

# МЕДСЕСТРИНСТВО В ПСИХІАТРІЇ

*За редакцією д.м.н. О.С. Чабана*

*Рекомендовано Центральним  
методичним кабінетом з вищої  
медичної освіти МОЗ України  
як підручник для студентів  
вищих медичних навчальних  
закладів I-II рівнів акредитації.*

Тернопіль  
“Укрмедкнига”  
2001

ББК 56.14я723  
М42  
УДК 616.89(075.3)

**Автори:** Чабан О.С., Дегтяр В.В., Білоус С.В., Несторович Я.М., Яцук В.Т.

**Рецензенти:** професор кафедри психіатрії та загальної медичної психології  
Вінницького державного медичного університету  
імені М.І. Пирогова д.м.н. *Пшук Н.Г.*;  
викладач нервових і психіатричних хвороб Чортківського базового медичного училища *Стефанчук С.С.*

М42 **Медсестринство в психіатрії** / За ред. О.С. Чабана. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 264 с.  
ISBN 966-7364-68-2

Підручник для медичних сестер висвітлює загальні та окремі питання психіатрії відповідно до сучасної навчальної програми.

Описані психопатологічні феномени, симптоми і синдроми, що спостерігаються при різних психічних розладах. Охарактеризовано основні психічні розлади, їх етіологію, патогенез, клінічну картину, діагностику, лікування і соціально-трудова реабілітацію. Описані сестринські діагнози та алгоритми дії в психіатрії. Особливу увагу приділено впровадженню класифікації МКХ-10, методом співставлення нозологічного та феноменологічно-синдромального принципу описання психічних розладів.

Для медичних сестер, фельдшерів. Може бути використаний також студентами медичних факультетів.

ББК 56.14я723  
УДК 616.89(075.3)

ISBN 966-7364-68-2

© О.С. Чабан та ін. 2001

## СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ ПІДГОТОВКИ КВАЛІФІКОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ДЛЯ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

До сьогоднішнього дня медичну сестру розглядали як пасивного виконавця вказівок лікаря, як його помічника, але не як партнера в лікуванні хворих і наданні їм допомоги. В сучасному суспільстві ще існують негативне ставлення до психічнохворих і своєрідний страх перед психіатрією. Посаду медичної сестри психіатричного профілю традиційно вважають менш престижною, порівняно з іншими галузями медицини. Більшість країн світу відчувають гостру нестачу сестринського персоналу в психіатричній службі. Медична сестра здебільшого виконує свої обов'язки машинально. Робота в наших умовах обмежується роздаванням медикаментів, проведенням ін'єкцій, вимірюванням температури тіла, організацією консультацій і спостереженням за станом хворого та технікою безпеки. В основному, вона робить це на належному професійному рівні, але акцентує свою увагу на процесі автоматичного виконання функціональних обов'язків, а самій особистості хворого приділяє мало уваги. Такий механістичний підхід не дає можливості встановити належний контакт між медичною сестрою і хворим, тому що основною стає робота сестри, а не хворий, на якого ця робота спрямована.

Згідно з положеннями соціальної, виробничої і медичної психології, медична сестра може якісно обслужити індивідуально не більше восьми хворих, а реальне навантаження на неї в психіатричних стаціонарах є значно більшим.

Природно, що в таких умовах відносини між медичною сестрою і хворими є здебільшого офіційними і формальними. Потрібно враховувати, що в психіатричних медичних закладах лікують хворих із порушеннями психіки. А вищеописані умови і стиль роботи медичних сестер призводять до різного виду напруженості, непорозумінь, сутичок і скарг з боку пацієнтів та їх родичів. Психологічний вплив медсестри на хворого за таких умов є мінімальним або навіть викликає зворотний ефект “психологічного протесту” проти надання формальної медичної допомоги.

Програми підготовки медичних сестер традиційно були спрямовані на оволодіння базою даних, які відносяться передусім до біології, основ медицини і технічної сторони сестринської справи. Підручники і навчальні програми з психіатрії для медичних сестер існували у вигляді скорочених лікарських варіантів. Соціальним і поведінковим наукам в підготовці медичних сестер приділяли недостатньо уваги.

Ми стали свідками процесу демократизації всіх сфер суспільного життя, в тому числі й психіатрії. Започатковано правові відносини пацієнта з медичними працівниками. Сучасні психіатри почали ставитись до хворого як до особистості, сприймати пацієнта як громадянина, який має свої інтереси і володіє законними правами. Помітно зменшено соціальні обмеження, які ще недавно автоматично наставляли після встановлення діагнозу психічного захворювання. Психіатричні лікувальні заклади перестали відігравати традиційну роль “ізолятора” осіб із по-

рушеннями психіки і перетворились на заклади, в яких створюють усі умови (в тому числі й психологічний клімат), спрямовані не на хворобу, а на особистість пацієнта. Біологічна терапія психічних розладів, препарати цілеспрямованої дії на “синдром-мішень” – лише частина комплексу медико-соціальних заходів, яка в деяких випадках взагалі відходить на задній план, а на передній виступає психотерапія, реабілітація та ресоціалізація хворих.

Переорієнтація психіатричної служби з “ізоляції” хворих на ділове і психологічне партнерство з ними призвела до необхідності переосмислити роль медичної сестри в системі надання медичної і соціальної допомоги психічнохворим.

Незважаючи на те, що універсальної моделі медсестринської допомоги у сфері охорони психічного здоров'я і психіатрії поки що не існує, сутність її в основному полягає у визначенні, сформульованому Міжнародною радою медичних сестер:

“Медсестринська допомога полягає в тому, щоб сприяти здоров'ю, попереджувати хвороби, забезпечувати догляд за фізично- або психічнохворими і непрацездатними людьми будь-якого віку в усіх лікувальних закладах та інших громадських установах. Предметом особливої уваги медсестри повинна бути реакція окремої людини, сім'ї або групи людей на реальні або можливі порушення здоров'я. Унікальна функція медсестри в її догляді за здоровими або хворими людьми полягає в тому, щоб правильно оцінити їх реакцію на стан їхнього здоров'я і допомогти у діях, які призводять до здоров'я, видужання або до достойної смерті...”

Згідно з положеннями Американської асоціації медичних сестер (1980), основне завдання середнього медичного персоналу – “це діагностика і корекція реакцій людини на дійсні або можливі проблеми, пов'язані з її здоров'ям”. У центрі уваги цих визначень реакція особистості на проблеми, пов'язані із здоров'ям. Отже, основна мета практичної роботи медичної сестри – допомогти хворим впоратись з їх проблемами, а ще краще – запобігти їм. У центрі практичної діяльності медичної сестри, яка доглядає за психічнохворими – специфічні психічні реакції і психологічні проблеми хворих, що виникають у них внаслідок психічного захворювання. Таким чином, основними завданнями медичних сестер, які обслуговують психічнохворих, є психотерапія і налагодження відповідного догляду за ними. В їх межах медична сестра повинна займатися такими видами діяльності:

- ◆ допомагати хворим чітко визначати проблеми, які негативно впливають на їх здатність функціонувати як незалежні особистості;
- ◆ навчати хворих і допомагати їм зберігати й удосконалювати власні можливості та резерви, а також пристосовуватись до нових умов життя, які виникають при появі психічного захворювання;
- ◆ брати участь у розробці й впровадженні в практику заходів, спрямованих на запобігання та усунення ознак госпіталізму в психічнохворих, пом'якшувати їх обстеження; змінювати жорсткий обмежувальний лікарняний режим на більш вільний (“домашній”), створюючи умови для відпочинку і розвиваючи гуманні стосунки з

хворими для досягнення позитивного результату;

- ◆ брати участь у розробці й виконанні індивідуальних програм активної реабілітації та соціальної терапії психічнохворих;

- ◆ проводити самостійну медичну практику в плані підтримуючої терапії і догляду за психічнохворими із стабілізованими хронічними психічними захворюваннями, які знаходяться в будинках-інтернатах системи надання соціальної допомоги;

- ◆ проводити необхідне навчання та інструктаж молодшого медичного персоналу, організувати його роботу і керувати ним;

- ◆ у рамках своєї компетенції обстежувати хворих й оцінювати психічний стан їх із встановленням ситуаційного сестринського діагнозу і подальшим проведенням об'рунтованих заходів на сестринському рівні;

- ◆ виконувати призначення лікаря і, при необхідності, надавати невідкладну долікарську допомогу;

- ◆ виявляти ранні ознаки погіршення стану хворих, які знаходяться на стаціонарному лікуванні, включаючи загрозу самопошкоджень і ризик суїциду, погіршення соматичного стану і можливість загрози для здоров'я і життя людей, стежити за дотриманням вимог техніки безпеки;

- ◆ дільнична медсестра налагоджує і підтримує ділові зв'язки із сімейними лікарями та родичами хворого, допомагає їм засвоїти необхідні знання з догляду за пацієнтами, в яких розвинулось психічне захворювання;

- ◆ дільнична медсестра веде активне спостереження за виписаними із стаціонару хворими, стежить за належним проведенням підтримуючої і протирецидивної терапії, а про появу ранніх ознак можливого загострення психічного захворювання негайно повідомляє дільничного лікаря-психіатра;

- ◆ деякі медсестери, які мають необхідні знання, уміння та досвід, а також відчують покликання і схильні викладати, готують себе до викладацько-методичної роботи на медсестринських факультетах вузів і медичних училищах.

Виконуючи ці завдання, медична сестра бере на себе роль друга, експерта, вчителя, радника і прибічника хворого.

Медичні сестри проводять з хворими більше часу, ніж лікарі й обслуговуючий персонал. Ефективність догляду за психічнохворими прямо пропорційна тому, наскільки медичні сестри поділяють повсякденні життєві потреби і переживання хворих. Отже, медичні сестри займають особливе місце в системі, яка забезпечує лікувальний процес у тому плані, що вони першими дізнаються про прагнення і потреби хворих та реагують на них. Поряд з оволодінням технічними навичками, необхідними для надання ефективної допомоги психічнохворим, основною діяльністю медичної сестри завжди є акцент на здатності її сприймати і розуміти особистість і почуття хворого, його проблеми і труднощі. На основі цього розуміння необхідно створювати специфічні відносини, спрямовані на покращання психічного статусу хворих.

Фахівці з організації роботи медсестер у психіатрії вважають, що питома

вага часу, призначеного для догляду за хворими і виконання лікарських призначень, у структурі загального робочого часу медичної сестри психіатричної служби повинна становити 20 %, а основний час (80 %) потрібно приділяти створенню психологічного клімату, основою якого є належне спілкування з хворими. Таким чином, робоче місце медичної сестри переміщується з фіксованого поста на постійне індивідуальне спілкування з хворими на всіх етапах діагностично-лікувально-реабілітаційного процесу. Це, у свою чергу, ставить питання підняття рівня та якості психолого-психіатричних знань медичної сестри. Без належних знань і умінь медична сестра не буде користуватись авторитетом серед хворих та інших медичних працівників.

На сьогоднішній день не викликає сумніву те, що не менше половини хворих, які лікуються з приводу соматоневрологічних захворювань, насправді мають різноманітні психосоматичні порушення. Певного поширення серед соматичних хворих (як і в усьому суспільстві) набувають постстресові стани, зловживання спиртними напоями, алкоголізм, токсикоманії, наркоманії, неврози, сексуальні проблеми тощо. Таким чином, елементи психіатрії і наркології все більше проникають у повсякденну практику загальної медицини. Отже, оволодіти належною сучасною базою знань та умінь із психолого-психіатричних дисциплін необхідно також і майбутнім медичним сестрам, які будуть працювати в медичних закладах будь-якого соматичного профілю.

Ось чому вивченню основ дисциплін психолого-психіатричного блоку приділяють стільки часу й уваги. Починають вивчати цей блок із засвоєння основ проф-орієнтованої загальної, соціальної і медичної психології з особливим акцентом на основах спілкування. Після належного засвоєння необхідних знань і умінь із психології майбутні медсестри вивчають дисципліну “Медсестринство в психіатрії”. Проте автори підручника впевнені в тому, що основи психіатрії і наркології повинні знати не лише медсестри, які будуть працювати в закладах психіатричної сітки, а і середні медичні працівники закладів загальносоматичного профілю.

Вітчизняна психіатрія традиційно базувалась на засадах нозологізму. Критерії виділення основних нозологічних одиниць, обґрунтованих Є. Крепеліним, протягом тривалого часу уточнювались і стали загальноновизнаними в психіатрії країн, які дотримуються основних положень класичної “німецької” школи.

В основу традиційної для нас класифікації психічних хвороб покладено етіологію, патогенез, психопатологічні особливості клініки і перебігу психічних захворювань та їх кінцевих станів. Доцільність дотримання основних положень традиційного нозологізму у вітчизняній психіатрії не викликає сумнівів.

Проте під час розвитку світової психіатрії підходи до критеріїв класифікації психічних захворювань і порушень психіки постійно змінюються. На сьогоднішній день застосовують класифікацію МКХ-10. Закладені в ній критерії виділення патологічних станів є дещо незвичними для сприймання вітчизняними медиками, які працюють у галузі психіатрії. Так, наприклад, дотримання класифікації МКХ-10 утруднює чітку спрямованість на етіопатогенетичне лікування і винесення квалі-

фікованих рішень щодо питань експертного характеру, не акцентує увагу на профілактиці конкретної психіатричної патології. Ці питання можна вирішити на основі дотримання положень традиційної для нас “нозологічної” психіатрії. З іншого боку, сутність МКХ-10 спрямована на те, щоб чітко не встановлювати конкретний психіатричний діагноз людині, що тягне за собою низку соціально-трудова обмежень і є стресом для хворих та його родичів і близьких. Ця класифікація зручна для статистичної обробки результатів діагностичного процесу в пацієнтів з тими чи іншими психопатологічними феноменами, введення яких в основу діагностичних критеріїв є, мабуть, головною особливістю даної класифікації (див. додаток 4).

Загальносвітова тенденція до прогресу вимагає від медичних працівників постійного підвищення кваліфікації. Реальною необхідністю стає підвищення соціального і професійного статусу медичних сестер, особливо тих, які працюють у галузі психіатрії. Проте більшість доступних нашим медикам базових підручників (наукова і довідкова література) були видані за часів традиційного панування класичного “німецького” нозологізму. Ось чому гостро стоїть питання щодо “узгодження” звичного для українських медиків розуміння нозології з вимогами МКХ-10.

На сучасному етапі розвитку вітчизняної психіатрії в цьому питанні бажано дотримувати правила “золотої середини”, тобто не відкидати повністю принцип “нозологізму”, який виправдав себе довготривалою практикою, і, разом з тим, користуватися психіатричною термінологією, передбаченою МКХ-10, широко застосовувати сучасні підходи до надання психіатричної допомоги населенню на засадах гуманізму, закладених концепцією цієї класифікації.

Основною метою запропонованого авторами підручника є підготовка медичної сестри, яка б відповідала сучасним вимогам щодо професійного надання допомоги не тільки на рівні механістичного підходу до своєї професії, а також як діагност, психотерапевт, реабілітолог та ресоціолог сестринського рівня. Досягнення цієї мети передбачає виконання таких основних завдань:

- ◆ Дати сучасні знання й уміння з психіатрії і наркології медсестрам, які будуть працювати в загальномедичній сітці органів охорони здоров'я.
- ◆ Готувати медичних сестер для роботи в закладах психіатричної служби, гідних цивілізованих загальнолюдських понять ХХІ століття.
- ◆ Підняти престиж статусу медичних сестер до належного рівня.
- ◆ Готувати медичних сестер із вищою медичною освітою.

## ПСИХІАТРІЯ В СИСТЕМІ ЗАГАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Скільки існує людство, стільки існують і хвороби. Прийнято розрізняти хвороби тіла і хвороби психіки. Потрібно зауважити, що організм – це одне ціле. Тому патологічні процеси, які уражають тіло, обов'язково тією чи іншою мірою викликають реакцію з боку психіки, і навпаки, психічні хвороби мають соматоневрологічні розлади, що проявляються в різних пропорціях. Наприклад, приблизно 30 % хворих переносять після грипу короткочасний астеноневротичний синдром. У кожній третій жінки після пологів виникає післяпологова депресія тривалістю до одного тижня. Від 30 до 50 % хворих, які тривалий час лікуються у лікарів соматоневрологічного профілю, насправді страждають так званими функціональними психосоматичними розладами, які при неправильних діагностиці й лікуванні переходять в органічну патологію або набувають хронічного перебігу, що часто стає причиною довготривалої втрати працездатності або інвалідності.

За даними ВООЗ, на початку 90-х років ХХ століття тією чи іншою формою розладу психіки страждало приблизно 400 млн людей (тобто кожен 13-й). Згідно з прогнозом, це число буде збільшуватись за рахунок продовження життя. Працівники відділу психічного здоров'я ВООЗ вважають, що одночасно з ростом субпопуляції молодих людей збільшиться кількість хворих на шизофренію. Поряд із подальшим зростанням тривалості життя буде зростати кількість інволюційних і старечих психозів. У зв'язку з ростом травматизму, насамперед як результат автодорожніх пригод, обов'язково збільшиться кількість хворих із посттравматичними порушеннями психіки. Відзначають бурхливий ріст неврозів і нейротизації населення, спричинений урбанізацією, технічним прогресом, ускладненням життя через високу комунікабельність, потребу в оперативному виконанні важливих завдань тощо. Нарешті, потрібно бути готовим до появи зовсім нових соматогенних та інфекційних психозів, зумовлених появою нових хвороб типу ВІЛ-інфекції чи професійних захворювань, пов'язаних із тривалим перебуванням у стані невагомості або з катастрофічним погіршенням екології, зокрема радіаційної ситуації. Технічний прогрес неодмінно призведе до виникнення нових класів наркотиків і токсичних речовин, у тому числі й психотропної зброї, що викличе нові види наркоманій і токсикоманій, а, при певних обставинах, і масових психозів внаслідок застосування бойових отруйних речовин із психотропною дією.

Згідно з офіційними даними, в Україні за 9 років (з 1986 по 1994 рр.) кількість хворих із психічними розладами зросла на 86,9 %, розумово відсталих – на 66,5 %; зареєстрованих наркоманів стало у 2,5 раза більше.

Відомо, що в США близько 50 млн людей мають різні захворювання мозку,



які завдають суспільству збитків на 305 млрд доларів щорічно. Не випадково на 101 сесії Конгресу США 13 липня 1989 р. було прийнято Закон про оголошення 1990-1999 років “десятиріччям мозку”.

За стандартами цивілізованого світу, так звані сімейні лікарі й медичні сестри відіграють також роль “духовників для сім’ї”.

Завданням психіатрії – однієї з галузей клінічної медицини – є вивчення походження і сутності психічних хвороб, їх клінічних проявів, лікування і профілактики. У сферу завдань психіатрії входить і проведення трудової, військової та судово-психіатричної експертизи, а також організація надання психіатричної та наркологічної допомоги населенню.

## ІСТОРИЧНИЙ НАРИС РОЗВИТКУ ПСИХІАТРІЇ У СВІТІ ТА В УКРАЇНІ

**В** історії становлення психіатрії як науки й організації надання практичної допомоги населенню найбільш рельєфно віддзеркалюється динаміка розвитку всієї медицини. Ось чому поглиблене ознайомлення з основними етапами розвитку психіатрії є необхідним для формування кругозору майбутнього медика. У зв'язку з цим, автори підручника вважають за доцільне дещо ширше висвітлити питання з історії психіатрії, які можна також використати при вивченні історії медицини.

Донауковий період тривав від стародавніх часів до появи елінської медицини. Медичну допомогу психічнохворим тоді не надавали або вона була примітивною. Вважали, що в агресивних і небезпечних хворих вселився злий дух, тихі й спокійні нерідко користувались повагою як улюбленці богів; перших гнали і били, за другими доглядали.

Як відомо нам з “Одіссеї” Гомера, вже в ті часи існували примітивні зачатки психіатричної експертизи: достеменно психічнохворих не брали до війська. Наприклад, коли Одісей не хотів іти воювати, він прикинувся безумцем, почав орати землю волами і “сіяв” зорану землю сіллю. Щоправда, така примітивна симуляція не вдалась і йому таки довелося брати участь у Троянській війні та інших.

Друга епоха обіймає древню греко-римську медицину, коли вперше з'явилися спроби надати медичну допомогу психічнохворим, безумство яких почали розглядати як хворобливе явище.

В античні часи поступово вкорінилась думка про те, що психіка як здорової, так і хворої людини знаходиться в межах тіла, що розум пов'язаний із роботою головного мозку. Алкмеон відкрив головні нерви органів чуття і визначив їх початок на периферії, а закінчення – в головному мозку. Гіпократ був переконаний у тому, що мозок – орган пізнання і пристосування людини до середовища. Це підтверджується його словами: “Потрібно знати, що, з одного боку, насолоди, радіщі, сміх, ігри, а з іншого – прикрість, сум, незадоволеність і скарги – походять від мозку... Від нього ми стаємо безумними, маячними, нас охоплюють тривога і страх, або вночі, або з настанням дня”. Так вперше було сформульовано думку про те, що психічні захворювання, як і всі інші хвороби, мають свою анатомічну локалізацію. Непересічний вклад Гіппократа в різні галузі медицини, в тому числі в психологію і психіатрію, полягає в тому, що він розробив класифікацію темпераменту, запропонував церебрально-гуморальну теорію психозів. Піфагор висунув ідею про можливість передавання хвороб, зокрема епілепсії, по спадковості. Він ввів початкові елементи психіатричної термінології (меланхолія, манія, френіт, параноя, епілепсія), розробив елементарну диференційну діагностику епілепсії, а також станів манії і меланхолії.

Цельс розрізняв три види психічних розладів: 1) гостре захворювання – френіт; 2) більш тривале – меланхолія; 3) найтриваліші хвороби: а) розлади сприймання; б)

розлади мислення. Він рекомендував диференційований підхід до утримання і лікування хворих.

Третій період – період середньовіччя з поверненням людської думки на стадію донаукового світогляду в цілому і медицини зокрема. Настали віки з їх містикою й ехолостикою, які душили всі зародки в науках, крім богослов'я.

У VII столітті арабські вчені почали широко використовувати досягнення греко-римської науки. Почався трьохсотрічний період розквіту мусульманської культури (732-1096 рр.). І тоді коли в Середній Європі панує матеріальне і духовне зубожіння, скрізь, куди проникає іслам, поширюється просвіта.

