєстрація діагнозу з цього розділу вимагає використання 2-х кодів: одного для характеристики психопатологічного синдрому, а іншого – власне для розладу, що лежить в його основі. Етіологічний код вибирається з інших відповідних глав класифікації МКХ-10.

Ведуться дискусії щодо того, чи повинен термін «деменція» використовуватись виключно для описання незворотних станів. Критерій щодо тривалості не менше 6 місяців призначений саме для диференціації від зворотних станів з ідентичними поведінковими синдромами. Травматичний субдуральний крововилив (S06.5), гідроцефалія з нормальним внутрішньочерепним тиском (G91.2) та дифузна чи вогнищева травма мозку

(S06.2 і S06.3) можуть викликати хронічний делірій (F05), для визначення якого широко використовується термін «підгострий стан сплутаності» .

"Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин" (клас F1) спочатку диференціюються по етіологічному чиннику, оскільки в статистичних цілях особливо важливо встановити, вживання якого саме наркотичного засобу найбільш поширене в даному регіоні. Лише після цього (по 4-у знаку) враховується клінічний стан. У цьому класі кодуються випадки зловживання тільки тими речовинами, прийом яких може викликати залежність. Зловживання не викликаючими залежності препаратами (наприклад, послаблюючими) кодується в класі F6.

У трьох подальших класах (F2, F3 і F4) йдеться про функціональні психічні розлади, що розділені залежно від клінічних проявів.

"Шизофренія, шизофренічні і маячні розлади" (клас F2). У цьому класі зібрані усі психотичні і субпсихотичні (шизотиповий) розлади, за винятком афективних. На основі походження виділяються індуковані психози, а реактивні розглядаються як один з варіантів гострих психотичних станів.

Шизофренія у МКХ-10 розуміється як синдром і відповідно її межі значно звужені. Основне значення надається ознакам синдрому Кандінського-Клерамбо і маяченню безглузлого змісту (достатньо одного з цих симптомів). Діагностично менш значущі інші ознаки: стійкі галюцинації у поєднанні з маячними ідеями, порушення мислення, кататонія, емоційне збіднення, втрата інтересів. Для діагнозу необхідні два таких симптоми. Нововведенням є використання для діагностики критеріїв тривалості та вираженості розладу. Концепція ж шизотипового розладу полягає в тому, що особливості мислення, сприйняття і поведінки недостатньо виражені, щоб відповідати критеріям шизофренії.

Крім традиційних форм шизофренії, у МКХ-10 виділена підрубрика

постшизофренічної депресії, яка розвивається як наслідок шизофренічного епізоду і являє собою суміш депресивних та дефіцитарних симптомів, а також побічних проявів нейролептичної терапії. Багато рубрик класифікації описують все ж хронічні розлади. На їх фоні можуть виникати гострі стани, і діагноз тут слід обирати залежно від пріоритетів діагностики. Так, для діагностики шизотипових розладів, для дифенціації їх з шізоїдним або параноїдним розладом особистості, потрібна як мінімум дворічна тривалість. При цьому нерідко виникають гострі хибні психози, які можна кодувати додатково або альтернативно з діагнозом шизотипового розладу.

"Афективні розлади" (клас F3) – розлади настрою ендogenous, ендореактивного і невротичного характеру. Афектна патологія включає і реактивні депресії в тому випадку, якщо вони відповідають мінімальним описовим критеріям хоч би легкої депресії. Інакше (якщо критерії депресії не досягають порогового діагностичного рівня) може йтися про депресивні реакції, що кодуються вже в класі F4.

Афективні розлади диференціюються у першу чергу за запропонованим К. Leonhard (1959) критерієм полярності течії. Доведена клінічна значимість такого поділу: рекурентні депресії пізніше маніфестують і, на відміну від біполярного розладу, їх епізоди не частішають, а стають рідшими. Різкого протиставлення цих двох форм немає, оскільки визнається принципова імовірність розвитку маніакальних епізодів у кожному конкретному випадку рекурентної депресії. Виявлення у хворих з гострими розладами афективної резидуальної симптоматики і порушень соціального функціонування, зближує їх із шизоафективними розладами.

Нетрадиційним у МКХ-10 є поняття "хронічні афективні розлади". Вони розглядаються в особливій підгрупі і включають дистимію (хронічну депресію) і циклотимію (хронічний біполярний розлад настрою). При цьому

мова йде про афективні порушення, що по своїй інтенсивності не сягають вираженості критеріїв для хоча б легкого депресивного епізоду або гіпоманії. Тривалість подібних порушень має становити мінімум 2 роки.

"Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади" (клас F4) - фобічні, істеричні, соматоформні та і інші стани. Ця диференціація будується на суто описових критеріях, тоді як етіологічні, якщо і вживаються, то дуже обмежено і лише всередині класів. Навіть діагностика посттравматичного стресового розладу (F43.0) вимагає встановлення не тільки попереднього важкого стресу, але і характерної клінічної картини.

"Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами" (клас F5) - збірна група розладів, спільним для яких є лише зв'язок із "фізіологічними процесами". Цей зв'язок може бути різним. При післяпологового психозу мова може йти про гормональні зрушення і соматичне виснаження. При нервовій анорексії фізіологічні порушення є проявом даної патології, а при порушень сну та статевих дисфункцій вони і складають суть клінічної картини.

"Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих» (клас F6) - психопатії в традиційній термінології. Загальні критерії близькі до прийнятих у вітчизняній літературі: порушення охоплюють кілька сфер особистісного функціонування, носять хронічний характер і призводять до дезадаптації. Слід звернути увагу на рубрику "Хронічна зміна особистості після психічної хвороби" (F62.1). Концептуально тут мова йде лише про риси особистості, обумовлені психологічним переживанням власної хвороби як стресового фактора. Тому розлад кодується поруч з рубрикою "Хронічні зміни особистості після переживання катастрофи" (F62.0). Описові ж критерії змін особистості після хвороби не дають достатньої можливості для диференціації з дефіцитарними порушеннями, оскільки включають зниження соціального

функціонування, звуження кола інтересів, пасивність. Хоча деякі критерії не є тільки описовими: дисфоричний настрій не повинен бути обумовленим "психічним захворюванням", а соціальна ізоляція має бути результатом переживання стигматизованості. Використання таких критеріїв може викликати значні труднощі, оскільки навіть при чисто дефектних станах, пацієнти нерідко схильні пояснювати свій стан наслідками соціальної стигматизації. Інші два критерії - постійні скарги на недугу, і надмірна залежність і вимогливість по відношенню до інших людей, не будучи суворо обов'язковими для діагностики можуть відображати преморбідні характерологічні особливості.