Засновували госпіталі, в яких лікували хворих, у тому числі з порушеннями психіки. При цих госпіталях функціонувала школа лікарів (прообраз сучасних медичних вузів), в якій читали лекції. У 854 р. в Каїрі було відкрито лікарню з відділенням для психічно хворих.

В Європі в то й час церква зосередила у своїх руках великі земельні володіння, а духовенство було єдиною грамотною частиною населення, і обидва ці фактори – матеріальне забезпечення й освіта – призвели до того, що медицина, яка в античні часи відірвалася від релігії, знову вступила в союз із церквою. До монастирів приходили паломники, а самі монастирі відігравали роль фортець. Люди хворіли, і їм потрібно було надавати медичну допомогу. Ось чому при монастирях один за одним стали виникати притулки, які очолювали начитані монахи – напівлікарі, напівзнахарі. До XIV століття психічнохворих ефективно не лікували, бо медицина не сягла відповідного рівня.

Пізніше, коли економічний розвиток зумовив розростання міст, у них, окрім ремісників, вояків, духовенства і купців, почали скупчуватись і психічнохворі, які поширювали пошесті, чинили небезпечні дії, особливо пожежі, які були бичем тогочасних міст. Це перетворилось на соціальну проблему. Суспільство змушене було охороняти себе від людей із порушеною психікою. Магістрати почали займатись “психіатричною” справою.

Проте в часи хрестових походів і масових індукованих психозів офіційні органи не могли дати ради великій кількості психічнохворих. Тому в країнах, де лютували



Спалення “відьми”  
(XVI ст.)

суди святої інквізиції, знову запалали вогнища, на яких спалювали людей, запідозрених у стосунках із нечистою силою, в том числі і психічнохворих.

У країнах, в яких інквізиція не мала значного впливу, для ізоляції й утримання психічнохворих будувались спеціальні приміщення, так звані “ящики для буйнопомішаних” і “будинки для дурнів”, як правило, при тюрмах або монастирях. Так, у Лондоні знаменитий Бедлам при Віфлеємському монастирі був заснований в 1247 р., а перших психічнохворих почали приймати в 1400 р. У Гамбурзі в 1376 р. в одній із веж міської стіни влаштували камеру, так звану “карцер для безумних, або карцер для дурнів”. У стінах таких приміщень прорубували маленькі щілини, крізь які за невелику плату бажаючі могли спостерігати за поведінкою хворих. Вони мали право їх дражнити, що часто робили підлітки. Виручені за показ гроші йшли на утримання хворих.

На зміну Середньовіччя прийшла епоха Відродження і Просвітництва. В європейській психіатрії в 1792 р. настала епоха Пінеля і Коннолі. Пінель мав мужність заявити урядові, що пацієнти закладів для ізоляції психічнохворих – такі ж громадяни, як і інші, лише хворі. Він під свою особисту відповідальність добився зняття з психічнохворих ланцюгів, які дуже часто доводили їх до стану оскаженіння. Послідовники Пінеля і Коннолі почали приділяти увагу клініці й перебігу психічних хвороб, їх систематизації і лікуванню.

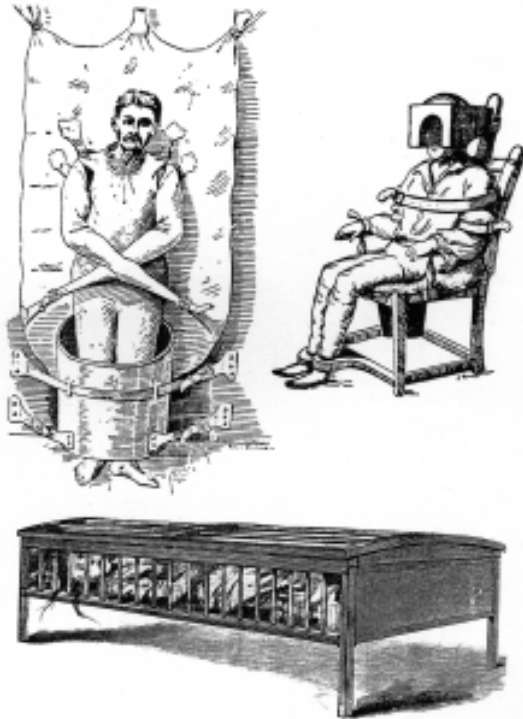
На Русі споконвіку було правилом гуманне ставлення до знедолених, калік і хворих, у тому числі до психічнохворих.

Церковним уставом Великого князя Київського Володимира в 996 р. церкву зобов'язали будувати для цієї категорії людей притулки з узаконеної десятини князівських доходів. У “Житті Феодосія” згадується, що в притулках були не тільки убогі й каліки, але й “біснуваті”.

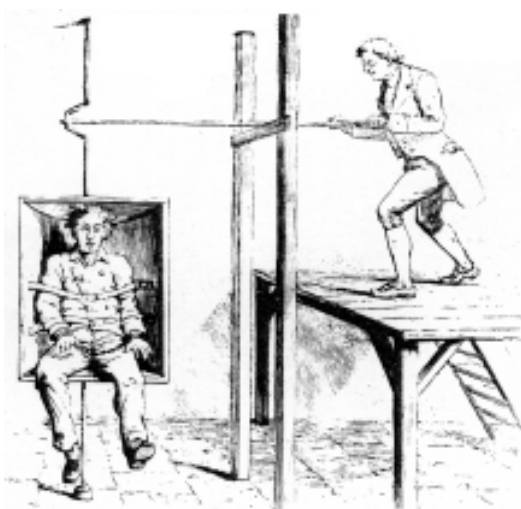
У судний закон Володимир вніс ряд законів про психічнохворих. У главі “Про заповіт” йшлося про те, щоб людина, яка заповідає майно, була при здоровому



**Філіп Пінель звільняє хворих від ланцюгів (Сальпатрієрі, Франція 1796 р.)**



Методи лікування: фіксація в спеціальній сорочці, кріслі, "англійській шафі" (XVII- XVIII ст.)



Лікування методом обертання за Дарвіном і Коком (XVIII ст.)

глузді й твердій пам'яті. Запроваджувались оплата опікунства, робота громадських рад старших, якщо батьки малолітніх – психічнохворі. Психічнохворі не мали права свідчити на суді. У церковному статусі Ярослава говориться про недопущення розлучення, якщо дружина або чоловік психічнохворі.

Ставлення до психічнохворих у Московській державі в XVI-XVII століттях було досить диференційованим: одних називали святими провидцями, других тримали в помістях для забави, третіх для "порозумнішання" відправляли в монастирі, деяких соціально небезпечних садили в тюрми або зрідка за блюзнірство й антидержавні слова карали на смерть (для цього потрібна була віза найвищих державних органів).

У 1721 р. Петро I видав постанову про створення при магістратах присмирювальних домів для гультаїв і психічнохворих, які можуть працювати, й організацію для них посильної трудової діяльності.

Після заснування Земств (1864) у губерніях створювали колонії для утримання психічнохворих. Це були своєрідні упорядковані селища. Колонії володіли землями, вони були забезпечені тягловою силою, сільськогосподарським реманентом та іншими знаряддями праці. Психічнохворих, які не потребували лікування, переводили в ці колонії, де вони відносно вільно себе почували і працювали, заробляючи на життя.

З 1835 року на кафедрах внутрішніх хвороб медичних вузів почали викладати психіатрію. З 1857 р. в Петербурзькій медико-хірургічній ака-



**Шарко в своїй клініці  
(XIX ст.)**

демії організували першу кафедру психіатрії під керівництвом У.М. Балінського. Пізніше кафедри психіатрії створювали при всіх медичних вузах царської Росії.

Вітчизняні психіатри ще в минулому столітті почали приділяти велику увагу роботі середнього медичного персоналу. Тривалий час у психіатричних лікарнях існувала посада наглядача, на якого покладали основні обов'язки щодо організації догляду і нагляду за хворими.

У 1899 р. А.Л. Мендельсон створив спеціальне керівництво для того, щоб навчати персонал психіатричних лікарень. У 1901 р. вийшов у світ відомий посібник М.С. Добротворського “Читання по догляду за психічнохворими для слухачів курсів при Общині св. Євгенія, для наглядачів (наглядачок) і фельдшерів (фельдшериць)”. На зміну наглядачам прийшли добре підготовлені медичні сестри і фельдшери – помічники лікаря. Спеціально підготовлений середній медичний персонал працював у психіатричних лікарнях і колоніях для психічнохворих.

Значний внесок у психотерапію зробив французький лікар Шарко, який вивчав явище гіпнотизму та істеричні розлади.

У 20-30 х рр. XX століття психіатрія почала розвиватись в Україні. Визнаним психіатричним центром стала Харківська психіатрична школа. У Харкові функціонувала найбільша на той час психоневрологічна академія з великою кількістю спеціалізованих лабораторій.

У практику вітчизняної психіатрії (вперше у світі) було запроваджено обгрунтовану ефективну систему надання допомоги психічнохворим і наркоманам, яка включала психіатричні стаціонари, систему напівстаціонарів, заклади амбулаторної психіатричної допомоги та інтернати для утримання психічнохворих із вираженими дефектами психіки, які не потребують активного лікування.

З розширенням психіатричної служби і впровадженням у психіатричну практику нейролептиків значно зросла роль середніх медичних працівників у наданні психіатричної і наркологічної допомоги населенню. Медсестри в психіатричних відділеннях брали безпосередню участь в організації і проведенні працетерапії і культуротерапії, що вимагає спеціальних знань, умінь і навичок.

Підготовлені належним чином середні медичні працівники забезпечували ос-

новну частку медичної допомоги в будинках-інтернатах для хворих із дефектами психіки, які не потребують активного лікування.

У практику було запроваджено сучасні методи активного лікування психічнохворих і підтримуючої протирецидивної терапії за допомогою нейролептиків пролонгованої дії.

У зв'язку з цим збільшилась питома вага позастанціонарної психіатричної допомоги, а відтак зросла роль середніх медичних працівників у її наданні. З'явився штат дільничних медсестер психіатричної і наркологічної служб, медсестер соціальної психіатричної допомоги, було удосконалено службу патронажних медичних сестер. Медичні сестри допомагали психіатрам і наркологам амбулаторно приймати хворих, таким чином, в усіх ланках комплексу психіатричної служби постійно зростало значення діяльності медсестер.

На сьогоднішній день активно перебудовується суспільне життя і медицина, зокрема психіатрія. Впроваджується в практику захист прав психічнохворих, удосконалюється законодавство, що стосується психіатрії, а сама психіатрична служба стає більш цивілізованою, демократичною, гуманною і відкритою для суспільства. Активна участь у цій роботі багатотисячної армії медичних сестер безперечно буде сприяти новим успіхам у наданні психіатричної і наркологічної допомоги в нашій країні.

## ПРОФЕСІЙНИЙ КОДЕКС МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

Основні риси особистості медичної сестри ґрунтуються на засадах гуманізму та професіоналізму, що відображено в професійному кодексі медичної сестри.

### *Основні положення про професійний обов'язок*

- ◆ Медсестра будує свої стосунки з хворим, керуючись принципом гуманності, й не має (не проявляє) расових, соціальних, релігійних та інших поглядів, що суперечать поглядам її пацієнта.
- ◆ Медсестра поважає права хворого і розкриває йому їх зміст.
- ◆ Медсестра поважає погляди хворого на життя, страждання, хворобу, процес вмирання, смерть.
- ◆ Медсестра створює імідж, що відповідає завданню, яке вона виконує.
- ◆ Медсестра вдосконалює і поповнює знання та навички, необхідні для виконання професійних обов'язків.
- ◆ Медсестра у своїй діяльності не виходить за межі власної компетентності.
- ◆ Медсестра підтримує ініціативу і заходи, які сприяють удосконаленню професійності.
- ◆ Медсестра доглядає за хворими, керуючись нормами, викладеними в даному професійному кодексі.

### *Ставлення медичної сестри до хворого*

- ◆ Доглядаючи за хворим, медсестра ставить на перше місце його інтереси.
- ◆ Медсестра стимулює хворого брати на себе відповідальність за власне здоров'я.
- ◆ Медсестра стимулює хворого брати активну участь у догляді за ним (активно протидіє байдужості пацієнта до власних проблем).
- ◆ Медсестра створює ситуацію, в якій хворий може вільно та невимушено поводити себе відповідно до свого світогляду, звичаїв, цінностей і норм.
- ◆ Медсестра контролює молодший медичний персонал, який бере участь у догляді за хворим.
- ◆ Медсестра, яка порушила відносно хворого поведінкові норми, викладені в даному професійному кодексі, відповідає за це перед пацієнтом та адміністрацією.
- ◆ Медсестра утримується від будь-яких форм зловживання владою стосовно хворого.



- ◆ Медсестра доступно інформує хворого про все, що пов'язано з доглядом.
- ◆ Медсестра відіграє роль посередника між хворим та іншими фахівцями в тих випадках, коли вона не знає відповіді на запитання пацієнта, або коли не має права розголошувати інформацію.
- ◆ Медсестра доглядає за хворим тільки у разі його згоди.
- ◆ Медсестра збирає тільки ті відомості про хворого, які необхідні для здійснення догляду.
- ◆ Медсестра не розголошує таємниці хворого.
- ◆ У разі необхідності медсестра інформує хворого про те, що він має право скажитись, і надає відповідну допомогу.
- ◆ Медсестра не приймає подарунків від хворого.
- ◆ Медсестра, яка на основі свого світогляду відмовляється виконувати певні дії відносно хворого, передає свої обов'язки з догляду колегам, якщо стан пацієнта дозволяє це зробити.
- ◆ Медсестра надає термінову допомогу кожному, хто її потребує.
- ◆ Медсестра надає пацієнту інформацію про його хворобу, якщо це не зашкодить його здоров'ю.

### ***Ставлення медичної сестри до колег та інших людей, так чи інакше пов'язаних із хворим***

- ◆ Медсестра співпрацює з колегами й іншими людьми на основі потреб хворого.
- ◆ Медсестра поважає погляди і компетентність колег та інших людей, які беруть участь у догляді за хворим.
- ◆ Медсестра прислухається до думки колег та інших людей і радиться з ними.
- ◆ Медсестра задіює до прийняття рішень родичів і близьких недієздатного хворого.
- ◆ Медсестра готова тимчасово брати на себе обов'язки колеги на його прохання.
- ◆ Медсестра, яка не хоче виконувати певні дії на основі принципових поглядів, знаходить собі заміну серед колег.
- ◆ Медсестра, яка бачить у діях колег чи інших спеціалістів небезпеку для здоров'я хворого, вживає заходи для його захисту.
- ◆ Медсестра підтримує колег та інших осіб, які постраждали від поведінки хворих.
- ◆ Медсестра об'єднує дії інших осіб для здійснення догляду за хворим.

### ***Ставлення медичної сестри до суспільства***

- ◆ Медсестра підтримує заходи та дії представників професії щодо створення і покращання умов професійної діяльності.

- ◆ Медсестра займає активну позицію, повідомляючи про порушення гігієнічних вимог, і усуває фактори, які загрожують здоров'ю людей.
- ◆ Медсестра відповідає за використання матеріальних цінностей і засобів, що знаходяться в її розпорядженні.
- ◆ Медсестра приймає умови праці, які відповідають цінностям її професії.
- ◆ На випадок страйку медсестра продовжує доглядати за хворими, не завдаючи шкоди їхньому здоров'ю.
- ◆ Медсестра докладає зусилля для покращання системи охорони здоров'я.
- ◆ Медсестра вчасно інформує людей, які її оточують, про результати проведених нею досліджень.
- ◆ Медсестра уникає реклами.
- ◆ Медсестра, яка бере участь в обговоренні проблем охорони здоров'я як представник професії, стежить за тим, щоб рішення, які приймаються, відповідали принципам, викладеним у даному професійному кодексі.

## ЗАГАЛЬНА ПСИХОПАТОЛОГІЯ

### Порушення сприймання

При психічних захворювання виникають кількісні та якісні порушення сприймання.

Кількісні порушення сприймання – це розлади сили сприймання природних подразників. Вони проявляються гіперестезією, гіпестезією і анестезією.

**Гіперестезія** – це підвищення чутливості до подразників звичайної сили, що діють на органи чуття.

Вона виникає при неврастенії, астенічних і зтяжних реактивних станах, при прийманні наркотиків стимулювальної і галюциногенної дії, при травматичних, судинних та інфекційних ураженнях головного мозку. При гіперестезії цокіт каблучків, голосні розмови, яскраве світло, робота телевізора, навіть часте відвідування є для хворого надсильними подразниками. Тому медична сестра повинна забезпечити таким пацієнтам лікувально-охоронний режим.

**Гіпестезія** – це зниження чутливості до подразників.

Виникає у стані оглушення, викликаному різними причинами (наприклад, алкогольною, наркотичною або іншою інтоксикацією), психоорганічному синдромі.

**Анестезія** – це повна втрата чутливості до подразників при відсутності органічних змін у рецепторах, провідних шляхах і кірковому центрі аналізатора.

Вона характерна для істерії, кататонічного ступору та органічного ураження нервової системи.

Основними видами якісного порушення сприймання є галюцинації, ілюзії, сенестопатії і психосенсорні розлади.

**Галюцинації** – це чуттєво-суб'єктивне переживання, сприймання образів, предметів і явищ, яких у реальному житті не існує.

Є різні види галюцинацій: зорові, слухові, нюхові, смакові, тактильні, псевдогалюцинації.



Вираз обличчя при зорових галюцинаціях



Поведінка пацієнта зі слуховими галюцинаціями



Міміка пацієнта при нюхових галюцинаціях



Смакові галюцинації

**Зорові** – від елементарних у вигляді іскор, спалахів, кілець до яскравих образів тварин, людей, сцен. Здебільшого вони виникають при гострих захворюваннях, які супроводжуються порушенням свідомості (біла гарячка, інтоксикаційні та інфекційні психози, онейроїдні стани).

Найчастіше зустрічаються **слухові галюцинації**. Вони також різноманітні – від елементарних у вигляді тріску, писку, свисту, шуму, стуку до голосів, які звертаються до хворого або говорять про нього. Найнебезпечнішими є так звані **імперативні галюцинації**, при яких голоси наказують здійснювати різні, часто небезпечні для хворого або людей, які його оточують, вчинки або навпаки, забороняють розмовляти, діяти, вживати їжу. При наявності імперативних галюцинацій



**Фантастично-сноподібні  
(онейроїдні) теми у творчості  
Ієроніма Босха**

хворого госпіталізують у психіатричну лікарню за невідкладними показаннями. Слухові галюцинації найбільш характерні для шизофренії та алкогольних психозів.

**Нюхові галюцинації** проявляються у вигляді різноманітних запахів, часто неприємних (бензину, ацетону, екскрементів, протухлих яєць, трупів), які хворий сприймає ззовні або з власного тіла (здебільшого з рота або носа). Вони найбільш характерні для шизофренії або ураження скроневих ділянок головного мозку.

**Смакові галюцинації** мають дуже неприємний характер: смак гнилого, протухлого. Вони часто поєднуються з нюховими галюцинаціями і характерні для шизофренії.

**Тактильні галюцинації** досить різноманітні, переважно проявляються у вигляді відчуття повзання комах по тілу, волосся або ниток у ротовій порожнині, печії і незвичайних відчуттів у різних ділянках тіла. Вони виникають при інтоксикаціях, шизофренії, інволюційних психозах, на тлі атеросклерозу судин головного мозку. Відчуття ниток, волосся або дротів у роті є характерним симптомом для деліріїв, викликаних отруєнням тетраетилсвинцем або алкогольними сурогатами. При кокаїнізмі нерідко зустрічається **феномен Маньяна** – відчуття повзання комах на шкірі й під нею. В останньому випадку хворий відчуває нестерпне свербіння і до крові роздирає, а інколи і зрізає, шкіру, щоб видалити неіснуючі істоти.

Із галюцинацій окремо виділяють **псевдогалюцинації**, коли галюцинаторні переживання сприймаються нечітко та неприродно, причому “голоси” звучать у голові або інших ділянках тіла, а не в навколишньому просторі. Псевдогалюцинації входять



Хворий з синдромом Кандінського-Клерамбо намагається усамітнитися

до складу синдрому Кандінського-Клерамбо, що є безперечною ознакою параноїдної форми шизофренії.

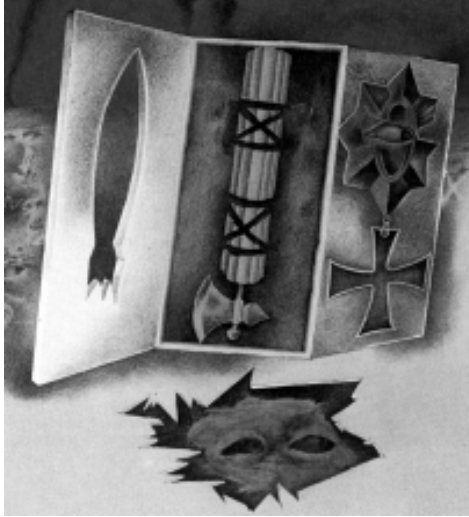
**Синдром Кандінського-Клерамбо** включає в себе, окрім псевдогалюцинацій, ментизм і психічний автоматизм. Ментизм – це мимовільний, некерований хворим плин думок на різну тематику, які мучать хворого. Психічний автоматизм – це суб’єктивне відчуття хворим штучності, зробленості, насильства. Розрізняють три види психічного автоматизму, що проявляються як окремо, так і комбіновано:

1. **Ідеаторний автоматизм.** Хворий відчуває сторонній вплив на його мислення (хтось повторює його думки вголос, насильно нав’язує різні ідеї, не дає самостійно думати, зголошує всім думки хворого тощо).

2. **Сенсорний автоматизм.** Хворий сприймає різні відчуття (печії, болю в різних органах, нездужання, страху, злості, холоду тощо) з твердою впевненістю, що хтось на нього впливає. Він фізично відчуває цей штучний вплив.

3. **Моторний автоматизм.** Хворий впевнений у тому, що його рухи, дії і вчинки нав’язані йому якоюсь силою. Його єдність при цьому розщеплюється. Одне “Я” хворого автоматично робить якісь дії (навіть небезпечні для нього самого чи оточуючих), а друге “Я” з жахом спостерігає і не може протидіяти силі, що керує хворим, як автоматом. Явища психічного автоматизму супроводжуються маячними ідеями переслідування і стороннього впливу. Хворі із синдромом Кандінського-Клерамбо повинні знаходитись на режимі “А” (в наглядовій палаті).

Деколи наявність галюцинацій можна запідозрити за поведінкою хворих: вони до чогось насторожено, з острахом чи здивуванням приглядаються або прислухаються, принохуються, стараються щось із себе зняти. У більшості випадків галюцинації виявляють шляхом активного розпитування хворого або згідно з показаннями осіб, яким хворий довіряє. Для об’єктивного виявлення галюцинацій застосовують ряд проб. **Проба Ашафенбурга** – хворому при підозрі на слухові галюцинації дають можливість “поговорити” з близьким чи знайомим по відключеному телефону. Якщо у хворого є слухові галюцинації, він говорить з неіснуючим співрозмовником. **Проба Рейгардта** – хворий із зоровими галюцинаціями “бачить” на чистому аркуші паперу картини або читає з нього неіснуючий текст. **Проба Ліппмана** – зорові галюцинації можна спровокувати, натискаючи кілька секунд на очні яблука через закриті повіки.



Загрозуючий зміст зорових галюцинацій у пацієнта з параноїдною шизофренією



Зміст зорових галюцинацій у пацієнта з шизофренією

Під впливом страхітливих галюцинацій може розвинути **галюцинаторне психомоторне збудження** з раптовим переходом від спроб втечі або самооборони до нападу на оточуючих. У таких випадках хворого госпіталізують у психіатричну лікарню за невідкладними показаннями або організують індивідуальний пост тоді, коли галюцинаторне збудження розвинулось у соматичному або інфекційному відділеннях, а стан хворого потребує обов'язкового лікування у згаданих відділеннях.

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

Психічними називають такі ілюзії, які виникають у зв'язку з думками, уявленнями, які переважають у свідомості, коли вони супроводжуються сильними емоціями, особливо на тлі порушеної свідомості. В основному спостерігають зорові ілюзії. При білій гарячці хворий санітара чи лікаря може сприймати як бандита, одяг на вішаку – як потворне чудовисько. Хворий зі слуховими галюцинаціями в постукуванні колес вагона (“тук-тук”) чує загрозливе “Вб'ю! Вб'ю!”. При значних змінах емоційного стану спостерігають афективні ілюзії (у стані тяжкої депресії всі люди, які оточують хворого, сприймаються сумними).

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

При психозах критичного ставлення до парейдолії немає. Парейдолії характерні для білої гарячки й інтоксикації наркотиками та токсикоманними середниками галюциногенної дії.



**Парейдолічні (фантастичні) ілюзії (у візерунках килима і шпалер хворому ввижаються незвичайні картини)**

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

При старанному обстеженні хворих за допомогою сучасних методів не вдається виявити захворювань того чи іншого органа, які б зумовлювали виникнення цих різноманітних і незвичних відчуттів. Якщо описані хворобливі відчуття мають відтінок зробленості, іншими словами, якщо їх виникнення пов'язане з дією сторонньої сили (гіпноз, електричний струм, чаклунство тощо), то це сенсорний варіант психічного автоматизму.

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

**Психосенсорні розлади** – це змінене зорове сприймання реальних предметів, об'єктів, явищ або суб'єктів із збереженням їх впізнавання і значення. Цим вони відрізняються від ілюзій, бо при останніх усвідомлення значення предметів чи об'єктів змінене. Психосенсорні розлади, які стосуються навколишнього реального світу, називають дереалізацією.



**Психосенсорні розлади (розлади схеми тіла) у пацієнта з наркотичною залежністю, відображені у його малюнку**



**Дереалізація** – це стан, при якому навколишнє середовище й оточення сприймаються хворим нечітко, як щось безбарвне, декоративне, нереальне. Хворі втрачають чуттєве сприймання предметів, людей, які видаються їм абстрактними, позбавленими чуттєвого компонента. До дереалізації відносять явища вже баченого (вже почутого, вже випробуваного, вже пережитого) і ніколи вже баченого (не чутого, не випробуваного, не пережитого). У першому випадку в незнайомій ситуації виникає відчуття, що вона знайома, у другому – добре відома ситуація видається чужою, побаченою вперше. Порушується сприймання часу: він минає повільно або надзвичайно стрімко.

Дереалізація може проявлятися **макропсіями**, коли предмети здаються збільшеними; **мікропсіями**, коли вони сприймаються зменшеними; **порропсіями**, коли відстань до них здається дуже великою; можуть змінюватись колір і освітлення об'єкта.



Мікропсії та макропсії

Психосенсорні розлади, що стосуються сприймання хворими самих себе, називають **деперсоналізацією**.

**Деперсоналізація** – це порушення самосвідомості, відчуття зміни, втрати, відчуження або роздвоєння свого “Я”. У порівняно легких випадках вона проявляється тим, що хворі відчувають внутрішню зміну, яка стосується їх почуттів і думок,



Мікропсії у пацієнта з шизофренією



**Динаміка деперсоналізації і дереалізації як прояв психічного захворювання у творчості Ван Гога**

не подібних на попередні. Можлива втрата відчуттів: хворі стверджують, що вони не відчувають радості, горя, суму, каяття, часто зникає відчуття сну. В тяжких випадках деперсоналізація проявляється відчуженням почуттів, думок, дій, іншими словами – змінами внутрішнього стану власного “Я”, але без зміни усвідомлення хворим себе самого.

Іноколи деперсоналізація проявляється **розладами схеми тіла**. У хворого, в якого закриті очі, з’являється відчуття, що все тіло або деякі його ділянки змінили свою форму чи величину (голова, шия, тулуб, кінцівки стали великими, малими або деформованими).

## Узагальнення та практичні поради

◆ Більшість захворювань призводять до астенізації хворих і зниження порога сприймання. Звичайні подразники, на які здорова людина не звертає уваги, для хворих нерідко стають надсильними, неприємними або непереносимими. Тому медична сестра повинна слідкувати за тишою, помірним освітленням, чистим повітрям тощо.

◆ Якщо хворий слабо реагує чи не реагує зовсім на звичайні подразники, це свідчить про погіршення його стану. Тоді необхідно викликати лікаря.

◆ Галюцинації виникають лише при психозах. Розвиток галюцинаторної поведінки свідчить про те, що у хворого розвинувся психоз. Біля нього потрібно встановити індивідуальний пост і негайно сповістити лікаря.

◆ Зменшення кількості подразників сприяє правильності сприймання (бажаний низький рівень шуму, невелика кількість людей, проста обстановка в палаті тощо).

◆ Спостерігаючи за поведінкою хворого, необхідно звертати увагу на ймовірні об'єктивні ознаки галюцинування (прислухання, приглядання, затуляння вух і очей, принохування, неадекватний сміх, розмова із самим собою, раптове припинення розмови тощо).

◆ Переключення уваги хворого зменшує інтенсивність галюцинацій. Треба постаратись відволікти увагу від галюцинацій, підтримувати і підбадьорувати хворого, не варто сміятись над його переживаннями і поведінкою.

◆ Найбільш небезпечними для хворого й людей, які його оточують, є імперативні галюцинації. Хворого з імперативними галюцинаціями необхідно негайно госпіталізувати в психіатричну лікарню або встановити біля нього індивідуальний цілодобовий пост.

## Питання для самоконтролю

1. У чому полягає різниця між гіпер- і гіпестезією?
2. Причини анестезії.
3. Що таке галюцинації? Їх класифікація.
4. Особливості галюцинаторної поведінки.
5. Клініка синдрому Кандінського-Клерамбо.
6. Сутність ілюзій.
7. Сутність сенестопатій.
8. Сутність психосенсорних розладів.
9. Тактика медсестри при виявленні або запідозренні у хворого галюцинацій.

## Порушення мислення

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

Розрізняють три види порушення темпу мислення.

**Прискорення мислення** проявляється збільшенням кількості думок, безперервним їх виникненням. Мова при цьому також стає квапливою.

Виражене прискорення мислення називається “стрибком ідей”. Воно є симптомом, характерним для маніакальних станів (маніакальна фаза маніакально-депресивного (біполярного) психозу, приймання наркотиків стимулювальної дії, наприклад кокаїну, тяжка туберкульозна інтоксикація).

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

Це порушення спостерігають при депресивних станах (депресивна фаза маніакально-депресивного (біполярного) психозу, інволюційна і реактивна депресія), у стані оглушення, психоорганічному синдромі.

**Затримка мислення** (шперрунг) є однією з ознак шизофренії. У хворого раптово, без будь-яких видимих причин, зникають думки, і він на деякий час замовкає. Зовнішній вигляд при цьому, як правило, розгублений.

За механізмом розрізняють такі порушення мислення. Розірваність, або розщеплення мислення, що проявляється розривом смислових зв'язків між реченнями, фрагментами речень і навіть окремими словами при ясній свідомості. Це порушення характерне для шизофренії. Наприклад: “Давайте разом вознесемось на небо і там, поєднавши матеріалізм і емпіріокритицизм, впадемо в обійми найсвятішої інквізиції, тому що їде поїзд по паркану до перемоги абстрактного духу”. При первинній безладності хворі вимовляють окремі слова, короткі фрази, вигукують. Але, на відміну від розірваного мислення, в них порушена свідомість (так званий аментивний синдром). Після прояснення свідомості мислення і мова відновлюються.

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

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

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

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

Наприклад, хворий відмовляється зайти в кабінет лікаря, тому що двері кабінету оббиті червоним дермантином. Він пояснює це тим, що червоний колір означає команду: “Стій, бос, на червоний колір світлофора не можна йти!” Цей симптом характерний для шизофренії.

**Неологізми** – це нові слова, вигадані хворим, значення яких зрозуміле лише йому. Це явище виникає при шизофренії.

**Паралогічне мислення**, або “мимомова”, – це порушення мислення на рівні суджень, коли висновок не впливає з передумов, суджень. На поставлене конкретне запитання хворий відповідає зовсім не по суті, логічно необгрунтовано.



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

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

**Ментизм** – це мимовільний, безперервний і некерований потік думок, спогадів, “вихор ідей”, вплив образів і уявлень.

Це явище неприємне для хворого, виснажує його, не дає можливості сконцентруватись або відпочити, але не має ознак насильства. Ментизм є складовою частиною синдрому Кандінського-Клерамбо, його спостерігають при шизофренії.



Аутизм  
(заглиблення в свої переживання)

**Фанатизм** – це безрозсудна одержимість якимись ідеями, поглядами чи справою, що ґрунтується на сліпій пристрасній відданості своїй вірі й нетерпимості до будь-яких інших ідей, поглядів, вірувань.

Людина, сповнена фанатизму, не здатна критично ставитись до себе і своїх дій, не терпить іновірців (наприклад, релігійний фанатизм). Симптом характерний для паранойяльної форми психопатії (розладів особистості).

**Фантазія** – це процес створення людиною нових образів на основі пережитого. Може бути реалістичною або порожньою, беззмістовною.

**Фантазії істеричні** – це вигадуванням хворим незвичайних подій, яких насправді не було, прагнення поставити себе в центр уваги людей, які його оточують. Спостерігають при істерії, істеричній психопатії. Хворий із чуттєвою яскравістю переживає своє несправжнє сприймання як щось достовірне.



Фанатичні та надцінні ідеї у вождів тоталітарних режимів

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

**Настирливі (нав'язливі) ідеї** – це думки, побоювання, спогади, почуття, потяги, які виникають у хворого незалежно від його волі, хоч він усвідомлює їх хворобливість і критично ставиться до них.

Розрізняють нав'язливі думки, зміст яких викликає гнітючий афект, і думки з афективно нейтральним змістом.

**Надцінні ідеї** зумовлені реальними обставинами судження, які надалі займають невідповідне їх значенню важливе місце у свідомості й супроводжуються надмірним емоційним напруженням.

Вони виникають при паранойяльній формі психопатії і затяжних реактивних психозах. Надцінні ідеї з'являються і в здорових людей, наприклад звичайні (непатологічні) ревності. Їх можна позбутися, знявши емоційне напруження до рівня звичайних переживань.

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

Основні види маячення за тематикою: **фантастичне** – усвідомлення хворим себе центром світу, до якого всі події мають безпосереднє відношення; **величності** – характеризується перебільшенням своїх психічних і фізичних сил, соціального стану і пов’язаних із цим можливостей; **високого походження** – містить ідею походження від осіб, які займають в суспільстві значно вище положення, ніж батьки хворого, яких він вважає несправжніми; **впливу** – містить ідею стороннього впливу на думки, почуття, вчинки хворого, часто із судженнями, міркуваннями щодо природи такої дії (гіпноз, лазер тощо), є проявом синдрому Кандінського-Клерамбо; **індуковане** – таке маячення виникає в здорових людей у разі тривалого спілкування з психічнохворим, який за характером є лідером-індуктором; **інсценування** – судження хворого про все, що відбувається навколо нього, як про спеціально влаштоване, інсценоване з певною метою; **інтерметаморфози** – характеризується ідеєю повної зміни навколишнього середовища, перетворення предметів, перевтілення осіб; **іпохондричне** – містить ідею наявності у хворого недуги, яку він вважає невиліковною або принизливою, ганебною (рак, сифіліс тощо);



Синдром Кандінського-Клерамбо (псевдогалюцинації поєднуються з ідеями стороннього впливу на тіло пацієнта)

**Котара** – депресивні чи іпохондричні фантазії з ідеями грандіозності й заперечення (загальна загибель, світові катаклізми тощо), які проявляються одночасно або окремо; **звинувачення** – містить ідею помилкового чи навмисного звинувачення хворого людьми, які його оточують, у скоєнні непристойних вчинків або злочинів, до яких він не причетний; **образне** – переважають образні уявлення (фантазії, мрії), які супроводжуються тривогою, страхом, екстазом або розгубленістю; **особливого значення** – предмети, події, люди, які оточують хворого, а також їх вчинки і слова, мають для нього особливе значення, символізують щось нове; **самозвинувачення** – хворий приписує собі уявні або дійсні, але неодмінно перебільшені, провини і злочини, він переконаний у тому, що його повинні обов’язково покарати за них; **резидуальне** – сукупність маячних ідей, що



Малюнок пацієнта з психотичними проявами (інтерметарфози)



Малюнок пацієнта з психотичними проявами (синдром Котара)

деякий час залишаються моносимптомом після зникнення інших проявів хвороби, часто виникає після станів затьмареної свідомості, які не супроводжуються повною амнезією (делірій).

За структурою маячні ідеї поділяють на паранояльні, параноїдні та парафренні.

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

**Параноїдне маячення** менш систематизоване, неправдоподібне, але і не фантастичне, нерідко пов'язане з галюцинаціями. Характеризується наявністю різноманітних ідей несприятливого впливу на хворого ззовні (ма-

ячення переслідування, стосунків, отруєння, звинувачення, шкоди тощо). Таке маячення характерне для параноїдної форми шизофренії.

**Парафренне маячення** містить абсурдні фантастичні ідеї величі, особливої місії, надприродності тощо, як правило, на тлі зниження інтелекту. Воно є характер-



ним симптомом експансивної форми прогресивного паралічу і кінцевої (дефектної) стадії параноїдної форми шизофренії.

Не всі хворі висловлюють відкрито свої хворобливі ідеї. Нерідко з маячних мотивів або під впливом імперативних слухових галюцинацій вони приховують свої маячні переживання. У такому випадку запідозрити і діагностувати наявність маячення можна на основі виявлення маячної поведінки хворого. Наприклад, при маяченні отруєння хворий відмовляється приймати їжу або готує її собі окремо, при маяченні ревнощів він постійно слідкує за чоловіком чи дружиною, при маяченні переслідування носить із собою зброя самозахисту, ставить багато замків на входні двері й двері своєї кімнати тощо.

Хворі з активними проявами маячення повинні перебувати на режимі "А" і потребують підвищеної уваги медсестер (як чергових, так і маніпуляційних).

### **Узагальнення та практичні поради**

◆ Чітке сповільнення мислення свідчить про погіршення загального стану хворого і здебільшого пов'язане з порушенням свідомості. До такого хворого слід викликати лікаря.

◆ Прискорення темпу мислення з поживленням мови свідчить про розвиток ейфорії. Його можуть викликати сп'яніння, інтоксикація або розвиток психотичної маніакальної фази. Критична самооцінка хворого в такому стані занижена. Про цей стан необхідно повідомити лікаря.

◆ Наявність надцінних ідей щодо стану свого здоров'я є звичайним станом для хворих із нормальним інтелектом. З ними необхідно бути коректним, делікатним, потрібно дотримуватись правил деонтології і психопрофілактики.

◆ Настирливі ідеї виникають у свідомості раптово, але хворому практично неможливо їх позбутись. Медична сестра повинна негайно доповісти про це лікарю, щоб він якнайшвидше вжив відповідних психотерапевтичних заходів.

◆ Поява маячних ідей свідчить про розвиток психозу. Переконавати хворого в неправильності його суджень недоцільно. Необхідно встановити біля хворого індивідуальний пост і негайно сповістити лікаря. Висміювати маячні ідеї недопустимо.

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

### **Питання для самоконтролю**

1. Сутність прискороного мислення. Коли воно виникає?
2. Сутність сповільненого мислення, шперрунга. Коли воно з'являється?
3. Розлади мислення за механізмом.
4. У чому полягає вдмінність між настирливими і надцінними ідеями?
5. Сутність маячних ідей. Про наявність якої патології вони свідчать?
6. Сутність маячної поведінки.
7. Тактика медсестри при виявленні або запідозренні наявності маячних ідей у хворого.

## Порушення пам'яті та інтелекту

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

**Гіпермнезія** (посилення пам'яті) – це короткочасне посилення пам'яті на основі хворобливих станів, інколи воно виникає й у здорових людей.

Проявляється надто легким відтворенням давно забутої інформації. Гіпермнезію спостерігають при маніакальних і гарячкових станах, внаслідок приймання наркотиків стимулювальної дії, в гіпнотичному стані й у разі смертельної небезпеки.

**Гіпомнезія** (послаблення пам'яті) проявляється погіршенням відтворення інформації, необхідної в даний момент, зниженням здатності відтворювати окремі події, деталі (дати, цифри, імена).

Пам'ять послаблюється на схилі віку, при атеросклерозі судин головного мозку, психоорганічному синдромі, астеничних станах, оглушенні.

**Амнезія** – це порушення пам'яті, яке супроводжується втратою здатності зберігати і відтворювати раніше здобуту інформацію.

Її спостерігаються при старечому недоумстві, хворобах Альцгеймера і Піка, органічних і судинних ушкодженнях головного мозку. Амнезуються також епілептичний напад, аментивне та запаморочливе затьмарення свідомості, абсанси, фуги, транс, тяжкі форми делірію, стани непритомності, сопору і коми. При гістріорних розладах (істерії) можуть виникати амнезії функціонального характеру.

Розрізняють такі різновиди амнезії:

**1. Фіксаційна** – втрата здатності запам'ятовувати, відсутність пам'яті на поточні події.

**2. Антероградна** – втрата спогадів про події, що відбувалися безпосередньо після закінчення стану непритомності або іншого розладу психіки.

**3. Ретроградна** – зникнення з пам'яті подій, які передували стану непритомності або психічному захворюванню.

**4. Антероретроградна** – поєднання антероградної і ретроградної амнезій.

**5. Ретардована** – запізніла амнезія, яка характеризується тим, що відразу після захворювання або стану непритомності хворий може розповісти про минулі переживання і події, але пізніше вони амнезуються.

**6. Афектогенна** (вибіркова) – поширюється лише на події негативного емоційного забарвлення, тоді як нейтральні або приємні події, що відбуваються в той самий період, зберігаються в пам'яті. Цей вид амнезії характерний для істерії.

**7. Часткова** – охоплює лише деякі події або певні системи зв'язків (дати, цифри, імена). Виникає при атеросклерозі судин головного мозку, виражених астеничних станах.

**8. Загальна** – зникають із пам'яті всі події того чи іншого періоду. Трапляється

ся при більшості станів порушення свідомості.

**9. Прогресуюча** – втрата здатності запам'ятовувати і поступове спустошення запасів пам'яті, яке відбувається згідно із законом Рібо, за яким втрата інформації проходить у зворотному напрямку до її накопичення, тобто насамперед хворий забуває поточні події, потім не може відтворити недавні факти, відтак забуває інформацію, здобуту раніше. Прогресуюча амнезія характерна для старечих психозів, хвороб Альцгеймера, Піка, атеросклерозу судин головного мозку.

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

**1. Ілюзії пам'яті**, або ретроспективне спотворення спогадів, – хворий згадує реальні події, до яких додає вигадані подробиці.

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

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

**4. Криптомнезії** – розлад пам'яті (спотворення), який проявляється втраченою здатністю розрізняти між собою реальні минулі події і події, яких не було, але про них людина могла прочитати, почути від інших, побачити. Розрізняють асоційовані криптомнезії – почуте, побачене у сновидіннях хворий згадує як пережите реально; відчужені криптомнезії – події, які насправді відбувалися з ним, згадує як почуті, прочитані, десь побачені.

**5. Екмнезії** – перенесення подій з минулого в теперішній час. Наприклад, літня жінка, не пам'ятаючи нічого з поточних подій, живе спогадами юнацьких літ – готується до весілля тощо (“старі, як діти”).



Олігофренія (хвороба Дауна)

**6. Анекфорія** – спогади при нагадуванні. Виникає в людей літнього віку.

**Корсаківський амнестичний синдром** – це поєднання розладів запам'ятовування поточних подій (фіксаційна амнезія), ретроградної чи антероградної амнезії з псевдоремінісценціями, рідше конфабуляціями при зниженні психічної активності. Синдром описаний С. Корсаковим при алкогольному поліневротичному психозі. Він характерний також для травматичних, інфекційних та інтоксикаційних уражень головного мозку.

Порушення інтелекту буває вродженим і набутим.

**Олігофренія** – це уроджений недорозвиток інтелекту.



Поведінка пацієнтів з розумовою відсталістю



Деменція органічного генезу

За ступенем вираження олігофренії поділяють на дебільність, імбецильність та ідіотію.