"Розумова відсталість» (клас F7) диференціюється лише залежно від глибини і наявності або відсутності виражених порушень поведінки.

"Розлади психологічного розвитку» (клас F8) - порушення розвитку зі сфери дитячої психіатричної практики. Серед них виділяються як специфічні (ізольовані) розлади, так і загальні (синдроми Каннера, Аспергера, Ретта), які характеризуються порушеннями розвитку одночасно в різних сферах.

"Поведінкові розлади дитячого і підліткового віку (клас F9). Деякі специфічні для підліткового віку розлади, такі як анорексія і дисморфофобія, кодуються в інших розділах. Гебоїдний синдром у МКХ-10 більше відповідає класу "Розлади поведінки" (F91). Як і в інших діагностичних рубриках, залежно від цілей діагностики слід обирати найбільш адекватну класифікацію або використовувати їх одночасно як взаємодоповнюючі один одного.

7.3. Основні закономірності перебігу психічних захворювань

Одним із найбільш дискутабельних питань у психіатрії є визначення поняття "норма" і грані, де вона переходить у захворювання. Значно ширшим є поняття "здоров'я", що передбачає ідеальний стан оптимального

функціонування. “Патологія” не завжди тотожна “захворюванню”, адже здоров’я може поєднуватись із патологією, що не сягає ступеня захворювання.

За етіологією виділяють наступні групи психічних захворювань:

1. *Ендогенні* – хромосомні, або ж із спадковою схильністю (мультифакторні) захворювання, патогенез яких формується переважно за рахунок генетичних механізмів.

2. *Екзогенні* – зовнішній етіологічний фактор (інфекції, інтоксикації, фізичні травми) при взаємодії з організмом викликає його ушкодження, обумовлюючи патогенез захворювання.

3. *Психогенні* - етіологічним фактором виступає психотравма, вплив конфліктної для особистості ситуації.

Усі психічні порушення класифікуються на трьох рівнях: психотичному, невротичному або ж психопатичному.

Під *психотичним рівнем* розуміють стан, коли хворий неадекватно оцінює себе і навколишнє, що супроводжується дезорганізацією психіки і порушенням поведінки. Зазвичай це супроводжується виникненням не властивих нормальній психіці явищ (галюцинацій, маячення).

Виражені психотичні розлади (психози) зустрічаються значно рідше непсихотичних.

Невротичний рівень розладів психічної діяльності не супроводжується суттєвою зміною оцінки подій. Зберігається правильна оцінка власного стану як хворобливого, поведінка лишається звичною, але присутні вегетативні, сенсомоторні та афективні розлади. Такі розлади іноді називають порушенням мимовільної адаптації.

Психопатичний рівень психічних порушень характеризується стійкою дисгармонією особистості, що проявляється порушенням адаптації до

навколишнього середовища через надмірно афективну оцінку навколишнього. Ці порушення можуть існувати у хворого все життя або виникати у зв'язку із перенесеними захворюваннями, при аномаліях розвитку особистості.

На відміну від психотичних розладів всю групу непсихотичних розладів часто називають *прикордонною*, або ж *малою психіатрією*.

Схематично виділяють наступні типи перебігу психічних захворювань.

1. *Прогредієнтний* (процесуальний) - характеризується поступовим поглибленням психопатології з формуванням специфічного для даної нозології дефекту психічної діяльності. Можливі наступні клінічні варіанти процесуального розвитку симптоматики: безперервно-прогресивний, ремітуючий, рекурентний (періодичний), стаціонарний, регресивний. За таким типом перебігають шизофренія, епілепсія, алкоголізм, хвороба Альцгеймера.

Для змішаного (шубоподібного) перебігу захворювання властиве поступове наростання змін особистості, і на цьому фоні періодично виникають загострення хвороби (шуби). Після кожного шубу виявляються більш виражений дефект психічної діяльності.

2. *Фазовий* (циркулярний, інтермітуючий) - закономірне виникнення нападів (фаз) хворобливого стану, у проміжках між якими повертається відносно здоров'я. Наприклад, біполярний афективний розлад.

3. *Реактивний* – розлад виникає безпосередньо під дією зовнішньої психотравми; зміст психотравми відображається у його клінічних проявах; після нормалізації ситуації симптоматика редукується (тріада Ясперса).

4. *Розвитковий* - поступове наростання психопатологічної симптоматики під впливом повільно діючих психогенно-травматичних факторів і преморбідних особливостей по астенічному, ананкастичному,

іпохондричному, сутяжному, параноїчному чи ін. типу без формування дефекту психічної діяльності.

5. *Епізодичний* – характеризується гострим початком, спровокованим певним раптовим патологічним чинником, короткочасним перебігом і виходом у до хворобливий стан. Хворобливий стан не набуває систематизованого характеру, а є лише окремим епізодом у житті людини. Наприклад, сутінковий стан свідомості.

У загальному перебігу психічних захворювань виділяють наступні етапи: *ініціальний, маніфестний, розпалу і зворотного розвитку*.

В ініціальному періоді у хворих виявляються поодинокі, нестійкі, часто неспецифічні ознаки хвороби. Цей період може змінитись маніфестним, коли проявляються основні для даного захворювання симптоми. У періоді зворотного розвитку симптоматика редукується і часто відновлюється критичне ставлення до хворобливих переживань.

Зміна проявів захворювання, особливості його початку і закінчення визначаються причинно-наслідковими відносинами патологічного процесу. При цьому деякі фізіологічні пристосувальні реакції зливаються з власне патогенетичними механізмами, які обумовлюють стереотип розвитку захворювання. Тому часто психічні порушення на початку свого розвитку виявляються вегетативними і соматичними симптомами, через що хворі звертаються до лікарів загальної практики.

Результатом захворювання може бути: повне одужання, світлий проміжок (інтермісія), ремісія (редукція частини позитивної симптоматики при збереженні негативної), дефект (незворотний негативний симптомокомплекс), смерть.

Дефект психічної діяльності - збіднення, спрощення вищої нервової діяльності в результаті патологічного процесу.

Психічне захворювання іноді може тривати безперервно до закінчення життя хворого, а може закінчитись одужанням, повним чи частковим. Однак, навіть у результаті так званого повного одужання, ідеального відновлення дохворобливого стану не відбувається, в організмі формуються нові властивості.