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

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

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

Набуте зниження інтелекту називають деменцією (недоумством). Її можуть зумовити органічні фактори і функціональні зміни психіки.

**Деменцію органічного генезу** поділяють на тотальну (глобарну) і лакунарну. При тотальній деменції, крім запасів знань, втрачається ядро особистості. Хворі не можуть критично оцінити свій стан, вони не усвідомлюють свого дефекту, втрачають загальнолюдські етичні норми поведінки. Глобарна деменція є характерною ознакою старечого недоумства, хвороб Альцгеймера, Піка і прогресивного паралічу.

При **лакунарній деменції**, незважаючи на втрату пам'яті на



Сенільне недоумство

теперішні й минулі події, ядро особистості збережене і хворі критично оцінюють свій стан. Вони усвідомлюють хворобу, стараються компенсувати втрату пам'яті (ведуть записи). Лакунарна деменція виникає при атеросклерозі судин головного мозку.

**Псевдодеменція** є функціональним розладом інтелекту. Це несправжнє недоумство найчастіше розвивається внаслідок тяжкої психотравми (передусім у злочинців, яких заарештували і посадили в камери попереднього слідства). Псевдодеменція характеризується підсвідомо удаваною втратою простих навичок, звичайних знань та звичайних форм поведінки. Такий розлад інтелекту є тимчасовим і, як правило, проходить.

### Узагальнення та практичні поради

◆ Погіршення пам'яті внаслідок зниження уваги є звичайним явищем, що супроводжує різні хвороби. Таким хворим потрібно давати конкретні й зрозумілі рекомендації, а при значному погіршенні пам'яті – записувати їх на папері для подальшого виконання хворим (наприклад, хворому о 10.00 год зайти в кабінет функціональної діагностики для проведення дослідження).

◆ Недопустимо загострювати увагу хворих на недугах і явищах астенизації. Навпаки, потрібно постійно заспокоювати їх і запевняти, що після курсу лікування вони одужають або їм стане набагато краще, а тимчасове погіршення пам'яті й уваги мине.

◆ Хворі з амнезіями (особливо прогресуючими) потребують стороннього нагляду. Вони повинні постійно перебувати під контролем чергового медперсоналу.

◆ Недопустимо ігнорувати або з насмішкою ставитись до хворих із зниженим інтелектом. Вони вимагають особливої уваги, тактовного та душевного ставлення медперсоналу.

### Питання для самоконтролю

1. Сутність гіпермнезії. Про що вона свідчить?
2. Сутність гіпомнезії.
3. Види амнезії.
4. У чому полягає відмінність між конфабуляціями і псевдоремінісценціями?
5. Клініка Корсаківського синдрому.
6. У чому полягає різниця між олігофренією та деменцією?

7. Класифікація олігофреній.

8. Класифікація деменцій.

## Порушення емоцій

Розрізняють кількісні та якісні порушення емоцій. Кількісні порушення емоцій проявляються посиленням, послабленням і відсутністю афективності.

Емоції посилюються як реактивно, так і вітально. Посилюватись можуть і негативні, і позитивні емоції. Тривалість і вираження такої зміни емоцій різні й залежать в основному від хвороби і психічної конституції хворого. Виражене посилення емоцій називають афектом. Розрізняють фізіологічний і патологічний афекти.

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

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

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

У період запаморочливого стану людина не усвідомлює того, що відбувається довкола, не керує своїми діями. За злочин, скоєний у стані патологічного афекту, вона не несе кримінальної відповідальності. Для проведення судово-психіатричної експертизи медик повинен якомога детальніше зібрати об'єктивний анамнез та описати стан і поведінку людини після виходу з афекту.

Стан патологічного зниженого настрою називають депресією або меланхолією, яка є основною складовою частиною депресивного синдрому.

**Депресивний синдром** – це знижений, пригнічений настрій, інтелектуальна і моторна загальмованість.

Хворі відчувають гнітючу, безмежну тугу. Вона часто не лише сприймається як душевний біль, а й супроводжується тяжкими фізичними відчуттями (неприємні відчуття в надчерев'ї, тяжкість або біль у ділянці серця). Усе довкола хворі бачать у темному світлі; те, що раніше викликало задоволення, втрачає сенс. Минуле вони розглядають як ряд помилок. У пам'яті впливають і переоцінюються минулі образи, нещастя, неправильні вчинки. Теперішнє і майбутнє видаються похмурими і



Малюнки пацієнта, що відображають його депресивно-іпохондричні переживання.

чення пов'язане з помилками, допущеними в минулому, але неймовірно перебільшеними в період депресії.

**Нігілістичне маячення** мегаломанічного (грандіозного) фантастичного змісту. Хворі заперечують існування всесвіту та самих себе, стверджують, що їх звинувачують у скоєнні тяжких злочинів, за які вони заслуговують найвитонченіших катувань і жорстокої страти. Вони будуть розплачуватися за свої гріхи стражданнями протягом сотень і тисяч років (меланхолічна парафренія).

**Депресія іпохондрична.** При зниженому настрої і різноманітних неприємних соматичних відчуттях хворі переконані в тому, що вони захворіли на тяжку, невиліковну хворобу, тому невпинно і наполегливо звертаються до лікарів різних профілів.

**Депресія у структурі окремих хвороб.** Депресивні розлади розвиваються при маніакально-депресивному психозі, циклотимії, а також при шизофренії, епілепсії,

безвихідними. Хворі майже не рухаються, весь день сидять, низько схиливши голову, або лежать у ліжку; рухи їх дуже повільні, вираз обличчя сумний. Відсутнє прагнення до діяльності. Суїцидальні тенденції свідчать про виражений ступінь тяжкості депресії. Інтелектуальне гальмування проявляється сповільненою, тихою мовою, труднощами при обробці нової інформації, нерідко скаргами на різке зниження пам'яті, неможливість зосередитися. Розлади сну – безсонням або поверхневим сном із частим пробудженням чи порушенням відчуття сну.

Соматичні ознаки депресії: хворі здаються постарілими, в них спостерігають підвищену ламкість нігтів, випадання волосся, прискорення пульсу, закреп; у жінок – порушення менструального циклу, часто аменорею. Апетит здебільшого відсутній: їжа – “як трава”, хворі їдять через силу, худнуть.

**Депресія з маяченням самозвинувачення.** Хворі докоряють собі за погані вчинки, злочини, дармоїдство, симуляцію, неправильне життя, вимагають суду над собою, покарання. У деяких випадках самозвинувачення.

симптоматичних та інтоксикаційних психозах, органічних захворюваннях головного мозку. Особливо тяжкі для діагностики циклотимічні депресії у зв'язку з незначним вираженням афективного компонента й ознак загальмованості та ускладненням клінічної картини синдромами нав'язливості, деперсоналізації, дереалізації, сенестопатіями, вегетативними розладами.

### **Порівняльно-вікові особливості депресивного синдрому.**

У дітей дошкільного віку депресії проявляються вегетативними і руховими порушеннями, оскільки цьому віку властиві власне ці форми реагування.

У більш ранньому віці депресії ще менше нагадують депресії. Діти в'ялі, їх рухи неспокійні, порушений апетит, спостерігаються втрата маси тіла і порушення ритму сну.

Депресивні стани можуть виникати при емоційній депресії, позбавленні дитини контакту з матір'ю. Наприклад, при влаштуванні дитини в лікувальний заклад спочатку в неї виникає стан рухового збудження з плачем і відчаєм, потім з'являються в'ялість, апатія, відмова від їжі та ігор, схильність до соматичних захворювань. Такі стани здебільшого називають "анаклітичною депресією".

Анаклітична депресія виникає в дітей віком 6-12 місяців, які розлучені з мамою і знаходяться в поганих умовах існування. Вона проявляється адинамією, анорексією, зниженням або зникненням реакції на зовнішні подразники, затримкою розвитку психіки і моторики.

У дітей раннього віку виділяють адинамічну і тривожну депресії. Адинамічна депресія проявляється в'ялістю, повільністю, монотонністю, безрадісним настроєм; тривожна – плаксивістю, капризністю, негативізмом, руховим неспокоєм.

У дітей дошкільного віку переважають вегетативні і рухові розлади, але їх зовнішній вигляд свідчить про зниженій настрій: страждальні вираз обличчя і поза, тихий голос. У цьому віці виникають добові коливання в самопочутті, іпохондричні скарги на неприємні відчуття в різних ділянках тіла. Виділяють декілька варіантів депресії залежно від розладів, які переважають.

У дітей молодшого шкільного віку на перший план виходять порушення поведінки: в'ялість, замкнутість, втрата цікавості до ігор, труднощі в засвоєнні шкільного матеріалу. Деякі діти роздратовані, на все ображаються, схильні до агресії, прогулюють заняття в школі. Скарги на нудьгу виявити не вдається. Можуть з'являтися "психосоматичні еквіваленти": енурез,

зниження апетиту, схуднення, закрепи.

В осіб пубертатного віку вже спостерігають депресивний афект, який поєднується з вираженими вегетативними розладами: головним болем, порушенням сну, апетиту, закрепамі, сталими іпохондричними скаргами. У хлопчиків часто переважає роздратування, в дівчаток – пригніченість, плаксивість, в'ялість.

В пубертатному віці клінічна картина депресії наближається до картини депресивних станів у дорослих, але менш виразною є ідеаторна (асоціативна) загальмованість. Хворі досить активно висловлюють ідеї самозвинувачення й іпохондричні скарги.

Особливості депресивних синдромів у пізньому віці пов'язані із змінами психіч-



**Міміка відмежування при депресії**



ної діяльності людини і зумовлені біологічними процесами вікової інволюції. Для депресій пізнього віку характерні своєрідні “зниження і здрібнення” розладів, відсутність депресивної самооцінки і депресивної переоцінки минулого (минуле хворі сприймають переважно як щасливе), побоювання за здоров'я, страх перед матеріальними труднощами. Це відображає вікову “переоцінку цінностей”.

У пізньому віці виділяють депресії прості, із загальмованістю і тривожні. Прості депресії з віком трапляються рідше, збільшується кількість тривожно-іпохондричних і тривожно-маячних станів. Найчастіше депресивні стани з тривогою з'являються в осіб віком 60-69 років. При всіх варіантах депресивних станів спостерігають порушення сну, апетиту, зміни маси тіла, закрепи тощо.

Часто у хворих з депресією в пізньому віці виникає “відчуття власної зміни”, проте в людей похилого віку скарги звичайно стосуються соматичних змін.

Ознаки психічної анестезії частіше виявляють в осіб, які захворіли до 50 років, порівняно з хворими більш пізнього віку.

Виражена рухова загальмованість не характерна для депресивних станів, які з'являються в пізньому віці, депресивні ступорозні стани майже не трапляються. Тривожно-ажитовані депресії виникають як в інволюційному, так і в пізньому віці.

У хворих пізнього віку особливе місце в клінічній картині депресій займають іпохондричні розлади, проте частіше, ніж іпохондричне маячення (синдром Котара), спостерігають тривожні побоювання іпохондричного змісту або фіксацію на різних соматичних скаргах.

Патологічне підвищення настрою найчастіше носить форму ейфорії.

**Ейфорія** – це підвищений настрій із безтурботним задоволенням, пасивною радістю, блаженством.

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

Виражене короткотривале підвищення настрою називають **екстазом**. Стани

екстазу можуть інколи виникати при істерії й епілепсії. Часто він розвивається в здорових людей, особливо внаслідок взаємодії (наприклад, поведінка молоді на масових концертах хард-року).

Стан підвищеного настрою може бути складовою частиною маніакального синдрому.

**Маніакальний синдром** включає в себе підвищений настрій, прискорення асоціативних процесів і надмірне прагнення до діяльності.

Для хворих характерний веселий настрій, відволікання й мінливість уваги, поверховість суджень, оптимістичне ставлення до сьогодення і майбуття. Прагнення до діяльності проявляється по-різному: хворі



**Ейфорія**

можуть розпочати безліч справ, однак жодну з них не доводять до кінця; витрачають гроші безтурботно і безладно, купуючи непотрібні речі; на роботі безпідставно втручаються в справи співробітників тощо.

Хворі переоцінюють свою особистість: “відкривають” у собі непересічні здібності, мають намір прославитися як визначні дослідники, артисти, письменники чи видають себе за них (нестійкі надцінні ідеї величі). Вони здаються помолоділими, в них підвищується апетит, скорочується тривалість сну або виникає тривале безсоння, посилюється статевий потяг. У маніакальному стані збільшується частота пульсу, виникає гіперсексуальність, у жінок порушується менструальний цикл. Маніакальний синдром може не мати яскравих проявів, у цьому випадку мова йде про гіпоманіакальний стан.

**Манія гнівлива.** Переважають дратівливість, прискіпливість, гнів.

**Манія непродуктивна.** Настрій піднесений, але відсутнє прагнення до діяльності при різкому прискоренні асоціативного процесу.

Маніакальні стани розвиваються при маніакально-депресивному (біполярному) психозі, циклотимії, шизофренії, епілепсії, симптоматичних та інтоксикаційних психозах, а також при органічних захворюваннях головного мозку.

Для органічних уражень лобних часток мозку (травма, пухлина, абсцеси, сифілітична гума) характерна так звана морія.

**Морія** – це стан безпричинних, безглуздинх веселощів і пустотливості з втратою ініціативних спонукань і адекватної оцінки тяжкості свого стану.

Різку схильність до проявів роздратування з підвищеною збудливістю, брутальністю й агресивністю називають експлозивністю. Вона найчастіше зустрічається при експлозивній формі психопатії, післятравматичній енцефалопатії й експлозивному варіанті простого алкогольного сп’яніння.

Характерним симптомом неврастенії, астеничних станів, атеросклерозу судин головного мозку й істерії є **емоційна лабільність**. Вона проявляється схильністю до змін настрою з різкими коливаннями від підвищення до зниження, що нерідко завершується плачем.

Про відсутність афективності найчастіше свідчать афективна тупість та параліч емоцій.

**Афективна тупість** (емоційна бідність) проявляється недостатністю або втратою афективного відгуку, бідністю емоційних проявів, байдужістю і душевною холодністю.

**Збіднення емоцій** переважно притаманне хворим на шизофренію. Виражений прояв емоційної тупості називають апатією. Вона найчастіше виникає при шизофренії, рідше – при виснажливих захворюваннях.

Основними формами якісних порушень емоцій (або спотворень) є неадекватність емоцій, амбівалентність їх, хвороблива анестезія психіки і дисфорії.

**Неадекватність емоцій (паратимії)** – це якісна невідповідність емоцій подразнику.

Так, хворий, розповідаючи про смерть близької людини, сміється; виявляє нічим необгрунтовану агресію проти людини, до якої добре ставиться. Цей симптом найчастіше виникає при шизофренії.

**Амбівалентністю** називають двоїсте ставлення до однієї і тієї ж людини, події або явища.

Так, хворий може одночасно любити і ненавидіти. У здорових людей протилежні емоції не співіснують, а змінюють одна одну внаслідок впливу психологічно зрозумілих чинників. У психічнохворого відсутнє мотивування цих емоцій, вони саме співіснують, а не змінюють одна одну. Наприклад, хворий говорить: “Я так сильно люблю свою кохану, що хочеться взяти ніж і її зарізати”. Амбівалентність найчастіше виникає при шизофренії.

**Хвороблива анестезія** психіки проявляється тим, що у хворого різко знижуються емоції.

На відміну від хворих з емоційною тупістю, він тяжко переживає свій стан, усвідомлюючи його ненормальність. Цей симптом характерний для депресивних



Психомоторне  
збудження при  
дисфорії

станів, особливо для маніакально-депресивного (біполярного) психозу.

**Дисфорія** – це буркотливо-дратівливий, зловний і похмурий настрій із підвищеною чутливістю до будь-якого зовнішнього подразника.

Трапляється при епілепсії, абстинентному синдромі та психопатіях. У стані дисфорії хворі схильні до агресії.

### Узагальнення та практичні поради

◆ Якщо у хворого розвинувся стан афекту (фізіологічного чи патологічного), медична сестра повинна детально описати цей стан у журналі спостережень. Інколи це необхідно для проведення судово-психіатричної експертизи.

◆ Депресивний синдром небезпечний, бо може спричинити суїцидальні дії. Хворий з психотичними формами депресії повинен постійно знаходитись під контролем медперсоналу. При виявленні суїцидальних тенденцій біля нього необхідно встановити пост, а про його поведінку слід доповісти лікарю.

◆ Наявність морії свідчить про органічне ураження головного мозку. Самооцінка такого хворого знижена. Він потребує стороннього нагляду.

◆ Якщо у хворого розвинувся ейфоричний стан чи емоційна неадекватність, за ним необхідно встановити нагляд і доповісти лікарю.

◆ Дисфорії виникають при епілепсії, алкоголізмі, наркоманії, органічному ураженні головного мозку. В стані дисфорії хворий схильний до агресії. Ставиться до них необхідно підкреслено коректно, а при розвитку дисфорії до такого хворого потрібно негайно викликати лікаря.

### Питання для самоконтролю

1. Сутність фізіологічного і патологічного афектів.
2. Сутність маніакальної і депресивної тріади.
3. Сутність експлозивності й дисфорій.
4. У чому полягає різниця між амбівалентністю та неадекватністю емоцій?
5. При яких станах виникає апатія?

### Порушення вольової діяльності та уваги

Вольова діяльність проявляється свідомим виконанням тієї чи іншої дії або ж свідомою її затримкою. Деякі автори називають її ефекторною.

Ефекторна діяльність включає в себе інстинкти і цілеспрямовану діяльність. Більшість психологів і психіатрів відносять до неї і увагу як внутрішній вольовий акт.

**Порушення інстинктів.** При психічних захворюваннях можна спостерігати патологічне посилення, послаблення і спотворення інстинктів.

Патологічне посилення харчового інстинкту – **булімія** (вовчий голод).

**Булімія** проявляється надмірним апетитом, причому відчуття насиченості не настає.

Булімія в основному виникає при органічних ураженнях головного мозку з дементним синдромом, у хворих з олігофренією (ідіотія), деколи – у хворих із вираженим шизофренічним дефектом. Значне посилення апетиту властиве хворим, які перебувають у маніакальному стані, але воно не досягає ступеня булімії.

Послаблення харчового інстинкту – це різке зниження апетиту аж до повної відсутності потреби в їжі.

**Анорексія** – повна відсутність відчуття голоду з відмовою від їжі.

Ослаблення харчового інстинкту характерне для депресій різного генезу (реактивних, пресенільних, маніакально-депресивного психозу), виражених астенічних станів, нервової анорексії.

Відмова від вживання їжі при психічних захворюваннях не завжди зумовлена ослабленням харчового інстинкту. Її можуть спричинити маячні мотиви (хворий впевнений, що його хочуть отруїти, і боїться вживати “отруєну” їжу або вважає себе злочинцем чи нікчемою, недостойним їжі), а також імперативні галюцинації, коли “голоси” категорично забороняють їсти. Хворі, які перебувають у стані патологічного ступору, не можуть вживати їжу внаслідок заціпеніння жувальних і ковтальних м'язів.

Спотворення харчового інстинкту проявляється вживанням хворим неїстих речовин і навіть власних екскрементів. Воно виникає при тотальному недоумстві, маяченні й галюцинаціях відповідного змісту.

Посилення захисного інстинкту проявляється втечею або агресією. Реакція втечі характерна для хворих, які під впливом галюцинацій чи маячення переконані в тому, що їм загрожує смертельна небезпека з боку злочинців, перед якими вони беззахисні й безпорадні.

Патологічне посилення активно-оборонної форми інстинкту самозбереження супроводжується тим, що хворі, відчуваючи постійний страх за своє життя чи здоров'я, категорично відмовляються від приймання ліків, виконання будь-яких маніпуляцій, чинять опір медперсоналу, а іноді з метою “самозахисту” проявляють агресію. Ці явища можуть бути зумовлені галюцинаціями або маяченням. Заціпеніння (емоційний ступор) розвивається внаслідок дії стресової ситуації, небезпечної для життя. Так, при землетрусі чи раптовій пожежі людина ціпеніє від жаху і не спроможна ні втекти, ні навіть покликати на допомогу. Послаблення захисного інстинкту виникає при депресивних станах, простій формі шизофренії, а також при порушенні свідомості.

Спотворення захисного інстинкту проявляється в тому, що хворі самі можуть заподіяти собі шкоду різного характеру. Найбільш вираженим спотворенням інстинкту самозбереження є тенденції і спроби самогубства. Виражені тенденції до самогубства виявляють хворі на маніакально-депресивний (біполярний) психоз

у депресивній фазі, особи з маяченням депресивного змісту (маячення самозвинувачення в депресивній фазі, пресенільна депресія, маячення переслідування та інші схожі види маячення у хворих на шизофренію). Інколи прагнуть закінчити життя самогубством хворі, які критично оцінюють свій хворобливий стан, на початку маніфестації шизофренії. Іноді спроби самогубства імпульсивно роблять хворі з розладами особистості (психопати).

Розлади статевих інстинктів у психічнохворих, патологічне посилення статевого потягу мають місце переважно при значних органічних ураженнях мозку (при прогресивному паралічі, сенільній і атеросклеротичній деменції, пухлинах лобної частки, хворих з олігофренією, при деяких видах психопатії тощо).

Підвищений потяг може мати більш-менш сталий характер або з'являтися епізодично (при епілепсії, в маніакальній фазі маніакально-депресивного психозу тощо).

Послаблення або цілковита відсутність статевого потягу виникає при депресивних станах, незалежно від їх генезу, тяжких формах олігофренії, деяких неврозгах, простій формі шизофренії, а також у психічно здорових людей при виснажливих соматичних захворюваннях, фізичній та інтелектуальній перевтомі тощо.

**Статеві відхилення** – це прагнення незвичайними способами задовольнити статевий інстинкт.

Вони мають найрізноманітніші прояви і можуть зрідка виникати й у психічно здорових людей в особливих умовах, але переважно їх спостерігають у пацієнтів з психопатією і часто при недоумстві (при органічних захворюваннях мозку, в хворих з олігофренією тощо).

**Непереборні потяги і дії** – це епізодичні патологічні потяги такої сили, що хворі не можуть загальмувати їх і змушені реалізувати їх у дії.

Вони усвідомлюються як неправильні й ненормальні, але людина не може самостійно їх перебороти. Ці дії більш-менш стереотипно повторюються при відповідній ситуації.

Найпоширенішими непереборними потягами і діями є kleptomaniya, piromaniya, dromomaniya, koprolaliya і sadistsьki vbiystva.

**Kleptomaniya** – це прагнення красти без будь-яких стимулів і зацікавленості; **piromaniya** – це прагнення підпалювати, влаштовувати пожежі; **dromomaniya** – це нестримний потяг до бродяжництва; **koprolaliya** – це потяг до вживання нецензурних виразів; **sadistsьki vbiystva** – це потяг до вбивств з мученням жертв і отриманням насолоди від цього.

Непереборні потяги з'являються, головним чином, при психопатіях і шизофренії.

**Імпульсивні дії** – це прості поодинокі дії, часто руйнівні або агресивні за

своїм характером, які виникають раптово, позбавлені будь-якої видимої мотивації і не пов'язані із ситуацією.

Хворий раптово схоплюється і тут же лягає знову, може несподівано розбити вікно, жбурнути якийсь предмет, вдарити кого-небудь із людей тощо. Найчастіше такі дії виникають при шизофренії та енцефаліті.

**Гіпербулія**, або підвищення вольової активності – посилення спонукань, підвищена діяльність, надмірна (нерідко недоречна) ініціативність і рухливість.

Гіпербулія буває загальною й односторонньою.

При **загальній гіпербулії** у хворого розвивається надмірна дійова активність щодо всього, що потрапляє в зону його уваги. Його зацікавлює і захоплює те, що йому потрібне, і те, що йому непотрібне. Він включається в будь-яку діяльність, але часто не доводить її до кінця, бо переключає свою увагу на новий об'єкт і захоплюється новою ідеєю.

Загальна гіпербулія входить до складу маніакального синдрому (маніакальна фаза маніакально-депресивного психозу, гіпоманіакальна фаза циклотимії, тяжка туберкульозна інтоксикація), може розвиватись після приймання наркотиків стимулювальної дії, виникає при алкогольному сп'янінні (маніакальний варіант), характерна для поведінки пацієнтів з гіпертизмними розладами особистості.

При **односторонній гіпербулії** активність хворого спрямована на задоволення лише однієї постійної для нього потреби. Наприклад, при паранояльній психопатії хворий постійно надмірно витрачає сили й енергію на боротьбу з нереальними “ворогами”. Одностороння гіпербулія нерідко проявляється на фоні загальної гіпобулії. Наприклад, пацієнта з наркотичною залежністю цікавлять лише наркотики. Він втрачає інтерес до навчання, трудової діяльності, спорту, книг, близьких та родичів, не працює. Разом із тим, він проявляє надмірну активність, дотепність, хитрість, цинізм, жорстокість і підлість, щоб добути чергову порцію наркотика.

**Гіпобулія** (зниження вольової активності) – це слабкість спонукань, млявість, бездіяльність, позбавлена виразності мова, зниження моторної активності, обмеження спілкування.

Виникає при виражених астенічному та адинамічному варіантах депресивного синдрому, а також при органічному ураженні головного мозку. Прогресуюча гіпобулія часто є одним з основних симптомів шизофренічного дефекту.

**Парабулія** – це спотворення рухової діяльності. Основними її видами є амбівалентність, негативізм і кататонічний синдром.

**Амбівалентність** – це такий вид спотворення вольової сфери, коли у хворого одночасно мають місце два протилежні спонукання.

Цей симптом характерний для шизофренії. Наприклад, хворий одночасно хоче і не хоче вживати їжу: набравши їжу в ложку, він підносить її до рота, але розкривши рот, відчуває небажання їсти і несе повну ложку до тарілки, але поки донесе ложку до миски, у нього знову з'являється бажання прийняти їжу, він повертає ложку до рота і так діє постійно.

**Негативізм** буває активним і пасивним. **Активний негативізм** – це безглузда протидія або виконання наказу чи прохання навпаки. **Пасивний негативізм** – це невмотивована відмова хворого виконувати будь-яку дію, нереагування на прохання щось зробити. Ці симптоми характерні для шизофренії.

**Кататонічний синдром** проявляється кататонічним збудженням і кататонічним ступором.

У клінічній практиці кататонічний ступор з'являється частіше, ніж збудження. Останнє проявляється руховим розгальмуванням із тенденцією до окремих нецілеспрямованих, нерідко роз'єднаних, рухів з явищами негативізму і повторенням як у рухах, так і в мові. Кататонічне збудження відрізняється від маніакального тим, що воно не цілеспрямоване, хворий виконує не якісь дії, а лише окремі роз'єдані, часто стереотипні, рухи, а хворий із маніакальним збудженням виконує осмислені дії, хоча здебільшого до кінця їх не доводить, бо переключається на іншу діяльність.

Підвидом кататонічного збудження є **гебефренне**. Останнє проявляється безмістовним, абсурдним збудженням із клоунізмом, дурощами, абсурдними позами, стрибками, кривляннями і гримасами та окремими вигуками. Цей вид збудження є основним симптомом гебефрентної форми шизофренії. Кататонічне збудження, як правило, триває недовго і найчастіше згодом переходить у кататонічний ступор.

**Ступор** – це м'язове заціпеніння. Він буває кататонічним, депресивним, психогенним (реактивним) і апатичним.



Кататонічний ступор

Кататонічний ступор, як правило, починає розвиватися з мутизму. Повний мутизм – це відсутність мовного спілкування хворого з людьми, які його оточують, при відсутності органічного ураження мовного апарату. Інколи трапляється неповний мутизм (**симптом Павлова**), коли хворий (здебільшого відразу після пробудження від нічного сну) може давати елементарні відповіді на запитання, поставлені пошепки, але відразу замовкає, коли до нього звер-





Симптом “воскоподібної гнучкості”



Онейроїдна кататонія

нутись голосно. Дещо пізніше ціпеніють м'язи шиї та потилиці, й голова хворого постійно нахилена до тулуба. Якщо пацієнт може ходити, то нерідко він натягує на голову халат, щоб холодне повітря не потрапляло за комір, який відстає від шиї (симптом “капюшона”). Коли такий хворий лягає в ліжку, то його голова висить у повітрі (симптом “повітряної подушки”). М'язи шиї і потилиці при цьому не стомлюються. Відтак заціпеніння переходить на м'язи кінцівок і тулуба. Хворий часто лежить в ліжку в ембріональній позі, тонує м'язів при цьому підвищується. Якщо кінцівці надати певного положення, то хворий це положення утримує (симптом “воскоподібної гнучкості”). У субступорозних станах хворий може машинально повторювати слова людей, які його оточують (ехолалія), або їх рухи (ехопраксія). При глибокому ступорі зіниці хворого не реагують на подразники, в тому числі на больові. Погляд хворого, який перебуває у стані кататонічного ступору, байдужий, він не

реагує рухами очей на події навколо нього. Найчастіше кататонічний ступор буває люцидним, тобто “чистим” (без порушень свідомості). Інколи при кататонічному ступорі розвивається онейроїдне затьмарення свідомості. Такий складний психо-

патологічний синдром називають **кататано-онейроїдним**.

При вираженій депресії м'язове заціпеніння називають **депресивним ступором**. Хворі не можуть рухатись або рухаються з великими труднощами (через силу). Вони говорять тихо, на запитання відповідають із великим запізненням. На їх обличчі застигає страждальна міміка, проте рухами очей вони стежать за подіями навколо них.

При **психогенному ступорі** хворий раптово ціпеніє від жаху відразу після дії на нього надсильного подразника. Міміка відображає відчуття суму, страху, тривоги. Після зникнення явищ ступору, що звичайно трапляються після глибокого сну, хворий амнезує більшість хворобливих проявів, які мали місце.

**Апатичний ступор** є проявом вкрай тяжкого апато-абулічного синдрому, коли хворий не рухається, ні на що не реагує, в нього відсутні емоції, бажання і спонукання. Тонус м'язів при цьому виді ступору не змінюється. Апатичний ступор є також проявом глибокого шизофренічного дефекту або вираженого органічного ураження головного мозку.

**Порушення уваги.** Увага – це один із проявів орієнтувального рефлексу і вольових процесів, спрямованих всередину психічної діяльності людини.

**Надмірне відвертання уваги** – це порушення, в основі якого лежить посилення привертання уваги до об'єктів без вибору й послаблення концентрації та стійкості її. Відвертання властиве дітям, воно пов'язане з недостатністю активного гальмування. З психічних захворювань відвертання характерне для маніакального стану, при якому хворі не можуть зосередитися на якому-небудь об'єкті, думці, дії, безперервно переключаючись з одного подразника на інший.

**Надмірна прикованість** уваги є наслідком посилення її концентрації і стійкості. Вона характерна для хворих у стані депресії, осіб з іпохондричними явищами і маячними ідеями, хворих на епілепсію.

**Послаблення привертання**, аж до повного зникнення уваги, спостерігають при станах порушеної свідомості (оглушеності, сопорі), а також при апатико-абулічному синдромі різного генезу.

**Неуважність** – це суто клінічне і збірне поняття, під яким розуміють неможливість зосередити увагу на певному об'єкті. В її основі лежить швидке виснаження сили і концентрації нервових процесів. Від неуважності в клінічному розумінні необхідно відрізнити неуважність здорових осіб, зокрема вчених. Механізм її полягає в тому, що людина, зосереджена на певних думках, не помічає того, що відбувається довкола, залишає свої речі в найнесподіваніших місцях, не реагує на привітання знайомих, нерідко використовує деякі компоненти свого туалету не за призначенням тощо. Неуважність дуже часто є симптомом різних соматичних виснажливих захворювань, переважно, вимушеного недосипання. Її спостерігають при неврозах, органічних ураженнях головного мозку, початкових стадіях шизофренії. У зв'язку з неуважністю порушується запам'ятовування, тому хворі часто скаржаться на погіршення пам'яті, що не завжди відповідає дійсності.

## Узагальнення та практичні поради

◆ Зниження чи відсутність апетиту з усвідомленням цього стану є звичайним явищем при виснажливому захворюванні. У такому випадку воно минає само по собі. Разом із тим, вперта відмова від вживання їжі може свідчити про наявність маячення отруєння або галюцинацій, що є ознакою психозу. Медичний персонал повинен слідкувати за вживанням їжі хворими і про відмову їсти доповісти лікарю.

◆ Категорична відмова від приймання ліків та виконання медичних маніпуляцій може свідчити про загострення психозу. Про таку поведінку хворих необхідно доповісти лікарю-куратору, а в листку призначень зафіксувати факт відмови.

◆ При виявленні у хворих суїцидальних тенденцій потрібно встановити за ним нагляд і негайно доповісти про це лікарю.

◆ Хворих із статевими відхиленнями слід утримувати під постійним наглядом.

◆ Про скоєння хворими імпульсивних вчинків необхідно сповістити лікаря.

◆ Гіпербулія є ознакою порушення психіки. За такими хворими потрібно встановити нагляд і доповісти лікарю.

◆ Розвиток негативізму чи кататонічного синдрому свідчить про загострення психозу і потребує нагляду за хворими.

◆ Кататонічний ступор сягає глибокого ступеня, коли хворий не може рухатись і вживати їжу. Необхідно проводити профілактику пролежнів і штучне годування через назогастральний зонд.

## Питання для самоконтролю

1. Порушення основних інстинктів.
2. Основні причини відмови хворого від вживання їжі і приймання ліків.
3. Основні види спотворення оборонного інстинкту.
4. Основні види статевих перверсій.
5. Сутність непереборних та імпульсивних потягів і дій.
6. Сутність гіпербулії та гіпобулії. Основні види гіпербулії.
7. Клінічні прояви кататонічного синдрому.
8. Особливості догляду за хворими з тривалим кататонічним ступором.
9. Основні форми порушення уваги.

## Порушення свідомості

У клініці розрізняють виключення та затьмарення свідомості.

Одним із видів виключення свідомості є **непритомність**, яка виникає внаслідок різкої гіпопсії головного мозку. Непритомність можуть спричинити емоційний стрес, перегрівання, закачування при русі транспорту, хронічне недоїдання, недосипання, вагітність тощо.

Долікарська допомога полягає у виконанні таких дій: надати хворому зручне горизонтальне положення, полегшити доступ свіжого повітря, розстебнути комірць, змочити обличчя холодною водою, дати понюхати нашатирний спирт. При цьому помічник повинен підняти нижні кінцівки на 50-70 см, щоб полегшити доступ крові



Оглушення



Сопор



Кома

до головного мозку. При затяжній непритомності, яка супроводжується тяжким колапсом, необхідно викликати лікаря і підготувати шприци, а також препарати невідкладної допомоги (адреналін, мезатон, кофеїн, глюкозу, серцеві глікозиди).

У соматичній практиці в ослаблених хворих можна спостерігати **виключення свідомості**. Найбільш легкий ступінь виключення свідомості називають **оглушенням**. Воно характеризується підвищенням порога збудливості, внаслідок чого лише сильні подразники доходять до свідомості. Тому навколишнє середовище сприймається нечітко, інколи фрагментарно. Емоції при вираженому оглушенні нівельовані, рухова активність послаблена або відсутня. Оглушення виникає при інтоксикаціях, інфекціях, черепномозковій травмі, тяжких соматичних захворюваннях, після епілептичного нападу тощо. Більш тяжкий ступінь виключення свідомості, при якому контакт із хворим не можливий, але безумовні рефлекси ще збережені, називають **сопором**.

Найтяжчим ступенем виключення свідомості є **кома**. Як і при сопорі, контакт із хворим не можливий, але, на відміну від нього, при комі згасають безумовні рефлекси (корнеальний, зіничний тощо). Розрізняють такі основні види коми: алкогольна, інтоксикаційна, апоплектична, гіпер- та гіпоглікемічна, епілептична, уремична, печінкова, посттравматич-

на тощо. Якщо у хворого розвинувся сопор або кома, медична сестра зобов'язана негайно сповістити про це лікаря-куратора або черговому лікарю.

При епілепсії нерідко виникають так звані **абсанси** – короткочасні порушення

свідомості, при яких мить або, рідше, кілька секунд хворий неначе “відсутній”. Він застигає в тій позі, яка була в момент абсансу, погляд застигає і спрямований в одну точку, обличчя блідне. Через дуже короткий час хворий повертається до тями і продовжує розпочату справу. Ззовні складається враження, немовби він на якусь мить замислився. Період абсансу хворий амнезує. Якщо медична сестра помітить, що у хворого є абсанси, вона повинна сповістити про це лікаря, щоб він правильно зорієнтувався в діагнозі та лікуванні.

Основними видами затьмарення, або якісного продуктивного порушення свідомості, є делірій, онейроїд, аменція, типова й атипові форми запаморочливих (сутінкових) станів.

**Деліріозний синдром** – це затьмарення свідомості, що поєднується з множинними рухливими, сценічними, сюжетними галюцинаціями, переважно зоровими, іноді слуховими (шум, музика, гуркіт, часом слова), смаковими, які стосуються безпосередньо хворого, неприємні для нього, часто мають залякувальний характер.

Емоційний стан та поведінка хворого значною мірою зумовлені змістом галюцинаторно-ілюзорного сприймання.



**Онейроїдні відчуття і переживання в малюнку пацієнта**

Після деліріозного стану в пам'яті зберігаються яскраві, але не завжди пов'язані між собою спогади. Яскравість і багатство спогадів обернено пропорційні глибині оглушення і прямо пропорційні яскравості галюцинаторних образів. Внаслідок галюцинаторних переживань хворий може проявити агресію.

У клінічній практиці переважно спостерігають такі види делірію: алкогольний (біла гарячка), інфекційний, інтоксикаційний, епілептичний, травматичний та судинний. Біля ліжка хворого, в якого розвинувся делірій, необхідно встановити індивідуальний медичний пост.

**Онейроїд** – це стан своєрідного сновидного затьмарення свідомості, який характеризується тим, що при мінливій глибині порушення вона супроводжується яскравими, образними, фантастичними галюцинаціями.

Хворі ніби бачать химерний сон чи кінофільм, у якому вони беруть участь. Їм здається, що вони знаходяться в космічному польоті, в підземному чи підводному царстві, відвідують інші планети, казкові царства. При цьому хворі переважно залишаються спокійними, міміка обличчя або нічого не відображає, або відображає блаженство (рідше здивування). Після виходу з такого стану вони пам'ятають свої переживання. Онейроїд виникає при істерії, шизофренії, епілепсії та наркотичній інтоксикації.

**Аментивний синдром** (аменція) проявляється безладністю мислення, розгубленістю, повним дезорієнтуванням у місці, часі й власній особі.

Галюцинацій небагато, причому переважають слухові. Рухове збудження виражене слабше, ніж при делірії, в основному воно в межах ліжка, рухи хаотичні, дії не закінчені. Тривалість аменції – від кількох днів до кількох тижнів, а після повернення свідомості цей стан амнезується. Прогностично несприятливою ознакою для життя є поява своєрідних рухів, що нагадують пошук чогось у ліжку або “перебирання” пальцями постільної чи натільної білизни. Наявність аментивного синдрому свідчить про тяжкість загального стану (наприклад, тяжка форма черевного тифу).

**Запаморочливі (сутінкові) стани** характеризуються хворобливим звуженням свідомості. При раптовій зміні стану свідомості хворі не орієнтуються в тому, що відбувається довкола, не осмислюють ситуацію, не можуть правильно її оцінити.

Реальність вони не сприймають зовсім або сприймають у спотвореному вигляді, іноді в протилежному значенні, через що вчинки хворих здаються зовні невмотивованими і не відповідають ситуації. Хворі в запаморочливому стані небезпечні для себе і людей, які їх оточують, оскільки не можуть керувати своїми діями, що призводить до найнесподіваніших вчинків: вбивства, підпалів тощо.

Коли запаморочливий стан минає, хворі амнезують весь його період. Тривалість запаморочливих станів свідомості – від кількох хвилин до кількох днів.

Запаморочливі стани свідомості, які розвиваються вночі, характеризуються ходінням у сні, або **сомнабулізмом**. Хворі підводяться з ліжка, починають щось шукати, нерідко розмовляють самі із собою, виходять на вулицю, лізуть на дерева, паркани і дахи. Вони не реагують, коли до них звертаються. Іноді повертаються, лягають в ліжку і засинають або, як і після закінчення судомного нападу, засинають у будь-якому місці. Тривалість ходіння в сні різна: найчастіше кілька хвилин, рідше – кілька годин.

Короткотривалий запаморочливий стан із надто вираженим руховим збудженням називають **фугою**. Вона триває від кількох секунд до кількох хвилин. У стані фуги хворі кудись біжать, не звертаючи уваги на транспорт, що рухається, здирають з себе одяг у громадських місцях, несамовито трощать усе на своєму шляху. З поверненням свідомості все амнезується.

Інколи виникає своєрідна форма присутінкового стану свідомості із зовні впо-

рядковою поведінкою, так званий **транс**. Такі хворі поводять себе ніби адекватно: йдуть у магазин чи інше місце, купують квиток на транспорт і їдуть у певний пункт, виконують складні й зовні логічні дії. Проте, коли до них повертається свідомість, з'ясовується, що вони нічого не пам'ятають, що робили все машинально. Тому транс ще називають **амбулаторним автоматизмом**.

Усі перераховані види сутінкових станів найчастіше виникають при епілепсії. Якщо у хворого розвинувся запаморочливий стан свідомості, медична сестра зобов'язана повідомити про це лікаря.

При різноманітності психопатологічних проявів порушеної свідомості всі вони об'єднані рядом спільних ознак: переривання безперервної свідомості; порушення сприймання того, що відбувається довкола, спогадів про минуле і запам'ятовування теперішнього; порушення синтезу, емоцій різного типу і ступеня вираження, рухової активності й адекватності, орієнтування, переважно в місці, часі, дещо рідше – в самому собі; той чи інший ступінь амнезії на пережитий стан і на те, що відбувалося в цей час у реальності: при оглушенні, аментивному синдромі, хворобливо звуженій свідомості і паморочливих станах – повна втрата пам'яті, при деліріозному синдромі – амнезія або гіпомнезія на реальні події і досить стійкі спогади про хворобливі переживання.

Будь-яке порушення свідомості, крім абсансів, свідчить про різке погіршення стану хворого і може загрожувати його життю. Про виявлені у хворого ознаки порушення свідомості медична сестра повинна негайно сповістити лікаря, а до його приходу надати невідкладну долікарську допомогу.

### Узагальнення та практичні поради

◆ Будь-яке виключення свідомості свідчить про різке погіршення стану хворого. Наявність сопору і коми становить пряму небезпеку його життю. Про факт виключення свідомості медична сестра повинна негайно повідомити лікаря, а до його приходу надати невідкладну долікарську допомогу.

◆ Якщо під час виключення свідомості біля хворого знаходяться родичі або інші відвідувачі, їх потрібно попросити вийти з палати, тому що їхня реакція паніки буде заважати лікарю і медичному персоналу надати без перешкод належну медичну допомогу.

◆ Якщо у хворого з виключенням свідомості знижується артеріальний тиск, необхідно до приходу лікаря підключити систему для внутрішньовенних вливань з 0,9 % розчином натрію хлориду, поки не розвинувся колапс і не спались вени.

◆ При підвищенні артеріального тиску слід підняти головний кінець матраца, а при зниженні тиску – підняти нижній кінець (можна підкласти подушки або об'ємні валики).

◆ При значному зниженні артеріального тиску потрібно підшкірно ввести 2 мл кордіаміну, 2 мл 1 % розчину кофеїну, а при необхідності – 1 мл розчину мезатону.

◆ Хворому з тривалим виключенням свідомості й затримкою сечі слід поставити постійний сечовивідний катетер.

## СПЕЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

◆ Затьмарення свідомості свідчить про розвиток психозу. Такого хворого необхідно перевести в психіатричне відділення або встановити біля нього цілодобовий пост. При наявності психомоторного збудження потрібно на короткий час, до медикаментозного купірування, зафіксувати хворого до ліжка.

◆ Про зміни стану хворого необхідно повідомити лікаря.