ДЕОНТОЛОГІЯ ПОВІДОМЛЕННЯ ДІАГНОЗУ

Лікар не повинен повідомляти діагноз, не маючи максимальної впевненості в його правильності. Якщо повідомлений діагноз не підтвердиться, нанесена пацієнтові психотравма може бути досить тяжкою. Тому лікар має право на «дозування правди» через поетапне повідомлення подробиць, при цьому не лишаючи враження недоговореного, що може розцінюватися хворим як небажання повідомляти трагічний діагноз.

В психіатрії, залежно від обставин, після закінчення діагностичної бесіди лікар повідомляє свої рекомендації або родичам пацієнта (при тяжких психотичних станах), або ж родичу і хворому, запрошуючи для цього обидві сторони на заключну розмову.

Якщо для хворого лікування або продовження життя реальні, то лікар зобов'язаний тактовно повідомити пацієнтові його діагноз. Повідомляючи діагноз, краще говорити зрозумілою й простою мовою, не вживаючи термінів, які мають загрозливий відтінок. Краще сказати про серцевий напад, ніж про тромбоз коронарних артерій; новоутворення звучить краще, ніж рак. Ці слова не тільки більш зрозумілі, але й поблажливіші.

Частина хворих, здогадуючись про тяжкість свого стану, воліють робити вигляд, що нічого страшного не відбувається. Інша частина хворих намагаються переконати лікаря, що їм необхідно знати правду, нехай найстрашнішу і безнадійну, щоб закінчити початі справи, підготуватися до фіналу. Така позиція психологічно здається цілком зрозумілою й навіть переконливою. Але в більшості випадків хворий, таким чином, просто жадає від лікаря обіцянки, що він не помре. Помираючі шукають не правду, а надію.

У лікарській, особливо психоневрологічній, практиці часті ситуації, коли

хворий не усвідомлює своєї проблеми. Зокрема, при ураженнях лобних доль головного мозку хворі часто не помічають своїх поведінкових або інтелектуальних порушень. У деяких випадках, анозогнозія виступає своєрідним психологічним бар'єром, що відгороджує людину від усвідомлення безнадійності свого стану. Необдумане руйнування такого бар'єру може призводити до нівелювання внутрішніх захисних механізмів.

Суперечать деонтологічним правилам спроби прогнозувати строки життя онкохворих. Лікар зобов'язаний прогнозувати всі варіанти продовження життя, але він не повинен ворожити з приводу дня настання смерті. Такі «пророцтва» не правдиві по своїй суті.

Стосовно помираючих хворих, як правило, лікарі займають поблажливу позицію. Навіть повідомляючи про невиліковну хворобу, варто спробувати лишити пацієнтові надію, розповідаючи про можливості тривалої ремісії або про недавно запропонований новий лікарський засіб, здатний уповільнити перебіг хвороби. Таким вчинком лікар не обманює свого пацієнта, адже він дійсно не може прогнозувати перебіг і результат захворювання. У той же час, віра хворого і його бажання вижити дійсно можуть активізувати захисні сили організму, або, принаймні, додати змісту останнім дням життя.

Навіть за потреби переконати пацієнта у необхідності операції, як правило, можна це зробити не повідомляючи істинний діагноз. Згідно канонів деонтології, якщо в стаціонарі хворому пропонують операцію, то інші лікарі, до яких він звертається, мають роз'яснити її необхідність і невідкладність.

Поширеною є думка, що злоякісні пухлини невиліковні, а хворі з генералізованими формами раку відносяться до «некурабельних». Іноді медичні працівники, знаючи про приреченість пацієнта, починають уникати його. Помираюча людина опиняється на самоті. Такий підхід суперечить базовим принципам медичної деонтології. Невиліковність не рівносильна

некурабельності, а обов'язкове надання допомоги онкохворим у термінальних стадіях є обов'язковим. При цьому важливо відзначати кожні, нехай незначні, ознаки поліпшення стану, вислуховувати скарги пацієнта, намагатися полегшити його «відхід», не лишаючи один на один зі смертю.

У документах, що віддають пацієнтам на руки, не бажане пряме згадування тяжких діагнозів. Саме направлення до онкологічного стаціонару трагічно сприймається хворим і його близькими. Тому онкохворих іноді за краще госпіталізувати і до стаціонарів загального профілю. Хворі з ранніми стадіями онкопроцесу, надходячи в стаціонар, не повинні зустрічатися з пацієнтами, які мають схожу клініку, перенесли рецидиви або невдалі операції.

Протирічить деонтології і практика видачі хворим результатів аналізів на бланках, що містять видрукувані нормальні лабораторні показники. Різниця показників травмує хворого. Потрібна обережність і при видачі на руки описів рентгенівських знімків. Опис будови й функцій навіть здорового органа іноді має загрозливий для хворого вигляд.

Деонтологічно дуже відповідальним є дотримання необхідних правил поведінки лікаря щодо лікарської таємниці.

Лікарська таємниця - не підлягаючі поширенню відомості про хворобу та інтимне життя хворого, отримані від нього або виявлені при його обстеженні або лікуванні.

Не підлягають поширенню не тільки дані про хворобу, але й дані про особливості організму, фізичні недоліки, шкідливі звички, особливості психіки, матеріальне становище. Зокрема, дуже делікатною є ситуація повідомлення діагнозу при деяких гінекологічних захворюваннях. Повідомлення про радикальне видалення матки або придатків, неможливість дітонародження необхідно робити перед випискою зі стаціонару. У дуже

непростому становищі опиняється лікар, якщо про характер проведеної операції запитує чоловік або родичі хворої. У такому випадку рекомендується повідомляти частковий обсяг проведеної операції, надавши пацієнтці можливість самій вирішувати питання про спосіб і час інформування зацікавлених осіб.

Не можна згадувати прізвище хворого в наукових працях і доповідях, показувати його фотографії без одержання на те згоди самого пацієнта.

Разом з тим, лікар зобов'язаний попереджати санітарно-епідеміологічну службу про випадки інфекційних захворювань, слідчі органи - про вбивства і вогнепальні поранення, одного із сімейної пари - про контагіозне захворювання іншого. Лікар повинен також інформувати керівників підприємств про захворювання людей, яким протипоказана робота на даному підприємстві, наприклад, керування машиною при епілепсії або робота на конвеєрі.