### Питання для самоконтролю

1. Класифікація і клініка виключення свідомості.
2. Основні види коми.
3. Основні клінічні прояви делірію.
4. Основні клінічні прояви аменції.
5. Диференційна діагностика делірію та онейроїду.
6. Клінічна картина запаморочливих станів.
7. Тактика медичної сестри при наявності виключення або затьмарення свідомості у хворого.

### Соматогенні порушення психіки

У повсякденній практиці медичних сестер соматоневрологічного й акушерсько-гінекологічного профілів найчастіше трапляються соматогенні порушення психіки. Їх поділяють на непсихотичні й психотичні.

Здебільшого виникають непсихотичні порушення психіки. Вони не сягають рівня психозу, але змінюють сприймання внутрішньої картини захворювань, впливають на емоційний стан та самопочуття хворих і якість видужання. Практично у всіх хворих спостерігають астеничний синдром різного ступеня.

**Астеничний синдром** – це стан підвищеної стомлюваності, виснаження, послаблення або втрата здатності тривалий час фізично і розумово працювати.

Характерні афективна лабільність із переважанням зниженого настрою і плаксивості, дратівлива слабкість, яка поєднує в собі підвищену збудливість і швидке виникнення знесилення, а також гіперестезія (підвищена чутливість до світла, запахів, звуків, дотику). Часто хворих турбують головний біль, розлади сну, які проявляються постійною сонливістю або стійким безсонням, різноманітні вегетативні порушення. Типовою є також зміна самопочуття залежно від коливання атмосферного тиску, впливу спеки або інших кліматичних чинників із наростанням стомлюваності, подразливості, слабкості, гіперестезії. Астеничний синдром може бути наслідком різних соматичних хвороб (інфекційних і неінфекційних), інтоксикацій,



органічних захворювань головного мозку, шизофренії. Особливості цього синдрому значною мірою залежать від причини його розвитку. Так, астеничний синдром після соматичних захворювань характеризується так званою емоційно-гіперстенічною слабкістю, при якій підвищена стомлюваність і виснаження поєднуються з несприйнятливістю навіть незначного емоційного напруження, а також з гіперестезією. Астеничний синдром як наслідок черепномозкової травми проявляється дратівливою слабкістю, афективною лабільністю, головним болем і вегетативними порушеннями. У початковий період гіпертонічної хвороби астеничний синдром нагадує “втому, яка не шукає спокою”. При атеросклерозі судин головного мозку з’являється різко виражена стомлюваність, хворий легко переходить від зниженого настрою із плаксивістю до добродушності й ейфорії. При сифілісі мозку виникають брутальність, розлади сну, постійний головний біль. Прогресивному паралічу властиве поєднання підвищеної стомлюваності з явищами затьмарення свідомості, ендокринопатіям – підвищена стомлюваність, млявість, лабільність афекту і розлади у сфері потягів. При астеничному синдромі в клініці шизофренії переважає психічне виснаження, непропорційне розумовому напруженню; ці розлади поєднуються з млявістю і зниженням активності.

У більшості хворих астеничний синдром призводить до зниження порога різних видів сприймання. Медична сестра повинна забезпечити пацієнтам максимум комфортабельності й спокою, тому що хворі з астеничним синдромом не переносять шуму, голосних розмов, світла, різких запахів, тривалих побачень з відвідувачами тощо.

Астеничний синдром у чистому вигляді виникає рідко. Здебільшого до нього приєднуються інші. Найчастіше астеничний синдром поєднується із субдепресивним синдромом, який не сягає рівня психотичного. У такому випадку розвивається **астено-депресивний** синдром. Слід пам’ятати, що астено-депресивний синдром з різним ступенем астенізації і депресивного синдрому розвивається в кожній третій породіллі. Це є звичайним явищем, а симптоми депресії зникають протягом тижня. Якщо депресія довго не проходить, породіллі потребує огляду психіатра, а середній медичний персонал повинен уважно спостерігати за нею, щоб не пропустити початок розвитку психозу. В таких хворих при астенізації мають місце виражене зниження настрою, переживання сумного характеру. Їх тяжко втішити, їм мало що радує. Проте вони не надто заглиблюються у хворобу і лагідна підбадьорлива авторитетна бесіда з медичною сестрою, яка уміє вдало використовувати приклади з минулої практики відділення, допомагає покращити психічний стан хворих.

Якщо до астенізації приєднуються страхи, то такий синдром називають **астено-фобічним**. Виражені страхи (фобії) за впливом на психіку переважають над астеничним синдромом. У практиці кардіологічних відділень досить часто зустрічається кардіофобія. Слід пам’ятати, що серцевий біль стенокардичного характеру практично завжди викликає у хворого реакцію паніки. Скільки разів повторюється серцевий напад, стільки ж разів він суб’єктивно “помирає”. Логічні тверд-

ження про те, що минулі напади минали, мине і цей, хворий не сприймає. Під час серцевого нападу в нього домінує афективна логіка, а страх смерті паралізує волю хворого, і він надіється лише на допомогу медиків. У міжнападний період більшість хворих панічно бояться наступного серцевого нападу.

У багатьох хворих, які перебувають на обстеженні й лікуванні в онкодиспансері, розвивається **канцерофобія**. Деякі хворі панічно бояться померти від будь-якого захворювання або під час інструментального обстеження. Такий стан називають **танатофобією**. Останнім часом поширились **радіофобії** (наслідок аварії на ЧАЕС), **сифіло- і ВІЧ-фобії** (наслідок різкого поширення венеричних хвороб).

Потрібно пам'ятати, що настирливі страхи виникають раптово. Лікувати їх необхідно якнайшвидше, бо чим триваліший їх термін, тим ефективність лікування менша. Тому, якщо медична сестра помітила, що у хворого з'явилися фобії, вона повинна сповістити про це лікаря.

Якщо при астенизації у хворого з'являється стійке переконання в невиліковності захворювання і безнадійності свого стану, такий синдром називають **астено-іпохондричним**. При розвитку цього синдрому хворий заглиблюється у свою хворобу. Він постійно прислухається до свого самопочуття, приділяє багато уваги несуттєвим симптомам, твердо впевнений у тому, що вони загрожують його життю. У спілкуванні він є надто "нудним", коло його інтересів обмежується питанням власного здоров'я. **Іпохондричний** синдром найчастіше розвивається в пацієнтів з психастенією. Якщо вчасно не вжити адекватних заходів, є ризик розвитку змін особистості за іпохондричним типом. Надати ефективну допомогу можна лише на початку формування іпохондричного синдрому. Якщо медична сестра, яка більше, ніж лікар, спілкується з хворим, у довірливій ситуації помічає, що він почав надто заглиблюватись у свою хворобу, вона повинна доповісти про це лікарю, щоб своєчасно вжити адекватних заходів.

Якщо до астенизації приєднуються явища підвищеної невротизації, такий синдром називають **астено-невротичним**. Соматогенний псевдоневротичний синдром має дві основні форми (гіпер- і гіпостенічну), а його клініка подібна до клініки неврастенії, яка описана у відповідному розділі.

Тривалі захворювання можуть призвести до зміни поведінки та характеру хворих. Це порушення називають "**психопатизацією**", або порушенням особистості.

Хворі стають більш вередливими, егоцентричними, в них починає переважати афективна логіка, вони потребують більшої уваги, турботу про себе перекладають на медиків і родичів. Емоційний стан – більш лабільний, хворі нагадують примхливих дітей, на все ображаються, схильні до ситуаційних реакцій, не терплять усе, що пов'язано із хворобою і перебуванням у лікарні, а також неприємні процедури. Медична сестра повинна пам'ятати про це й уміти диференціювати, де своєрідна поведінка зумовлена хворобою, а де просто невихованістю хворого. У першому випадку необхідно делікатно, з розумінням ставитися до психічного стану хворого і тактовно проводити посильну психокорекцію.

У деяких хворих тривале захворювання може призвести до специфічних змін рис характеру. У хворих на виразку шлунка або дванадцятипалої кишки воно викликає так званий "виразковий" характер. Такі хворі постійно всім не задоволені, їм

тяжко догодити, вони стають надто прискіпливими, але конфлікти, як правило, активно не створюють.

При тривалій хворобі печінки і жовчовивідних шляхів у хворих може розвинути “жовчний” характер. Такі хворі активно шукають привід, як би комусь зіпсувати настрої, вони схильні до створення конфліктних ситуацій.

Хворі на гіпертонічну хворобу, незважаючи на погане самопочуття, намагаються багато працювати. Якщо вони займають керівні посади, то нерідко примушують підлеглих працювати до виснаження.

Хворі, які перенесли інфаркт міокарда, здебільшого стають “м’якшими”, більш делікатними, намагаються уникнути конфліктних ситуацій.

При тяжких хронічних захворюваннях у деяких пацієнтів розвивається схильність до дисфорії й експлозивних ситуаційних реакцій.

Медична сестра повинна пам’ятати, що хвороба може змінювати характер і поведінку хворих, та проявляти максимум тактовності й деонтології при спілкуванні з ними і виконанні професійних обов’язків.

До непсихотичних порушень психіки, які зустрічаються у практиці медсестер будь-якого профілю, належать також різні форми **виключення свідомості** (знепритомнення, оглушення, сопор і кома). Клініку і тактику медсестер описано в розділі “Порушення свідомості”.

У деяких хворих може виникати **судомний синдром** (еклампсія вагітних, правець, отруєння різними отрутами, набряк мозку, гіпертонічний криз, органічне ураження головного мозку, істеричний та епілептичний напади, епілептичний статус, судоми в немовлят тощо). Клініку розгорнутих судомних нападів і тактику медсестри детально описано в розділах “Епілепсія” і “Неврози”. При розвитку судомного нападу необхідно вжити заходів, спрямованих на профілактику самоушкодження хворого (підкласти під його голову подушку, при можливості вийняти зубні вставні протези, забрати небезпечні в плані травмування предмети, які є біля хворого). Під час нападу і відразу після нього медсестра повинна зробити в журналі спостережень записи. Необхідно якнайшвидше сповістити про напад лікаря, щоб він встиг побачити його перебіг.

Іноколи внаслідок інфекційних, соматоневрологічних захворювань та пологів можуть розвинути соматогенні психози з відповідними психічними синдромами.

Діагноз **соматогенний психоз** встановлюють на основі наявності своєрідної тріади:

- ◆ психоз розвивається при соматичному або інфекційному захворюванні;
- ◆ чим тяжчий соматичний стан, тим більш вираженими є прояви психозу;
- ◆ після покращання соматичного стану або одужання психоз проходить.

Винятком є ревматизм, при якому психоз може розвинути у будь-якій фазі захворювання, в тому числі й при затуханні активних проявів основного захворювання. Клінічна картина ревматичних психозів здебільшого нагадує параноїдну або кататонічну форму шизофренії (див. розділ “Ендогенні психози”).

Для інфекційних захворювань із вираженою інтоксикацією і високою темпера-

турою найбільш характерним психотичним синдромом є делірій. Його клініку описано в розділі “Порушення свідомості”. Інфекційні делірії переважно виникають у дітей, а також в осіб, які хворіють на алкоголізм. Такі хворі потребують цілодобового й індивідуального нагляду і тимчасового м’якого фіксування до ліжка.

Значно рідше інфекційні хвороби здатні викликати **аменцію, запаморочливі стани й онейроїд**. Клініку цих станів також описано в розділі “Порушення свідомості”. Розвиток аменції свідчить про різке погіршення загального стану хворих, що є загрозою для життя. Такі хворі потребують особливої уваги. Найчастіше аментивний синдром з’являється при черевному тифі або в термінальній стадії будь-якого соматичного або інфекційного захворювання.

Найбільшу кількість інфекційних психозів спостерігають при пандеміях тяжких форм грипу. Дільнична медична сестра повинна переконати хворих у необхідності дотримання ліжкового режиму і призначень лікаря. Особливо це стосується хворих жінок, які, збивши температуру, порушують ліжковий режим і починають займатися домашніми справами. Саме в цих жінок найчастіше розвиваються ускладнення, особливо пневмонії і **діенцефальні синдроми**, лікування яких потребує тривалого часу і не завжди призводить до повного видужання.

Напади **психомоторного збудження** з некерованою поведінкою характерні для сказу. Такі хворі потребують ізоляції і належного догляду. В міжнападний період свідомість хворого ясна.

Для соматоневрологічних захворювань найбільш типовими є **соматогенні депресії і параноїди**. Клініку основних синдромів цих станів описано в розділі “Порушення емоцій”. Слід пам’ятати, що в деяких хворих, які дізнаються про своє невиліковне захворювання (наприклад, рак), може розвинути **гострий реактивний психоз** із суїцидом. Тому медична сестра повинна строго дотримуватися принципів медичної таємниці, не надавати інформацію відвідувачам і вживати належних заходів, щоб карта стаціонарного хворого не потрапила до хворих.

**Маніакальний синдром** інколи розвивається у хворих із безбольовими формами інфаркту міокарда. Вони намагаються порушити ліжковий режим, що може призвести до фатальних наслідків. У таких випадках хворі підлягають тимчасовій м’якій фіксації до ліжка.

Деякі хворі мають підвищену чутливість до певних медикаментів. Застосування атропіну або препаратів з атропіноподібною дією навіть у звичайних дозах може викликати **атропіновий, або медикаментозний, делірій**, гормонів кори надниркових залоз – **маніакальний стан**. Медична сестра повинна про це пам’ятати і приділяти таким хворим особливу увагу.

При сприятливому перебізі соматогенні та інфекційні психози повністю проходять. У період видужання у хворих певний час має місце астеничний синдром у різних модифікаціях.

Проте інколи психічні порушення повністю не проходять, а трансформуються в певні стійкі психопатологічні синдроми, які змінюють особистість хворого, а інколи



**Психоорганічний синдром**



**Хворий з органічним ураженням центральної нервової системи**

призводять до інвалідності.

У хворих із психастенією в преморбіді можуть розвинути стійкі **зміни особистості за іпохондричним типом**, в інших залишаються різноманітні фобії. Такі хворі потребують не стільки медикаментозного лікування, скільки тактової адекватної психотерапії, елементами якої повинна володіти медична сестра.

Якщо патологічний процес уражає головний мозок (судинні захворювання, інсульти, травми, оперативні втручання, цукровий діабет, уремія, інтоксикація, менінгіти, енцефаліти тощо), у хворого розвивається **психоорганічний синдром**.

**Психоорганічний синдром** – це зниження вольової діяльності, пам'яті, уваги та інтелекту внаслідок органічного ураження головного мозку.

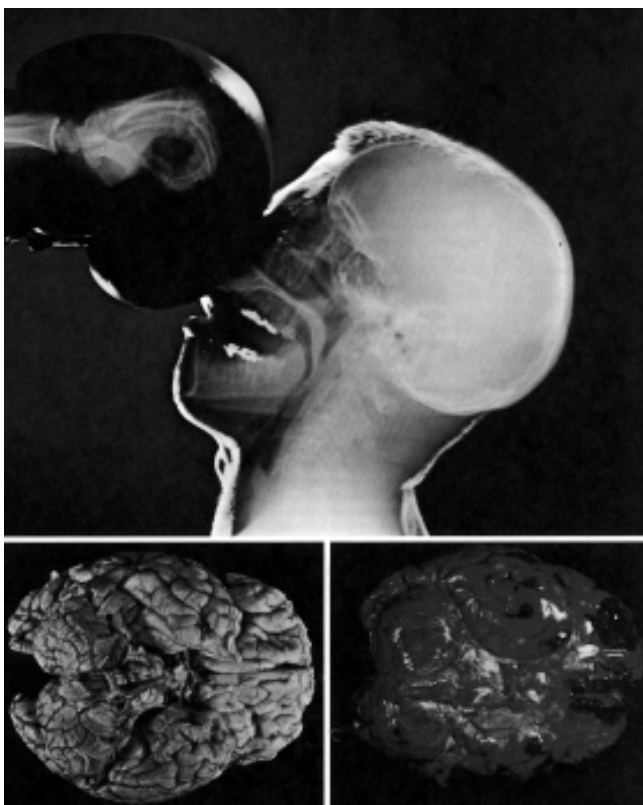
Зниження останньої сфери психіки може сягати рівня деменції (див. розділ “Порушення пам'яті та інтелекту”). Медичні сестри повинні з розумінням ставитись до таких дефектів психіки і бути терплячими при догляді за цими хворими.

На сьогоднішній день найбільш поширеними соматичними захворюваннями, які призводять до виражених змін психіки, є атеросклероз судин головного мозку, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, онкологічні хвороби, туберкульоз, цукровий діабет, черепномозкові травми. У зв'язку зі значним поширенням венеричних захворювань можна очікувати зростання кількості хворих із прогресивним паралічем і психічними порушеннями внаслідок ВІЧ-інфікування.

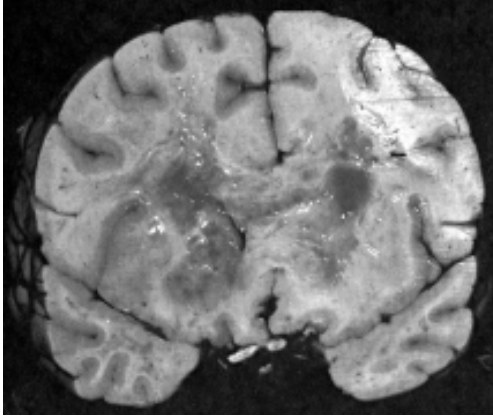
Практично всі ці захворювання при прогресивному перебізі здатні призводити до **корсаківського синдрому, енцефалопатії** та психоорганічного синдрому із зниженням пам'яті та інтелекту, яке може сягати рівня деменції. Догляд за таки-

ми хворими має певні особливості. Так, хворі на атеросклероз судин головного мозку вночі часто не зорієнтуються, де знаходяться. Після відвідування туалету вони не можуть знайти свою палату. Тому таких хворих бажано розмістити в палатах, які знаходяться біля туалету, а ще краще залишати їм на ніч посудину для збирання сечі. На обстеження поза межами відділення хворих повинен супроводжувати медперсонал, щоб вони не заблукали.

Хворі, в яких внаслідок інсульту розвинулась **афазія**, часто схильні до неадекватних емоцій з експлозивністю і брутальністю. Вони можуть кидати здоровою рукою різні предмети, без причини ридати, битись, мова їх обмежена окремими вигуками, а нерідко – елементами нецензурних виразів. Медична сестра повинна розуміти, що така поведінка є наслідком хвороби. Необхідно спокійно і ввічливо виконувати свої обов'язки та проводити роз'яснювальну роботу з родичами хворих, яких пригнічує їх психічний стан. Хворих на ішемічну хворобу серця та з тяжкими формами гіпертонічної хвороби потрібно розмістити в палатах, які знаходяться біля сестринського поста, щоб при розвитку серцевого нападу або гіпертонічного кризу вчасно їх діагностувати і надати необхідну допомогу. Крім того, їх необхідно розмістити в палатах з іншими хворими, а не в окремих, щоб при погіршенні стану було кому покликати медсестру. Це ж стосується і хворих на цукровий діабет, у



**Черепно-мозкові травми  
та їх наслідки**



Пухлина головного мозку

на побачення з відвідувачами. У гострий період черепно мозкової травми у хворих може затьмаритись свідомість (найчастіше бувають **делірії або запаморочливі стани**). Про це потрібно постійно пам'ятати, а при розвитку психозу хворого необхідно тимчасово зафіксувати до ліжка. Хворі з посттравматичним корсаківським синдромом потребують постійного стороннього нагляду.

Особливістю психічних порушень у хворих на злоякісні онкологічні хвороби є наявність у багатьох із них своєрідної **анозогнозії**. Незважаючи на прогресуюче погіршення самопочуття й об'єктивного стану, більшість хворих надіються і вірять, що злоякісні новоутворення є в інших хворих, а в них має місце інше, в принципі виліковне, захворювання. Медичні сестри повинні підтримувати віру хворих у видужання, а в безнадійних випадках – рятувати їх від морального “знищення”, тоді лікування буде ефективнішим. У деяких хворих, які дізнаються від родичів (знайомих) правду, можуть розвинути афективні стани і реактивні психози з суїцидальними тенденціями, причому навіть тоді, коли лікування проходить успішно і є підстави сподіватися позитивних результатів. Ось чому середній і молодший медичний персонал повинен дотримувати принципів медичної деонтології і не розголошувати медичну таємницю.

Потрібно обережати психіку інших хворих. Агонуючого хворого бажано перевести в окрему палату або відгородити від інших розсувною шторою.

Хворі на туберкульоз можуть порушувати лікарняний режим. Більшість з них зловживають спиртними напоями. Деякі свідомо або підсвідомо “мстять” суспільству і намагаються заразити туберкульозом інших людей: вони спльовують харкотиння куди завгодно, тільки не в індивідуальну посудину для збирання харкотиння. Таких хворих необхідно рішуче “поставити на своє місце”. Виражена туберкульозна інтоксикація здатна викликати **маніакальний синдром** (див. розділ “Порушення емоцій”). Якщо різні варіанти астеничного синдрому у хворих на туберкульоз змінились на маніакальний стан, а суб'єктивно хворі почали почувати себе

яких може розвинути непередбачена діабетична кома. Їжу пацієнти повинні зберігати в холодильнику, але хворі на цукровий діабет деякі продукти із вуглеводами, які легко засвоюються організмом, повинні тримати у своїй тумбочці (цукор, цукерки, мед, варення тощо).

Хворим із черепно мозковою травмою призначають ліжковий режим мінімум на три тижні. Медичні сестри повинні контролювати дотримання цього правила і не піддаватися вмовлянням хворого, що йому вже легше і він може самостійно ходити в туалет чи

сповненими сил і енергії, це означає, що насправді об'єктивний стан їх різко погіршився. Такі хворі можуть порушувати лікарняний режим. Вони стають ейфоричними, некритично ставляться до свого стану, будують для себе нереальні плани. У них розгальмовуються інстинкти, особливо статевий. Гіперсексуальність призводить до безладних статевих зв'язків, зростає ризик зараження венеричними захворюваннями, з'являються підстави для ревнощів з боку партнера. Про зміну емоційно-вольового стану медична сестра зобов'язана доповісти лікарю.

В останні роки у зв'язку з катастрофічним падінням моральності, впливом порнографічної літератури та низькопробної зарубіжної еротичної кінопродукції спостерігається епідемічне зростання частоти венеричних захворювань, особливо серед молоді. Є всі підстави сподіватися найближчим часом зростання кількості хворих із прогресивним паралічем (серед нелікованих хворих або тих, хто займався самолікуванням чи користувався послугами не фахівців), а також збільшення кількості ВІЧ-інфікованих. Медичні сестри зобов'язані проводити посилену санітарно-просвітницьку роботу, спрямовану на профілактику цих захворювань, які мають руйнівний вплив на соматичний і психічний стан хворих. Ось чому медичні сестри повинні мати необхідний об'єм знань про ці хвороби.

**Прогресивний параліч** – результат пізнього сифілітичного ураження головного мозку, при якому переважають дифузні, здебільшого дистрофічні, процеси з боку нервової системи.

Інкубаційний період від зараження сифілісом до початку захворювання на прогресивний параліч триває пересічно 10-13 років (від 4-6 до 15).

Своєчасне розпізнання хвороби на початковій стадії (псевдоневрастенічній, препаралітичній) має велике значення для ефективності лікування. Для цієї стадії характерні підвищена стомлюваність, зниження працездатності, дратівливість, прогресуючий головний біль. Вранці виникають відчуття розбитості й втоми, вдень – сонливість; спостерігають послаблення апетиту або ненажерливість. На початковій стадії хвороби можна виявити зниження здатності хворого коригувати власні помилки, критично ставитись до свого стану, тобто наявні елементи початкового порушення інтелекту і зміни особистості.

Неврологічний статус характеризується зніченими порушеннями (міозом, іноді мідріазом, анізокорією, неправильною формою зіниць). Одними з ранніх симптомів хвороби є млявість або відсутність реакції зіниць на світло при збереженні її на акомодацию і конвергенцію (**симптом Аргайлля Робертсона**); паретичність лицевих м'язів; маскоподібне обличчя, асиметрія носогубних складок, нерівномірність очних щілин. Виникають фібрилярні посмикування м'язів язика і колових м'язів рота. Сухожильні рефлекси підвищені, іноді нерівномірні або знижені. Можуть з'явитися табетичні симптоми (відсутність колінних і ахіллових рефлексів, порушення чутливості та координації рухів) навіть за відсутності табесу.

Характерною ознакою прогресивного паралічу є порушення тонких моторних актів (мови і письма). Зокрема, до ранніх симптомів належить дизартрія (мова



стає невиразною, “змазаною”).

Тривалість першої стадії хвороби – від декількох тижнів до кількох місяців.

У стадії повного розвитку хвороби основним синдромом є *прогресуюче недоумство*, яке в поєднанні з іншими психопатологічними проявами зумовлює клінічну форму хвороби.

**Простій дементній формі** властиве тотальне недоумство з порушенням пам'яті, благодушністю, загальною зміною особистості, розгальмованістю потягів. Ця відносно повільно прогресуюча форма виникає найчастіше. Для експансивної форми (класичної) типовими є ейфорично піднесений настрій, бундючне, безглузде маячення величчя (мегаломанічного, грандіозного характеру). Наприклад, хворий стверджує, що має 2118 дітей, бочки з діамантами. Іноді виникають стани, що нагадують маніакальне збудження. Однак при клінічному й експериментальному дослідженні легко виявити характерний симптом – недоумство.

На основі уродженого сифілісу в підлітків (10-15 років) розвивається **юнацький (ювенільний) параліч**. Звичайно спостерігається дементна форма, нерідко в

поєднанні з ознаками соматичної неповноцінності (недорозвинення печінки, залоз внутрішньої секреції тощо) і психічного недорозвитку, які є наслідком уродженого сифілісу. Часто при цій формі виявляють вогнищеві симптоми (повна рефлекторна нерухомість зінниць, атаксія, симптом Бабінського).



**Кретинізм**

поєднанні з ознаками соматичної неповноцінності (недорозвинення печінки, залоз внутрішньої секреції тощо) і психічного недорозвитку, які є наслідком уродженого сифілісу. Часто при цій формі виявляють вогнищеві симптоми (повна рефлекторна нерухомість зінниць, атаксія, симптом Бабінського).

Остання стадія (маразм) характеризується різким виснаженням хворих, трофічними порушеннями, пролежнями. Відзначають глибоке недоумство і розлади мови. Хворі звичайно знерухомлені, не можуть себе обслуговувати, можливі лише елементарні, некоординовані рухи. Іноді порушується ковтання. Хворі поперхуються їжею, внаслідок чого може виникнути аспіраційна пневмонія. Порушується робота сфінктерів. Смерть настає від інсульту, захворювань, що приєднуються (пневмонія тощо), чи фізичного маразму.

Загальна тривалість хвороби (без лікування) – близько 3 роки. Один період переходить в інший поступово.

Диференційна діагностика прогресивного паралічу спирається на психопатологічні, неврологічні симптоми і дані серологічних досліджень на сифіліс, які відіграють вирішальну роль.

Лікування проводять у стаціонарних умовах. Воно ґрунтується на загальних

принципах терапії паралічу, а також третьої стадії сифілісу (антибіотики групи пеніциліну, препарати вісмуту, йоду на основі піротерапії).

**Психоендокринні порушення** виникають часто внаслідок ураження гіпофізу, мікседеми, а також кретинізму, і проявляються порушеннями інтелектуально-мнестичної та емоційних сфер.

Хворих із соматогенними та інфекційними психозами здебільшого лікують у загальносоматичних та інфекційних лікарнях. Етіологічна терапія полягає в лікуванні основного захворювання, яке викликало психоз.

Первинна профілактика полягає в профілактиці соматичних та інфекційних хвороб, а вторинна – в ранньому й ефективному їх лікуванні.

### Узагальнення та практичні поради

◆ Будь-яка соматична або інфекційна хвороба обов'язково призводить до порушення психіки, яке здебільшого має непсихотичний характер. Психічний стан значною мірою впливає на перебіг основної хвороби. Медична сестра повинна уважно спостерігати за психічним станом хворого і про зміну його негайно доповісти лікарю.

◆ Різні форми непсихотичних і психотичних порушень психіки потребують диференційованої медикаментозної корекції. Застосування психофармакологічних препаратів для того, щоб хворий заспокоївся, здебільшого погіршує його психічний стан. Наприклад, при депресії у хворого з'являється виснажливе безсоння, а призначення аміназину (щоб хворий краще спав) посилює депресію. Тому медична сестра повинна строго виконувати призначення лікаря.

◆ В астенозованих хворих поріг сприймання знижений. Звичайні подразники для них є надсильними. Медична сестра повинна забезпечити охоронний режим.

◆ Хвороба може змінювати характер і поведінку хворого. Медична сестра повинна вміти диференціювати, що залежить від хвороби, а що – від поганого виховання.

◆ Якщо у хворого розвинувся соматогенний або інфекційний психоз, біля нього необхідно встановити цілодобовий індивідуальний пост. При психомоторному збудженні хворого слід тимчасово зафіксувати до ліжка.

◆ Хворі зі зниженням пам'яті та інтелекту повинні бути під пильним наглядом чергового медперсоналу, їх краще розмістити в загальних палатах під нагляд сусідів.

◆ Якщо хворий не орієнтується, де знаходиться, його потрібно забезпечити посудиною для збирання сечі або поставити постійний сечовивідний катетер із сечоприймачем.

◆ Якщо у хворого розвинувся соматогенний психоз, медична сестра не має права допускати до нього відвідувачів або розголошувати інформацію про його психічний стан. Вони можуть поширювати чутки про те, що хворий збожеволів. Це викличе небажані наслідки в моральному і соціальному планах.

◆ Медична сестра повинна добре орієнтуватись в основних соматичних по-

рушеннях психіки і вмiти доглядати за хворими.

◆ Якщо прогноз хвороби не сприятливий або у хворого має місце венеричне захворювання, медична сестра повинна зберігати це в таємниці.

### **Питання для самоконтролю**

1. Класифікація непсихотичних порушень психіки, зумовлених соматичними та інфекційними хворобами.
2. Класифікація та клініка варіантів астенічного синдрому.
3. Основні зміни характеру й особистості, зумовлені хронічними захворюваннями.
4. Критерії діагностики соматогенного психозу.
5. Особливості порушень психіки, зумовлених судинною патологією.
6. Типові зміни психіки при туберкульозі.
7. Типові зміни психіки, зумовлені онкологічними хворобами. Необхідність збереження медичної таємниці.
8. Особливості догляду за хворими зі зниженням пам'яті та інтелекту.
9. Клініка та особливості догляду за ВІЧ-інфікованими хворими та хворими на прогресивний параліч.

### **Функціональні розлади психіки**

Медичним сестрам, які працюють у лікувальних закладах будь-якого профілю, у своїй повсякденній трудовій діяльності доводиться стикатись із хворими, в яких розлади психіки мають функціональний, перехідний характер. Здебільшого такі психічні порушення є непсихотичними. Відповідно до сучасної Міжнародної класифікації хвороб (10-й перегляд), вони входять у рубрику "Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади" (F 4).

У зв'язку з тим, що в доступній студентам і медичним сестрам навчальній та довідковій літературі подано традиційну вітчизняну нозологію, для кращого розуміння матеріалу нижче наведено дві термінології: згідно з МКХ-10 та згідно з традиційним нозологічним аналогом. Це невротичні психогенні реакції (ситуаційна психогенна реакція, невроз тривожного очікування, панічні розлади), неврози у вигляді неврастенії, дисоціативних або конверсійних розладів (істеричний невроз), нав'язливих думок, фобій і компульсивних дій (невроз настирливих станів), соматизовані й соматоформні розлади (психосоматичні хвороби). Інколи психогенні розлади психіки проявляються дисоціативними й конверсійними (істеричними) психозами, гострою реакцією на стрес та посттравматичними стресовими розладами (гострі й затяжні реактивні психози).

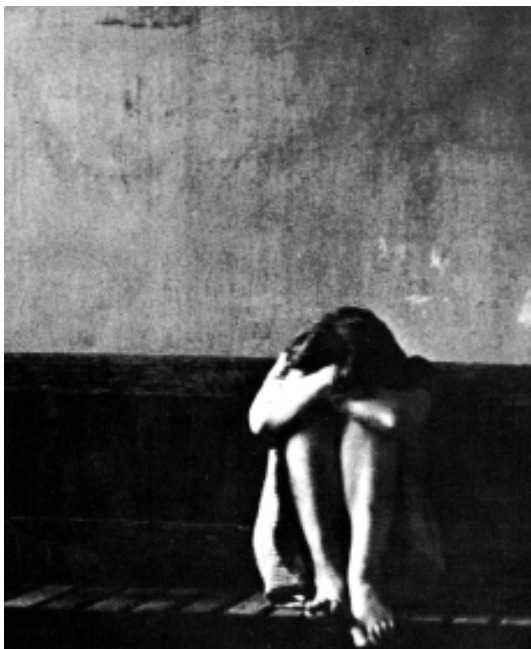
### **Невротичні психогенні реакції**

*Ситуаційна психогенна реакція.* У більшості хворих, які звернулись за ме-

дичною допомогою і після обстеження дізнались, що в них є небезпечно для здоров'я, продовження професійної діяльності або для життя захворювання, що обов'язково вимагає відповідного, нерідко тривалого, лікування, розвиваються ситуаційні психогенні невротичні реакції. Останні практично завжди розвиваються у хворих на ішемічну хворобу серця, туберкульоз, сифіліс, цукровий діабет, із ВІЧ-інфекцією, прогресуючою хронічною нирковою недостатністю, ускладненими формами виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, онкологічними хворобами тощо.

Психічний і загальний стан хворого різко погіршується тоді, коли він отримає від медика інформацію про наявність у нього серйозного захворювання й усвідомить можливі негативні наслідки (в слабоумних та дементних хворих і гіпертимних психопатів ці реакції практично не виникають, тому що вони адекватно не усвідомлюють свій стан).

Яскравим прикладом психогенної ситуаційної реакції є сифілітична неврастенія. Людина, яка почуває себе практично здоровою, звертається до дерматовенеролога з приводу висипки на шкірі. Після обстеження вона дізнається, що причиною висипки є сифіліс. Усвідомлення цього факту призводить до погіршення загального стану, розвитку астенізації нервової системи, поліморфних розладів соматичного стану і дисфункції вегетативної нервової системи (загальна слабкість, головний біль, запаморочення, біль у ділянці серця, серцебиття, нестійкість артеріального тиску, порушення сну й апетиту, втрата маси тіла, біль у шлунку і кишечнику, проноси, гіпергідроз, тремор пальців витягнутих рук тощо).



Тривожно-фобічні розлади

Думки хворого концентруються навколо захворювання й його можливих наслідків. Настрій набуває депресивних і іпохондричних рис. Вольові риси здебільшого знижуються, інколи з'являються психопатоподібні риси характеру. Деякі хворі "з горя" запивають, виявляють реакцію паніки або істерії.

Практично у всіх хворих, які обстежуються або отримують лікування, розвиваються різні прояви **неврозу тривожного очікування**. Вони з тривогою очікують результатів лікування. Деякі починають читати доступну літературу, присвячену виявленій у них наявній хворобі. У багатьох розвивається своєрідна амбівалентність у сприйманні інформації про своє захворювання. Вони формально сприй-

мають інформацію кваліфікованих медиків і, разом з тим, користуються внутрішньо-лікарняними чутками, особливо розповідями “колишніх” хворих, які часто лікуються з приводу загострень аналогічного захворювання. Більшість хворих із такою патологією успішно виліковують, але пацієнт, якого госпіталізували в лікувальний заклад, цього не знає, бо їх вже виписали зі стаціонару. Деякі хворі з прогресивним перебігом хвороби і частими загостреннями “осідають” у лікарні на тривалий час і створюють негативний психологічний клімат у плані прямого або опосередкованого навіювання неефективності лікування.

Хворі з вираженими тривожними переживаннями практично завжди вивчають інструкції, які стосуються дії призначених ліків. Внаслідок своєї вибірковості сприймання, зумовленої тривогою, вони надто емоційно сприймають дані про можливі побічні дії й ускладнення (які насправді виникають дуже рідко), чим знижують потенційну ефективність медикаменту, або навіть самонавіюють негативні наслідки його застосування.

У більшості хворих виникає тривога за своє майбутнє: “Чи вистачить грошей, щоб купити необхідні медикаменти?”; “Чи зможе він після виписання з лікарні приступити до роботи?”; “Чи не позбудеться він роботи внаслідок скорочення?”; “Чи не загрожує йому інвалідність?”; “Як ідуть справи в сім’ї?” тощо.



Малюнок пацієнта з тривожно-панічними нападами

Тривожні переживання посилюються перед неприємними втручаннями медичного характеру (операціями, болючими перев’язками, ендоскопічними дослідженнями, зондуванням тощо). Напередодні проведення зондування дванадцятипалої кишки хворий практично завжди отримує негативну інформацію про суб’єктивне переживання цієї процедури від інших хворих. Його думки і переживання концентруються навколо майбутніх “тортур”. Хворий напередодні погано спить, вдень із тривогою чекає на процедуру зондування. Він суб’єктивно переживає в уяві неприємні відчуття. Тому напередодні краще не говорити хворому про це втручання (буде краще спати), а якщо хворий вже знає про це, то необхідно виконати неприємну процедуру якнайшвидше.

Ситуаційні реакції і психогенні тривожні стани проходять після успішного вилікування основного зах-

ворювання, вирішення проблеми, яка викликає тривогу, або в тих випадках, коли хворий переоцінить свій стан, змириться з наявністю хронічного патологічного процесу чи каліцтва, спрямує всі сили та енергію на адекватне лікування і реабілітацію.

Винятком є напади надмірної тривоги і страху, які практично завжди виникають при гострих нападах серцевого болю, зумовлених стенокардією, або інфарктом міокарда. У цих випадках страх за своє життя “звужує” самоусвідомлення хворим свого стану до рівня страху смерті. Скільки разів повторяється серцевий напад, стільки ж разів хворий буде суб’єктивно “помирати”.

**Панічні розлади** (епізодична пароксизмальна тривога). Симптоми нападів сильної тривоги (паніки) в різних хворих не однакові, але завжди спостерігають серцебиття, яке виникає раптово, біль у ділянці серця або інших частинах грудної клітки, ядуху, запаморочення, відчуття нереальності (деперсоналізацію або дереалізацію). Постійно з’являються вторинний страх смерті, боязнь втрати самоконтролю або небезпеки збожевоління. Переважно такі атаки тривають декілька хвилин, інколи довше. Під час панічної атаки наростає неконтрольований страх із втратою самовладання і з’являються виражені вегетативні розлади, які призводять до того, що хворі намагаються якнайшвидше залишити місце, де знаходяться. Якщо таке відбувається в специфічній ситуації, наприклад в автобусі або поліклініці, то хворий старається обминати ці місця. В інших нападах страху з’являються тоді, коли хворий залишається наодинці.

Медична сестра, яка є помічником лікаря, повинна глибоко усвідомити, що факт захворювання викликає у хворих і їх родичів емоційний стрес, який нерідко сягає значного ступеня. Розлади адаптації (ситуаційні психогенні реакції, пароксизмальні панічні розлади, неврози тривожного очікування) – обов’язкові компоненти психологічного відреагування інтелектуально повноцінної людини на усвідомлення хвороби. Ці реакції значною мірою формують аутопластичну (внутрішню) картину хвороби і визначають тип суб’єктивного відреагування на неї.

Нерідко психічний стан хворого за своїм впливом на загальне самопочуття є набагато тяжчим, ніж наявні об’єктивні розлади, викликані хворобою. Згідно з **феноменом Йореса**, вираженість суб’єктивно неприємних відчуттів в основному прямо пропорційно залежить від функціональних змін і здебільшого обернено пропорційно вираженості органічних порушень. Винятком є хворі на інфаркт міокарда і хворі з метастазуючим злоякісним новоутвореннями.

Медична сестра повинна дбати про належний охоронно-психологічний клімат, вчасно помічати зміни психічного і загального стану хворих, адекватно застосовувати елементи раціональної й опосередкованої психотерапії. Послаблення проявів стресу, поліпшення психічного стану хворого, поглиблення віри в успішне лікування – найважливіші аспекти професійної діяльності медсестри.

## **Неврози (невротичні розлади)**

**Неврози** – це порушення вищої нервової діяльності й нейровегетативних

функцій, що розвиваються переважно в емоційній сфері, під впливом психічних травм або тривалого емоційного напруження, коли зміни мислення і загальної поведінки спричинені станом афекту.

Зрив вищої нервової діяльності виникає внаслідок того, що змінюються стан і взаємозв'язок між основними нервовими процесами, а саме між їх силою і рухливістю, якщо до них ставлять надто високі вимоги. На неврози здебільшого хворіють особи з меланхолічним і холеричним темпераментом, тоді як при сангвінічному і флегматичному темпераменті зриви спостерігають рідко. Розвитку неврозів сприяють соціальні умови, соматичний і психічний стан у момент психотравми, загальна перевтома.

Для всіх видів неврозів характерні такі основні групи клінічної симптоматики:

1. Розлади самоконтролю: дискомфорт, головний біль, відчуття розбитості (особливо після сну), підвищена втомлюваність, зниження працездатності, знесилання.
2. Емоційні розлади: лабільність настрою, сенситивність, подразливість, схильність до депресивних реакцій, страхів і настирливих побоювань, бурхливі афективні спалахи з подальшим виснаженням, неадекватність емоційної реакції силі подразника, недостатність контролю за емоційними реакціями.
3. Розлади ефektorно-вольової сфери і потягів: порушення апетиту і сексуальної функції, настирливі потяги і дії, недостатній контроль за поведінкою.
4. Розлади інших психічних функцій:
  - 4.1. Уваги (підвишене виснаження, неуважність, відволікання або приковування до неприємних відчуттів).
  - 4.2. Пам'яті (забудькуватість, труднощі при запам'ятовуванні й відтворенні інформації).
  - 4.3. Мислення (настирливі думки, афективне мислення, концентрація думок навколо своєї хвороби).
  - 4.4. Відчуття і сприймання (гіпер-, гіпо- й анестезії, парестезії, сенестопатії, неприємні відчуття в органах і ділянках тіла з розладами їх діяльності, функціональна сліпота, глухота).
  - 4.5. Свідомості й самосвідомості (афективне звуження свідомості при психотравмуючих обставинах).
5. Сомато-вегетативні розлади: гіпергідроз, приплив жару, посилений дермографізм, тахікардія, лабільність пульсу і артеріального тиску, закрепи, нудота, прискорення сечопуску, енурез, ядуха, функціональні парези і паралічі, заїкання, тремор тощо.

При неврозах, особливо при їх маніфестації, виявляють симптоми всіх згаданих груп розладів. У процесі подальшого перебігу, залежно від преморбідних особливостей, на перший план виходять порушення або психічних, або сомато-вегетативних функцій.

Основними різновидами неврозів є неврастенія, невроз нав'язливих (настирливих) станів та істерія. Розвиток певного виду неврозу значною мірою залежить від типу вищої нервової діяльності. У людей із художнім типом її, в яких перша сигнальна система (підкіркові процеси) переважає над другою (кора великого мозку), здебільшого розвивається істеричний невроз. До неврозу нав'язливих станів схильні особи з розумовим типом вищої нервової діяльності, в яких друга сигнальна система превалює над першою. Більшості людей властивий змішаний тип нервових процесів, найчастіше в них розвивається неврастенія.

**Неврастенія** характеризується наявністю різноманітної симптоматики: соматичної, неврологічної, психопатологічної. Соматична симптоматика не пов'язана з яким-небудь захворюванням внутрішніх органів, проте часто така виразна, що змушує хворого постійно звертатися до лікарів.

Переважно спостерігають прояви розладу функцій серцево-судинної системи: тахікардію, іноді сповільнення пульсу, відчуття болю, завмирання або стискання в ділянці серця тощо. Частими є порушення діяльності травного тракту: зниження або “примхи” апетиту, нудота, розлади випорожнень. Іноді спостерігається почашення сечовипускання без збільшення діурезу. В жінок можуть з'явитися ті чи інші відхилення в менструальному циклі, в чоловіків – явища імпотенції, які проявляються різними формами порушення статевого потягу та ерекції.