ДОДАТОК

Психічні і поведінкові розлади у МКХ-10

F00-F09

Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади

F00 Деменція при хворобі Альцгеймера

F00.0 Деменція при хворобі Альцгеймера з раннім початком

F00.1 Деменція при хворобі Альцгеймера з пізнім початком

F00.2 Деменція при хворобі Альцгеймера, атипова чи змішаного типу

F00.9 Деменція при хворобі Альцгеймера, неуточнена

F01 Судинна деменція

F01.0 Судинна деменція з гострим початком

F01.1 Мультиінфарктна деменція

F01.2 Субкортикальна судинна деменція

F01.3 Змішана кіркова та підкіркова судинна деменція

F01.8 Інша судинна деменція

F01.9 Судинна деменція, неуточнена

F02 Деменція при хворобах, кваліфікованих у інших розділах

F02.0 Деменція при хворобі Піка

F02.1 Деменція при хворобі Крейцфельдта-Якоба

F02.2 Деменція при хворобі Гентінгтона

F02.3 Деменція при хворобі Паркінсона

F02.4 Деменція при захворюваннях, обумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)

F02.8 Деменція при інших уточнених захворюваннях, класифікованих у інших розділах

Додатковий 6-й знак обов'язково використовується для реєстрації "соматогенних розладів" (психічних порушень у зв'язку із соматичними захворюваннями):

F0x.xx0 — у зв'язку із травмою головного мозку;

F0x.xx1 — у зв'язку із судинним захворюванням головного мозку;

F0x.xx2 — у зв'язку із епілепсією;

F0x.xx3 — у зв'язку із пухлиною головного мозку;

F0x.xx4 — у зв'язку із вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ-інфекцією);

F0x.xx5 — у зв'язку із нейросифілісом;

F0x.xx6 — у зв'язку із іншими вірусними і бактеріальними нейроінфекціями;

F0x.xx7 — у зв'язку із іншими захворюваннями;

F0x.xx8 — у зв'язку із змішаними захворюваннями;

F0x.xx9 — у зв'язку із неуточненим захворюванням.

Виділення додатковим п'ятим знаком додаткових психотичних симптомів при деменції стосується рубрик F00 — F03, при цьому в підрубриках F03.3x і F03.4x п'ятий знак уточнює психотичний розлад, а у F02.8xx після п'ятого знаку необхідно використовувати і шостий, що вказує на етіологічну природу.

F03 Деменція, не уточнена

Для уточнення деменції в F00-F03 може використовуватись п'ятий знак:

- .x0 без додаткової симптоматики
- .x1 з іншими симптомами, переважно маячними
- .x1 з іншими симптомами, переважно галюцинаторними
- .x3 з іншими симптомами, переважно депресивними
- .x4 з іншою змішаною симптоматикою.

Для класифікації ступеня тяжкості деменції може використовуватись шостий знак:

- .xx0 Легка
- .xx1 Помірна
- .xx2 Тяжка

F04 Органічний амнестичний синдром, не обумовлений алкоголем чи іншими психоактивними речовинами

F05 Делірій, не обумовлений алкоголем чи іншими психоактивними речовинами

- F05.0 Делірій, що не виникає на фоні деменції
- F05.1 Делірій, що виникає на фоні деменції
- F05.8 Інший делірій
- F05.9 Делірій, не уточнений

F06 Інші психічні розлади внаслідок ушкодження, дисфункції головного мозку, соматичного захворювання

- F06.0 Органічний галюциноз
- F06.1 Органічний кататонічний розлад
- F06.2 Органічний маячний (шизофреноподібний) розлад
- F06.3 Органічний (афективний) розлад
- F06.4 Органічний тривожний розлад
- F06.5 Органічний диссоціативний розлад
- F06.6 Органічні емоційно лабільні (астенічні) розлади
- F06.7 Легкий когнітивний розлад
- F06.8 Інші уточнені психічні розлади внаслідок ушкодження і дисфункції головного мозку і соматичного захворювання
- F06.9 Неуточнені психічні розлади внаслідок ушкодження і дисфункції головного мозку і соматичного захворювання

F07 Розлади особистості і поведінки внаслідок захворювання, ушкодження і дисфункції головного мозку

- F07.0 Органічний розлад особистості
- F07.1 Постенцефалічний синдром
- F07.2 Посткомоційний синдром
- F07.8 Інші органічні розлади особистості та поведінки внаслідок захворювання, ушкодження і дисфункції головного мозку

F07.9 Неуточнені психічні розлади внаслідок ушкодження і дисфункції головного мозку і соматичного захворювання

F09 Неуточнений органічний чи симптоматичний психічний розлад

F10-F19

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин

F10. – Психічні та поведінкові розлади в результаті вживання алкоголю

F11. - Психічні та поведінкові розлади в результаті вживання опіоїдів

F12. - Психічні та поведінкові розлади в результаті вживання каннабіноїдів

F13. - Психічні та поведінкові розлади в результаті вживання седативних чи снодійних речовин

F14. - Психічні та поведінкові розлади в результаті вживання кокаїну

F15. - Психічні та поведінкові розлади в результаті вживання других стимуляторів, включаючи кофеїн

F16. - Психічні та поведінкові розлади в результаті вживання галюциногенів

F17. - Психічні та поведінкові розлади в результаті вживання тютюну

F18. - Психічні та поведінкові розлади в результаті вживання легких розчинників

F19. - Психічні та поведінкові розлади в результаті поєднаного вживання наркотиків та інших психоактивних речовин.

4-й і 5-й знаки можуть використовуватись для уточнення клінічного стану, а у відповідних випадках гострої інтоксикації та стану відміни приводяться діагностичні критерії, специфічні для кожної психоактивної речовини

F1x.0 Гостра інтоксикація

- .00 неускладнена
- .01 з травмою чи іншими тілесними ушкодженнями
- .02 з іншими медичними ускладненнями
- .03 з делірієм
- .04 з розладами сприйняття
- .05 з комою
- .06 із судомами
- .07 патологічне сп'яніння

F1x.1 Вживання із шкідливими наслідками

F1x.2 Синдром залежності

- .20 у даний момент утримання від вживання
 - .200 Рання ремісія
 - .201 Часткова ремісія
 - .202 Повна ремісія
- .21 утримання від вживання, але в умовах, що виключають вживання

- .22 перебуває під клінічним спостереженням на підтримуючій чи замісній терапії (контрольована залежність)
- .23 утримання від вживання, але на терапії препаратами, що викликають відразу або справляють блокуючий ефект
- .24 на даний момент вживається психоактивна речовина (активна залежність)
 - .240 Без фізичних симптомів
 - .241 З фізичними симптомами
- .25 епізодичне вживання
- F1x.3 Стан відміни
 - .30 неускладнений
 - .31 із судомами
- F1x.4 Стан відміни з делірієм
 - .40 без судом
 - .41 із судомами
- F1x.5 Психотичний розлад
 - .50 шизофреноподібний
 - .51 переважно маячний
 - .52 переважно галюцинаторний
 - .53 переважно поліморфний
 - .54 переважно з депресивними психотичними симптомами
 - .55 переважно з маніакальними психотичними симптомами
 - .56 змішані
- F1x.6 Амнестичний синдром
- F1x.7 Резидуальний психотичний розлад і психотичний розлад із пізнім (відстроченим) дебютом
 - .70 ремінісценції
 - .71 розлад особистості чи поведінки
 - .72 залишковий афективний розлад
 - .73 деменція
 - .74 інше стійке когнітивне порушення
 - .75 психотичний розлад із пізнім дебютом
- F1x.8 Інші психічні та поведінкові розлади
- F1x.9 Неуточнений психічний і поведінковий розлад

F20-F29

Шизофренія, шизотипові і маячні розлади

F20 Шизофренія

F20.0 Параноїдна шизофренія
F20.1 Гебефренічна шизофренія
F20.2 Кататонічна шизофренія
F20.3 Недиференційована шизофренія
F20.4 Постшизофренічна депресія
F20.5 Резидуальна шизофренія
F20.6 Проста шизофренія
F20.8 Інші форми шизофренії
F20.9 Шизофренія, неуточнена

Типи перебігу шизофренічних розладів можуть бути класифіковані п'ятьма знаками:

- .x0 безперервний
- .x1 епізодичний з наростаючим дефектом
- .x2 епізодичний зі стабільним дефектом
- .x3 епізодичний ремітуючий
- .x4 неповна ремісія
- .x5 повна ремісія
- .x8 інший
- .x9 перебіг неясний, період спостереження надто короткий

F21 Шизотиповий розлад

F22 Хронічні маячні розлади

F22.0 Маячний розлад
F22.8 Інші хронічні маячні розлади
F22.9 Хронічний маячний розлад, неуточнений

F23 Гострі та транзиторні психотичні розлади

F23.0 Гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії
F23.1 Гострий поліморфний психотичний розлад із симптомами шизофренії
F23.2 Гострий шизофреноподібний психотичний розлад
F23.3 Інші гострі переважно маячні психотичні розлади
F23.8 Інші гострі та транзиторні психотичні розлади
F23.9 Гострі та транзиторні психотичні розлади, неуточнені

Для позначення наявності чи відсутності гострого асоційованого стресу може використовуватись п'ятий знак:

- .x0 без асоційованого гострого стресу
- .x1 із асоційованим гострим стресом

F24 Індукований маячний розлад

F25 Шизоафективний розлад

F25.0 Шизоафективний розлад, маніакальний тип

F25.1 Шизоафективний психоз

F25.2 Шизоафективний розлад, змішаний тип

F25.8 Інші шизоафективні розлади

F25.9 Шизоафективний розлад, не уточнений

За п'ятим знаком можуть виділятися наступні підтипи:

.x0 Одночасно тільки афективні та шизофренічні симптоми

.x1 Одночасно афективні та шизофренічні симптоми, плюс збереження шизофренічних симптомів після зникнення афективних

F28 Інші неорганічні психотичні розлади

F29 Неуточнений неорганічний психоз

F30-F39

Афективні розлади настрою

F30 Маніакальний епізод

F30.0 Гіпоманія

F30.1 Манія без психотичних симптомів

F30.2 Манія із психотичними симптомами

.20 Із відповідними настрою психотичними симптомами

.21 Із невідповідними настрою психотичними симптомами

F30.8 Інші маніакальні епізоди

F30.9 Маніакальні епізоди неуточнені

F31 Біполярний афективний розлад

F31.0 Біполярний афективний розлад, поточний гіпоманіакальний епізод

F31.1 Біполярний афективний розлад, поточний епізод манії без психотичних симптомів

F31.2 Біполярний афективний розлад, поточний маніакальний епізод із психотичними симптомами

.20 Із відповідними настрою психотичними симптомами

.21 Із невідповідними настрою психотичними симптомами

F31.3 Біполярний афективний розлад, поточний епізод помірної чи легкої депресії

.30 без соматичних симптомів

.31 із соматичними симптомами

F31.4 Біполярний афективний розлад, поточний епізод тяжкої депресії без психотичних симптомів

F31.5 Біполярний афективний розлад, поточний епізод тяжкої депресії з психотичними симптомами

.50 Із відповідними настрою психотичними симптомами

.51 Із невідповідними настрою психотичними симптомами

F31.6 Біполярний афективний розлад, поточний епізод змішаний

F31.7 Біполярний афективний розлад, стан ремісії

F31.8 Інші біполярні афективні розлади

F31.9 Біполярний афективний розлад, неуточнений

F32 Депресивний епізод

F32.0 Легкий депресивний епізод

.00 без соматичних симптомів

.01 із соматичними симптомами

F32.1 Помірний депресивний епізод

.10 без соматичних симптомів

.11 із соматичними симптомами

F32.2 Тяжкий депресивний епізод без психотичних симптомів

F32.3 Тяжкий депресивний епізод із психотичними симптомами

.30 Із відповідними настрою психотичними симптомами

.31 Із невідповідними настрою психотичними симптомами

F32.8 Інші депресивні епізоди

F32.9 Депресивні епізоди, неуточнені

F33 Рекурентний депресивний розлад

F33.0 Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод легкого ступеня тяжкості

.00 без соматичних симптомів

.01 із соматичними симптомами

F33.1 Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод помірної тяжкості

.10 без соматичних симптомів

.11 із соматичними симптомами

F33.2 Рекурентний депресивний розлад, поточний тяжкий епізод без психотичних симптомів

F33.3 Рекурентний депресивний епізод, поточний тяжкий епізод із психотичними симптомами

.30 Із відповідними настрою психотичними симптомами

.31 Із невідповідними настрою психотичними симптомами

F33.4 Рекурентний депресивний розлад, стан ремісії

F33.8 Інші рекурентні депресивні розлади

F33.9 Рекурентний депресивний розлад, неуточнений

F34 Хронічні (афективні) розлади настрою

F34.0 Циклотимія

F34.1 Дистимія

F34.8 Інші хронічні афективні розлади

F34.9 Хронічний (афективний) розлад настрою, неуточнений

F38 Інші (афективні) розлади настрою

F38.0 Інші поодинокі розлади настрою (афективні розлади)

.00 змішаний афективний епізод

F38.1 Інші рекурентні розлади настрою (афективні розлади)

.10 рекурентний короткочасний депресивний розлад

F38.8 Інші уточнені розлади настрою (афективні розлади)

F39 Неуточнені розлади настрою (афективні розлади)

F40-F48

Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади

F40 Тривожно-фобічні розлади

F40.0 Агорафобія

.00 без панічного розладу

.01 із панічним розладом

F40.1 Соціальні фобії

F40.2 Специфічні (ізолювані) фобії

F40.8 Інші тривожно-фобічні розлади

F40.9 Фобічний тривожний розлад, неуточнений

F41 Інші тривожні розлади

F41.0 Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога)

.00 Помірна

.01 Тяжка

F41.1 Генералізований тривожний розлад

F41.2 Змішаний тривожний та депресивний розлад

F41.3 Інші змішані тривожні розлади

F41.8 Інші уточнені тривожні розлади

F41.9 Тривожний розлад, неуточнений

F42 Обсесивно-компульсивний розлад

F42.0 Переважно нав'язливі думки чи міркування (розумова жуйка)

F42.1 Переважно компульсивні дії (обсесивні ритуали)

F42.2 Змішані обсесивні думки та дії

F42.8 Інші обсесивно-компульсивні розлади

F42.9 Obsesivno-kompulzivnyi rozlad, neutochneniy

F43 Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації

F43.0 Гостра реакція на стрес

.00 Легка

- .01 Помірна
- .02 Тяжка
- F43.1 Посттравматичний стресовий розлад
- F43.2 Розлади адаптації
 - .20 короткочасна депресивна реакція
 - .21 пролонгована депресивна реакція
 - .22 змішана тривожна і депресивна реакція
 - .23 з переважанням порушення інших емоцій
 - .24 з переважанням порушення поведінки
 - .25 змішаний розлад емоцій та поведінки
 - .28 інші специфічні переважаючі симптоми
- F43.8 Інші реакції на тяжкий стрес
- F43.9 Реакція на тяжкий стрес, неуточнена
- F44 Дисоціативні (конверсійні) розлади*
 - F44.0 Дисоціативна амнезія
 - F44.1 Дисоціативна фуга
 - F44.2 Дисоціативний ступор
 - F44.3 Транси і стани одержимості
 - F44.4 Дисоціативні розлади моторики
 - F44.5 Дисоціативні судоми
 - F44.6 Дисоціативна анестезія і втрата чуттєвого сприйняття
 - F44.7 Змішані дисоціативні (конверсійні) розлади
 - F44.8 Інші дисоціативні (конверсійні) розлади
 - .80 синдром Ранзера
 - .81 розлад множинної особистості
 - .82 транзиторні дисоціативні (конверсійні) розлади, що виникають у дитячому та підлітковому віці
 - .88 інші уточнені дисоціативні (конверсійні) розлади
 - F44.9 Дисоціативні (конверсійні) розлади, неуточнені
- F45 Соматоформні розлади*
 - F45.0 Соматизований розлад
 - F45.1 Недиференційований соматоформний розлад
 - F45.2 Іпохондричний розлад
 - F45.3 Соматоформна вегетативна дисфункція
 - .30 серця та серцево-судинної системи
 - .31 верхньої частини шлунково-кишкового тракту
 - .32 нижньої частини шлунково-кишкового тракту

- .33 дихальної системи
- .34 уrogenітальної системи
- .38 іншого органу чи системи

F45.4 Хронічний соматоформний больовий розлад

F45.8 Інші соматоформні розлади

F45.9 Соматоформний розлад, не уточнений

F48 Інші невротичні розлади

F48.0 Неврастенія

F48.1 Синдром деперсоналізації-дереалізації

F48.8 Інші специфічні невротичні розлади

F48.9 Невротичні розлади, не уточнені

F50-F59

Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами

F50 Розлади вживання їжі

F50.0 Нервова анорексія

F50.1 Атипова нервова анорексія

F50.2 Нервова булімія

F50.3 Атипова нервова булімія

F50.4 Переїдання, що поєднується із іншими порушеннями

F50.5 Блювання, що поєднується із іншими психологічними порушеннями

F50.8 Інші розлади вживання їжі

F50.9 Розлад вживання їжі, не уточнений

F51 Розлади сну неорганічної природи

F51.0 Безсоння неорганічної природи

F51.1 Гіперсомнія неорганічної природи

F51.2 Розлад режиму сну-неспання неорганічної природи

F51.3 Сноходіння (сомнамбулізм)

F51.4 Жахи під час сну (нічні жахи)

F51.5 Кошмари

F51.8 Інші розлади сну неорганічної природи

F51.9 Розлад сну неорганічної природи, не уточнений

F52 Статева дисфункція, не обумовлена органічним розладом чи захворюванням

F52.0 Відсутність чи втрата статевого потягу

F52.1 Сексуальна відраза чи відсутність сексуального задоволення

.10 сексуальна відраза

.11 відсутність сексуального задоволення

F52.2 Відсутність генітальної реакції

F52.3 Оргазмічна дисфункція

F52.4 Передчасна еякуляція

F52.5 Вагінізм неорганічної природи

F52.6 Диспарейнія неорганічної природи

F52.7 Підвищений статевий потяг

F52.8 Інша статева дисфункція, не обумовлена органічним захворюванням

F52.9 Неуточнена статева дисфункція, не обумовлена органічним розладом чи захворюванням

F53 Психічні та поведінкові розлади, пов'язані з післяпологовим періодом та не класифіковані у інших розділах

F53.0 Легкі психічні та поведінкові розлади, пов'язані з післяпологовим періодом та не класифіковані у інших розділах

F53.1 Тяжкі психічні та поведінкові розлади, пов'язані з післяпологовим періодом та не класифіковані у інших розділах

F53.8 Інші психічні та поведінкові розлади, пов'язані з післяпологовим періодом та не класифіковані у інших розділах

F53.9 Посляпологовий психічний розлад, неуточнений

F54 Психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з розладами чи захворюваннями, класифікованими у інших розділах

F55 Зловживання речовинами, що не викликають залежності

F55.0 Антидепресанти

F55.1 Послаблюючі

F55.2 Анальгетики

F55.3 Антациди

F55.4 Вітаміни

F55.5 Стероїди чи гормони

F55.6 Специфічні трави і народні засоби

F55.8 Інші речовини, що не викликають залежності

F55.9 Неуточнені

F59 Неуточнені поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами

F60-F69

Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих

F60 Специфічні розлади особистості

F60.0 Параноїдний розлад особистості

- F60.1 Шизоїдний розлад особистості
- F60.2 Дисоціальний розлад особистості
- F60.3 Емоційно нестійкий розлад особистості
 - .30 імпульсивний тип
 - .31 межовий тип
- F60.4 Істеричний розлад особистості
- F60.5 Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості
- F60.6 Тривожний (ухильний) розлад особистості
- F60.7 Залежний розлад особистості
- F60.8 Інші специфічні розлади особистості
- F60.9 Розлад особистості, не уточнений
- F61 Змішаний та інші розлади особистості*
 - F61.0 Змішані розлади особистості
 - F61.1 Спричиняючі дискомфорт розлади особистості
- F62 Хронічні зміни особистості, не пов'язані з ушкодженням чи захворюванням мозку*
 - F62.0 Хронічні зміни особистості після переживання катастрофи
 - F62.1 Хронічні зміни особистості після психічного захворювання
 - F62.8 Інші хронічні зміни особистості
 - F62.9 Хронічні зміни особистості, не уточнені
- F63 Розлади звичок і потягів*
 - F63.0 Патологічна схильність до азартних ігор
 - F63.1 Патологічні підпали (піроманія)
 - F63.2 Патологічне крадійство (клептоманія)
 - F63.3 Трихотиломанія
 - F63.8 Інші розлади звичок та потягів
 - F63.9 Розлад звичок і потягів, не уточнений
- F64 Розлади статевої ідентифікації*
 - F64.0 Транссексуалізм
 - F64.1 Трансвестизм подвійної ролі
 - F64.2 Розлад статевої ідентифікації у дітей
 - F64.8 Інші розлади статевої ідентифікації
 - F64.9 Розлад статевої ідентифікації, не уточнений
- F65 Розлади надавання сексуальної переваги*
 - F65.0 Фетишизм
 - F65.1 Фетишистський трансвестизм
 - F65.2 Ексібіціонізм
 - F65.3 Вуайеризм

F65.4 Педофілія

F65.5 Садомазохізм

F65.6 Множинні розлади надавання сексуальної переваги

F65.8 Інші розлади надавання сексуальної переваги

F65.9 Розлад надавання сексуальної переваги, не уточнений

F66 Психологічні та поведінкові розлади, пов'язані з сексуальним розвитком і орієнтацією

F66.0 Розлад статевого дозрівання

F66.1 Его-дистонічна сексуальна орієнтація

F66.2 Розлад сексуальних стосунків

F66.8 Інші розлади психосоціального розвитку

F66.9 Розлад психосоціального розвитку, не уточнений

F68 Інші розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих

F68.0 Перебільшення фізичних симптомів внаслідок психологічних факторів

F68.1 Умисне викликання чи симуляція симптомів або інвалідизації, фізичної чи психічної (симулятивний розлад)

F68.8 Інші специфічні розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих

F70-F79

Розумова відсталість

F70 Легка розумова відсталість

F71 Помірна розумова відсталість

F72 Тяжка розумова відсталість

F73 Глибока розумова відсталість

F78 Інша розумова відсталість

F79 Не уточнена розумова відсталість

Для уточнення ступеня порушення поведінки може застосовуватися четвертий знак:

F7x.0 мінімальні поведінкові порушення чи відсутність таких

F7x.1 значні поведінкові порушення, що вимагають лікування

F7x.8 інші поведінкові порушення

F7x.9 поведінкові порушення не визначені

F80-F89

Порушення психологічного розвитку

F80 Специфічні розлади розвитку мови

F80.0 Специфічні розлади артикуляції мови

- F80.1 Розлад експресивної мови
- F80.2 Розлад рецептивної мови
- F80.3 Синдром Ландау-Клеффнера (набута афазія з епілепсією)
- F80.8 Інші порушення розвитку мови
- F80.9 Розлад розвитку мови неуточнений

F81 Специфічні розлади розвитку шкільних навичок

- F81.0 Специфічний розлад читання
- F81.1 Специфічний розлад спеллінгування
- F81.2 Специфічний розлад навичок рахування
- F81.3 Змішаний розлад шкільних навичок
- F81.8 Інші розлади шкільних навичок
- F81.9 Розлад розвитку шкільних навичок, неуточнений

F82 Специфічний розлад розвитку рухових функцій

F83 Змішані специфічні розлади

- Інші розлади розвитку мови
- Розлад розвитку мови, неуточнений

F84 Загальні розлади розвитку

- F84.0 Дитячий аутизм
- F84.1 Атиповий аутизм
 - .10 Атиповість у віці початку
 - .11 Атиповість у симптоматиці
 - .12 Атиповість і у віці початку, і у симптоматиці
- F84.2 Синдром Ретта
- F84.3 Інший дезінтегративний розлад дитячого віку
- F84.4 Гіперактивний розлад, що поєднується із розумовою відсталістю і стереотипними рухами
- F84.5 Синдром Аспергера
- F84.8 Інші загальні розлади розвитку
- F84.9 Загальний розлад розвитку, неуточнений

F88 Інші розлади психологічного розвитку

F89 Неуточнений розлад психологічного розвитку

F90-F98

Поведінкові та емоційні розлади із початком у дитячому та підлітковому віці

F90 Гіперкінетичні розлади

- F90.0 Порушення активності уваги

- F90.1 Гіперкінетичний розлад поведінки
- F90.8 Інші гіперкінетичні розлади
- F90.9 Гіперкінетичний розлад, не уточнений

F91 Розлад поведінки

- F91.0 Розлад поведінки, що обмежується сімейним оточенням
- F91.1 Несоціалізований розлад поведінки
- F91.2 Соціалізований розлад поведінки
- F91.3 Опозиційно-провокативний розлад
- F91.8 Інші розлади поведінки
- F91.9 Розлад поведінки, не уточнений

F92 Змішані розлади поведінки і емоцій

- F92.0 Депресивний розлад поведінки
- F92.8 Інші змішані розлади поведінки та емоцій
- F92.9 Змішаний розлад поведінки та емоцій, не уточнений

F93 Емоційні розлади, специфічні для дитячого віку

- F93.0 Тривожний розлад у зв'язку із розлукою у дитячому віці
- F93.1 Фобічний тривожний розлад дитячого віку
- F93.2 Соціальний тривожний розлад дитячого віку
- F93.3 Розлад сиблінгового суперництва
- F93.8 Інші емоційні розлади дитячого віку
- .80 Генералізований тривожний розлад дитячого віку
- F93.9 Емоційний розлад дитячого віку, не уточнений

F94 Розлади соціального функціонування із початком у дитячому і підлітковому віці

- F94.0 Елективний мутизм
- F94.1 Реактивний розлад прив'язаності дитячого віку
- F94.2 Розгальмований розлад прив'язаності дитячого віку
- F94.8 Інші розлади соціального функціонування дитячого віку
- F94.9 Розлад соціального функціонування дитячого віку, не уточнений

F95 Тикозні розлади

- F95.0 Транзиторний тикозний розлад
- F95.1 Хронічний руховий чи голосовий тикозний розлад
- F95.2 Синдром де ля Туретта (комбінований голосовий і руховий тикозний розлад)
- F95.8 Інші тикозні розлади
- F95.9 Тикозний розлад, не уточнений

F98 Інші поведінкові та емоційні розлади із початком у дитячому і підлітковому віці

- F98.0 Неорганічний енурез
- .00 Тільки нічний енурез

- .01 Тільки денний енурез
- .02 Нічний і денний енурез
- F98.1 Неорганічний енкопрез
 - .10 Нездатність до набуття фізіологічного контролю кишечника
 - .11 Дефекація в неадекватних місцях при адекватному контролі кишечника
 - .12 Неадекватна дефекація через рідку консистенцію калу
- F98.2 Розлад харчування у немовлят
- F98.3 Поїдання неїстівного (пікацизм) у немовлят і дітей
- F98.4 Стереотипні рухові розлади
 - .40 Без самоушкоджень
 - .41 Із самоушкодженнями
 - .42 Змішані
- F98.5 Затинання
- F98.6 Мовне захлинання
- F98.8 Інші специфічні поведінкові та емоційні розлади дитячого і підліткового віку
- F98.9 Неуточнені поведінкові та емоційні розлади дитячого і підліткового віку
- F99 Неуточнений психічний розлад*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Москаленко В.Ф., Горбань Є.М., Табачников С.І. Роль і місце соціальної психіатрії у сучасному суспільстві // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 1. — С. 9–12.
2. Юрьева Л.Н., Каракчеева В.Е. Кризисы возрастных периодов человека (психологический и танатологический аспекты) // Архів психіатрії. - 1999. - 1(19). - С.14-19.
3. Angheluta V., Nica-Udangiv St., Nica-Udangiv L. Psychiatrie epidemiological. – Bucuresti, 2003. – 359 p.
4. Підкоритов В.С. Стан психічного та неврологічного здоров'я дітей, що мешкають у різних регіонах України // Укр. вісник психоневрології. — 1998. — Т.6, вип.1(16). — С.53–57.
5. Egger H.L., Costello J., Angold A. School refusal and psychiatric disorders: a community study. //J. Am. Acad. Child & Adolesc. Psychiatry, 2003, V.42, №7 – p.797- 807.
6. Голдберг Д., Хаксли П. Распространенные психические расстройства. – К.: Сфера, 1999. – С. 154-160.
7. Миронов Н.Е. Психическое здоровье детей и подростков и современные задачи организации специализированной психиатрической помощи // Мед. техника. – 2000. - №6. – С.3-7.
8. Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств. – СПб: Акмен. - 2001. – 133 с.
9. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – «Питер», 2002. – 672 с.
10. Игумнов С.А. Клиническая психотерапия. – Минск: “Беларуска навука”, 2004. – С.34-57.
11. Юрьева Л.М. История. Культура. Психические расстройства и расстройства поведения. – К.: Сфера, 2002. – 314 с.
12. Подростковая медицина: Руководство для врачей / Под ред. Л.И. Левиной. – СПб.: Спец.лит., 1999. – С. 538-584.
13. Михайлова Э.А., Проскурина Т.Ю. Современный аспект охраны психического здоровья // Арх. психіатрії. – 2001. - №4(27). – С. 21-23.
14. Юрьева Л.М. Кризисные состояния: Монография. – Днепропетровск: Арт-Пресс, 1998. – 164 с.
15. Исаев Д.Н. Психопатология. – СПб.: Спец.Лит., 2004. – 463 с.
16. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. – М.: «Яхтсмен», 2003. – С. 234-240.
17. Личко А.Е. Психиатрия. – Тула: ДВК, 1998. – С.41-46.

18. Клиническая и судебная психиатрия / Под ред. В.А. Гурьевой. – М.: Генезис, 2004. – 480 с.
19. Гурьева В.Н. Психогенные расстройства. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1996. – С.45-49.
20. Ковалев В.В. Психиатрия. – М.: «АТОЛЛ», 2004. – С. 431-452.
21. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 1999. – 272 с.
22. Классификация психических и поведенческих расстройств с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (ИДК) // Составитель и редактор Дж. Э. Купер. – Издательство «Сфера», Киев, 2000. – 441 с.
23. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки. Клінічний посібник / Підкоритов В.С., Букреев В.І., Кузьмінов В.М. та ін. – Харків: Фоліо, 2001. – С.71-80.
24. Реан А.А. Психология подростка. Полное руководство.- СПб.: Прайм- Еврознак, 2003.- С.43-52.
25. Никол Р. Практическое руководство по психиатрии: Британський поход. – Екатеринбург: Из-во Урал ИНКО. Урал ЦВИ, 2001. – С.20-49.
26. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т.: - Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – Т.1. - 366 с.
27. Жабокрицький С.В. Клінічний критерій суспільно небезпечної агресивної поведінки психічно хворих // Архів психіатрії. - 1999. - 1(19). - С. 49-52.
28. Марута Н.А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах: Монография. — Харьков: РИФ «Арсис ЛТД», 2000. — 159 с.
29. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. — Пер. с англ. — К.: Сфера, 1999. — Т.2. — С.352.
30. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера. – Л.: Медицина, 1983. – С. 34-67.
31. Братусь Б.С. Аномалии личности. — М., 1988. — 301 с.
32. Гиндикин В. Я., Гурьева В. А. Личностная патология. — М.: Триада-Х., 2003. — 266 с.
33. Лебедев Д.С. Клинико-эпидемиологические и психологические особенности состояний психической дезадаптации // Архів психіатрії. – 2004. – Т.10, 2 (37). – С. 42-46.
34. Васильев В.Л. Юридическая психология. – СПб.:Питер Пресс, 1998. – 656 с.
35. Балабанова Л. М. Судебная патопсихология. — Донецк: Сталкер, 1998. — 432 с.

ЗМІСТ

Вступ.....	0
Глава 1. Теоретичні концепції діагностики.....	0
Глава 2. Етапність діагностичного процесу.....	0
Глава 3. Лікар і пацієнт у діагностичному процесі.....	0
Глава 4. Невербальні елементи діагностичної комунікації.....	0
Глава 5. Етичні моделі лікувально-діагностичного процесу.....	0
Глава 6. Діагностичний процес у психіатрії.....	0
Глава 7. Класифікація і типи перебігу психічних розладів.....	0
Глава 8. Деонтологія повідомлення діагнозу.....	0
Додаток. МКХ-10 у психіатрії.....	0
Список використаної літератури.....	0
Зміст	0