Із загальних симптомів можна виділити гіперестезію до зовнішніх подразників (світла, звуку тощо) і погане самопочуття, яке хворим іноді важко описати. Виникають також відчуття тяжкості в голові (“мутна голова”), головний біль невизначеної локалізації, запаморочення тощо. Характерні порушення сну: хворі довго не можуть заснути, часто прокидаються, сон не досить глибокий, тому не приносить задоволення, навіть якщо тривалість його достатня.

Неврологічний статус характеризується підвищенням сухожильних рефлексів, тремором витягнутих рук, сильною пітливістю та іншими ознаками подразнення вегетативної нервової системи.

Психопатологічна симптоматика неврастенії добре визначається терміном “дратівлива слабкість”. Характерними є поганий настрій та емоційна лабільність, яка, на відміну від такої при істерії, поєднується із швидким виснаженням нервових процесів. Емоційні “вибухи” виникають легко і нерідко з незначного приводу. Після цього хворий розкаюється у своїй поведінці, ніяковіє. Типовою є також схильність до плаксивості, навіть у чоловіків. Працездатність, насамперед розумова, знижена, однак нерідко хворий під впливом тонізуючих психічних чинників може “зібратися” і виконати належний обсяг роботи. При неврастенії немає якісних інтелектуальних порушень. Хворі скаржаться на забудькуватість, порушення запам'ятовування, особливо в повсякденному житті, й болісно переживають це. Такі розлади є наслідком порушення уваги, слабкості її концентрації і минають без сліду. Загальна поведінка хворих не врівноважена, зокрема під час спілкування з людьми, що по-



в'язано з емоційною нестійкістю.

Розрізняють дві форми неврастенії: гіпер- і гіпостенічну. При гіперстенічній формі переважають симптоми дратівливої слабкості, при гіпостенічній – явища астенизації нервової системи (загальна слабкість, млявість, непереносимість будь-яких подразників і навантажень, зниження загального життєвого тону).

**Невроз нав'язливості** характеризується появою настирливих станів після психічної травми. Клінічно проявляється синдромом нав'язливості.

**Нав'язливі сумніви** – це невпевненість у правильності здійснюваних або здійснених дій, що настирливо виникає всупереч логічним доказам.

Наприклад, хворий сумнівається в тому, чи правильно написав документ, чи вимкнув електроприлади тощо, незважаючи на неодноразову перевірку ним виконаної дії.

**Нав'язливі спогади** – це надокучливі спогади про сумну, неприємну або ганебну для хворого подію всупереч намаганням про неї не думати.

**Нав'язливі уявлення** – це поява неправдоподібних уявлень, які хворий сприймає за реальність попри їхню абсурдність.

Наприклад, хворий переконаний у тому, що похований родич був живий, при цьому він уявляє і болісно переживає страждання “уявно померлого” в могилі.

**Нав'язливі потяги** (схильності) – це намагання здійснити якусь вкрай небажану дію, яке супроводжується відчуттям жаху й паніки за неможливість звільнитися від таких потягів.

Хворого охоплює бажання кинутися під поїзд або штовхнути під нього близьку людину, вбити жорстоким чином свою дитину чи дружину, причому він відчуває нестерпний страх від того, що це відбувається (контрастні потяги).

**Нав'язливі страхи** (фобії) – це нав'язлива і безглузда боязнь висоти, великих вулиць, відкритих або обмежених просторів, скупчення людей, страх захворіти на невиліковну хворобу або несподівано померти. Нерідко вони супроводжуються ритуалами – одноманітними діями із закликаннями.

Такі дії хворі виконують із метою захисту від нещастя, всупереч критичному ставленню до них. Наприклад, минаючи арку, замість того, щоб іти під нею, хворий нібито захищає близьких від лиха; розпочинаючи якусь справу, хворий повинен двічі ляснути пальцями або вимовити “заповітне” слово (щоб унеможливити невдачу).

До нав'язливостей афективно нейтрального змісту належать нав'язливі мудрування, пригадування забутих термінів, формулювань, настирлива лічба.

**Нав'язливі дії** – це рухи, які хворий робить всупереч своєму бажанню, незважаючи на зусилля утриматись від їх виконання.

Одні з нав'язливих дій заповнюють його думки доти, доки не будуть реалізовані, інші не помічаються ним. Для того, щоб утриматись від нав'язливих дій, хворий

повинен невідступно стежити за собою, хоча для нього це дуже обтяжливо.

Близькими за клінічною картиною до неврозу нав'язливості є **психастенія** і **психастенічний невроз**, які, згідно з МКХ-10, відносять до рубрики "Інші специфічні невротичні розлади".

Для цього виду неврозу характерні:

- ◆ переважання явищ астенізації;
- ◆ постійне загальне відчуття напруги з важкими передчуттями;
- ◆ панування уявлень щодо своєї соціальної неспроможності, власної непривабливості й приниженості відносно інших;
- ◆ підвищена стурбованість щодо критики на свою адресу;
- ◆ небажання вступати в контакт без гарантії сподобатися, ухилення від соціальної або професійної діяльності, яка пов'язана із значними соціальними контактами, у зв'язку з наявністю страху критицизму, несхвалення або ігнорування;
- ◆ обмеженість життєвого і соціального укладу через потребу у фізичній і психологічній безпеці.

Диференційна діагностика необхідна для розмежування неврозу нав'язливості та шизофренії, мозкового атеросклерозу і наслідків енцефаліту. Відмітною ознакою неврозу нав'язливості, а на початку хвороби і єдиним психопатологічним проявом, є саме нав'язливість. Інтелектуальних розладів немає. Якщо хвороба набуває тривалого перебігу і недостатньо піддається лікуванню, вона може впливати не тільки на особистість хворого, а й на його подальшу долю.

**Істерія.** Клінічна картина хвороби характеризується значною лабільністю емоцій і переходом психічного компонента в соматоневрологічний. Це єдина форма неврозу, при якій можливі якісні зміни свідомості. Практично всі симптоми істерії мають захисний для хворого характер відповідно до конкретної психотравмуючої ситуації.

Вони приносять особі певну моральну вигоду, оскільки дають змогу позбутись якогось іншого важкого переживання. Через це істерію можна розглядати як своєрідне фізіологічне захисне явище, що виникає під впливом надпотужного подразника. Наприклад, мати отримала несподівану звістку про трагічну загибель сина. Чекаючи, коли привезуть його тіло, вона з жахом подумала, що не зможе бачити сина мертвим, і раптово осліпла. Істерична сліпота згодом пройшла.

Емоційна лабільність при істерії проявляється різкою зміною емоцій, нестійкістю їх, однак, на відміну від неврастенії, вони відзначаються високою наснагою, майже

невичерпні, незважаючи на бурхливі прояви. Хворий, який голосив, плакав, поринав у відчай, часто без особливих зусиль заспокоюється, крім того, до нього досить

Істеричний напад	Епілептичний напад
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Починається під час або після хвилювання.</li> <li>2. Падіння хворого м'яке, без серйозних ушкоджень, оскільки він залишається притомним. Спостерігають лише звуження свідомості зі збереженням інстинктивних захисних механізмів.</li> <li>3. Різноманітні рухи тулуба і кінцівок, іноді різке вигинання тулуба таким чином, що тільки потилиця і ноги торкаються землі або ліжка. Нерідко виникають манерні, дивацькі рухи (пози).</li> <li>4. Колір шкіри обличчя не змінюється, іноді спостерігають її почервоніння.</li> <li>5. Язик не ушкоджений, іноді хворі прикушують губу або внутрішню поверхню щоки, дихання посилене.</li> <li>6. Рефлекси: зіничні – збережені, вдається розтулити стиснуті повіки, шкірні – відсутні, сухожилльні – збережені, можуть підвищуватися.</li> <li>7. Порушень функції тазових органів немає.</li> <li>8. Реакція на зовнішні подразники своєрідна: за відсутності відповіді можливе послаблення судом, через що краще дати хворому спокій.</li> <li>9. Напад триває довго, іноді годинами.</li> <li>10. Після нападу інколи виникає легка дрімота або відчуття розбитості.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Починається здебільшого без зовнішніх причин.</li> <li>2. Раптова непритомність, підвищення м'язового тону, падіння (часто обличчям додолу з подальшим поверненням на спину внаслідок судом), часті ушкодження.</li> <li>3. Фазні судоми – спочатку тонічні, потім клонічні.</li> <li>4. Різке збліднення шкіри обличчя, надалі посиніння її.</li> <li>5. Прикушування язика (з боків), піна з рота, яка часто забарвлена кров'ю. Дихання різко порушене.</li> <li>6. Усі рефлекси відсутні, після нападу нерідко виявляють рефлекс Бабінського.</li> <li>7. Мимовільне сечовипускання, рідше – дефекація, еякуляція.</li> <li>8. Реакція на зовнішні подразники відсутня.</li> <li>9. Тривалість нападу – 2-5 хв.</li> <li>10. Після нападу спостерігають глибокий сон або оглушення, іноді недовгочасні, рідше тривалі, запаморочливі стани свідомості, відчуття розбитості, біль у м'язах, головний біль, зрідка альбумінурія.</li> </ol>

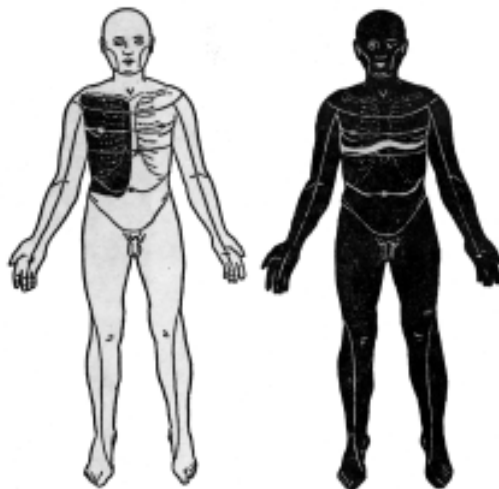
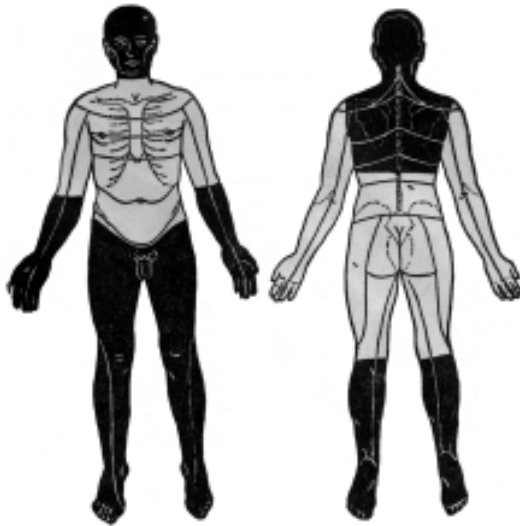
легко може повернутись добрий настрій. Така лабільність емоцій може призвести до нестійкості у бажаннях, намірах, поведінці, симпатіях і антипатіях.

Крім емоційної лабільності, характерним психопатологічним симптомом істерії є навіювання (самонавіювання й здатність піддаватися навіюванню з боку інших осіб).

Значні сила і лабільність емоцій можуть іноді зумовлювати порушення свідомості за типом сновидно затьмареної (істеричний делірій) і хворобливо звуженої (істеричний запаморочливий стан). Запаморочливий стан при істерії являє собою чистий тип хворобливо звуженої свідомості без оглушення та інших ознак її порушення.

Із соматичних симптомів спостерігають тахікардію, задишку, відчуття завмирання серця, стан, що нагадує непритомність, часте сечовипускання, порушення апетиту, блювання, нудоту, пронос, у жінок – розлади менструального циклу.

Неврологічні симптоми істерії також дуже різноманітні. Їх поділяють на явища подразнення і явища випадання в руховій та чутливій сферах, а також у ділянці різних аналізаторів. Явища подразнення в чутливій сфері й у ділянці аналізаторів характеризуються різким підвищенням чутливості до всіляких подразників (гіперестезія до світла, звуків, дотику, больового подразнення тощо), у рефлекторній



**Види розладів чутливості при істерії  
(конвертивних розладах)  
(чорний колір – ділянки анестезії)**

сфері – підвищенням рефлексів із розширенням їх зони, в руховій сфері – тиками, сіпанням, тремором, хореїформними та іншими рухами. До явищ випадання належать істеричні сліпота, глухота, глухонімота. Найяскравішим проявом подразнення в руховій сфері є істеричний напад.

### **Критерії диференційної діагностики істеричного й епілептичного нападів**

Явища випадання в чутливій сфері характеризуються різким зниженням чутливості аж до відсутності всіх видів її. Вони, як і явища подразнення, не відповідають анатомічним зонам, інервацію яких забезпечують периферичні нерви.

При неврозі рухові розлади, пов'язані з випаданням у руховій сфері, проявляються паралічами та парезами. Вони, як і чутливі, не відповідають іннерваційним порушенням периферичного характеру, хоча парези нерідко мають периферичний тип. При цьому випадає також цілісна функція (рухи кисті й усієї верхньої кінцівки, ступні й усієї нижньої кінцівки тощо), що свідчить про центральний характер порушень. Сухожильні рефлекси можуть підвищуватись.

**Лікування неврозів.** Першочергове значення має усунення впливу на хворого несприятливих емоційних чинників, а якщо це неможливо,

то необхідно змінити ставлення хворого до психотравмуючого фактора. З цієї метою застосовують різні психотерапевтичні методи, зокрема раціональну психотерапію, різноманітні види гіпнотерапії й автотренінгу (самонавіювання) (див. розділ «Психотерапія»).

З лікарських засобів рекомендують загальнозміцнювальні, седативні й тонізуючі, інколи призначають невеликі дози нейролептичних препаратів. Заспокійливі засоби звичайно показані на початку лікування (препарати валеріани, еленіум,

тазепам, седуксен), надалі рекомендують тонізуючі препарати (настоянки женьшеню і китайського лимонника, екстракт елеутерококу, пантокрин тощо). Велике значення в лікуванні неврозів мають вдало підібрані фізіотерапевтичні процедури (повітряні, хвойні ванни, франклінізація, гальванізація, дарсонвалізація). Лікування бажано проводити в умовах денного стаціонару або амбулаторно. Лише в тяжких випадках або коли хворий не має можливості постійно відвідувати дільничного психіатра чи психотерапевта, показано стаціонарне лікування.

Медичні сестри, які працюють у дитячих закладах (дитячих відділеннях лікарень, дитячих дошкільних закладах, школах, літніх таборах відпочинку тощо), нерідко мають справу з таким непсихотичним розладом психіки, який, згідно з МКХ-10, називають **тривожним розладом у зв'язку з розлукою в дитячому віці**.

Для немовлят і дітей дошкільного віку є нормальним поява певного ступеня тривоги у зв'язку з реальною або загрожуючою розлукою з людьми, до яких вони прихильні. Цей розлад вважають патологічним лише тоді, коли тривога сягає ступеня, який виходить за межі звичайних проявів і створює значні проблеми в плані соціального функціонування як дитини, так і її сім'ї та дитячого закладу, де перебуває ця дитина.

Такі тривожні розлади можуть набувати форми:

- ◆ нереального неспокою, який поглинає всі емоції, помисли й уявлення дитини, думок про те, що її розлучають із близькими людьми, загублять, вкрадуть, назавжди залишають у стаціонарі, вб'ють;

- ◆ впертого небажання йти в дитячий дошкільний заклад або школу через страх розлуки, а не через інші причини, наприклад, низьку успішність або погане ставлення з боку ровесників;

- ◆ впертого небажання або відмови спати без особи, до якої дитина відчуває велику прихильність, неадекватного страху самотності або страху залишитись самому вдома, нічних жахів, які часто повторюються;

- ◆ рецидивної появи соматичних і вегетативних симптомів (нудоти, болю в животі, блювання, проносу, головного болю тощо) при розлуці з особою, до якої дитина відчуває надмірну прихильність (коли потрібно йти в дитячий дошкільний заклад, школу тощо);

- ◆ повторних надмірних емоційних дистресів, що проявляються тривогою, плачем, подразливістю, стражданнями, апатією або соціальною аутизацією при передчутті під час або відразу після розлуки з особою, до якої дитина відчуває прихильність.

Медична сестра повинна вміти правильно розпізнавати тривожні розлади. Наприклад, лікар, який приймає дитину на лікування в дитяче відділення, бачить типовий для такої ситуації психічний стан дитини, який він кваліфікує як звичайну минущу реакцію протесту (вид ситуаційної реакції), а чергові медичні сестри, які постійно спостерігають за дитиною, відзначають, що її мучать нічні жахи, тоді як вдень вона апатична й аутична тощо.

Правильне описання душевного стану і поведінки дитини черговою медсестрою допоможе лікарю підібрати адекватний метод психокорекції і покращити якість лікування або соціальної реадаптації при необхідності перебування дитини в школі або дошкільному закладі.

Нерідко медичні сестри маніпуляційних кабінетів мають справу з психогенним знепритомненням, яке, згідно з МКХ-10, віднесено в рубрику “**Специфічні невротичні розлади**”. Ці непсихотичні розлади психіки досить часто виникають у молодих чоловіків під час забору венозної крові для аналізів або внутрішньовенних ін’єкцій. Медична сестра повинна забезпечити проведення відповідних заходів безпеки, щоб запобігти травмуванню хворих внаслідок знепритомнення, і мати наготові розчин аміаку (нашатирний спирт), кордіамін і мезатон (або адреналін) для надання невідкладної долікарської допомоги в разі тривалого знепритомнення з вираженими явищами колапсу.

**Невротичний розвиток особистості** – це сталі за клінічними проявами, практично незворотні зміни всієї особистості людини, зумовлені тривалим перебігом неврозу, коли зафіксують “входження” або “втечу” у хворобу.

Розвиток цього стану може призвести до стійкої соціально-трудової дезадаптації хворого, а відтак закінчитися його інвалідністю.



Картина хворої з відчуттям страху та паніки

Лікування проводять в основному амбулаторно. Періодично, при розвитку стану декомпенсації, хворого госпіталізують у відділення неврозів або в денний стаціонар, де лікують згідно з принципами лікування неврозів.

Профілактика невротичного розвитку особистості полягає в запобіганні розвитку неврозів і своєчасному якісному лікуванні їх у період виникнення.

### **Реактивні та постстресові психози**

**Реакція на сильний стрес і порушення адаптації (реактивні психози).** Реактивні психози, які згідно з МКХ-10 віднесені в рубрику “Реакції на сильний стрес і порушення адаптації”, – це патологічні реакції

психотичного рівня на психічні травми або несприятливі ситуації, що викликають страх, тривогу, образи, тугу чи інші негативні емоції.

Вирішальне значення для розвитку реактивного психозу мають характер і сила психічної травми, преморбідне тло. Реактивні психози найчастіше виникають в осіб, які хворіють на психопатію, перенесли черепномозкову травму, а також в ослаблених інфекційними, соматичними захворюваннями, інтоксикаціями, тривалим безсонням, авітамінозами тощо.

Серед реактивних психозів розрізняють:

- ◆ афективно-шокові реакції;
- ◆ реактивну депресію;
- ◆ реактивний параноїд;
- ◆ істеричні психози.

**Афективно-шокові психогенні реакції** викликаються раптовим сильним афектом, що звичайно супроводжується страхом у зв'язку із загрозою для життя (пожежа, землетрус, повінь тощо). Клінічно ці реакції проявляються реактивним збудженням і реактивним ступором. При реактивному збудженні раптово виникає хаотичне немотивоване психомоторне збудження. Хворий кидається в різні сторони, кричить, благає про допомогу. Таку поведінку спостерігають при психогенному запаморочливому стані свідомості з порушенням орієнтування і подальшою амнезією.

**Реактивний ступор** проявляється заціпенінням, що виникає раптово: люди-



**Реактивна депресія**

на завмирає, не може зробити жодного руху, сказати хоча б слово (**мутизм**). Він триває від декількох хвилин до декількох годин, інколи довше. При цьому часто розвивається виражене напруження м'язів. Хворий лежить в ембріональній позі або витягується на спині. Очні щілини, як правило, широко розкриті, міміка відображає переляк чи безмежний відчай. При згадці про психотравмуючу ситуацію хворий блідне або червоніє, вкривається потом, у нього з'являється тахікардія. Цей стан закінчується сном і амнезією. Психомоторна загальмованість може не досягати ступеня ступору. В цих випадках хворі частково контактують з людьми, хоча відповідають корот-

ко, розтягуючи слова. Рухи скуті, повільні. Свідомість звужена або виключена до ступеня оглушення.

Рідко у відповідь на раптову і сильну психотравмуючу дію настає так званий **емоційний параліч** – тривала апатія з байдужим ставленням до загрозової ситуації і навколишнього середовища.

**Затяжні психогенні психози** проявляються реактивною депресією та реактивним параноїдом.

**Реактивна депресія.** Смерть близької людини, тяжкі життєві невдачі здатні викликати реакцію депресії. У цьому стані хворі пригнічені, вираз обличчя в них скорботний, хода повільна, можуть тривалий час сидіти в одноманітній позі з опущеною головою або лежати, підібгавши ноги, байдужі до всього, спілкуються мало і неохоче. Переживання сконцентровані навколо обставин, які пов'язані з психічною травмою. Думки про неприємну подію невідступні, деталізуються, стають надцінними, а інколи трансформуються в маячення. Психомоторна загальмованість часом досягає рівня депресивного ступору. Коли до туги приєднується тривога, страх або гнівливність, може розвинути психомоторне збудження: хворі голосно плачуть, заламують руки, б'ються головою об стіну, роблять спроби самогубства. Психоз проходить через певний час після вирішення психотравмуючої ситуації або після примирення з її наслідками. При розвитку реактивної депресії хворого повинен оглянути лікар-психіатр, щоб госпіталізувати його в психіатричну лікарню для запобігання самогубству й організації належного лікування.

**Реактивний параноїд** – це патологічна реакція психотичного рівня на психічну травму чи несприятливу ситуацію, наприклад маячний синдром. Клінічно він може проявитись різноманітними симптомами. В одних випадках виникають маячні ідеї переслідування, стосунків, впливу при вираженому страху і розгубленості. При цьому зміст маячних ідей, як правило, відображає психотравмуючу ситуацію. Навколишнє середовище піддається маячній інтерпретації, набуває особливого значення. В інших випадках, крім маячних ідей, у хворих виникають слухові галюцинації такого самого змісту. Поведінка хворих визначається не реальним оцінюванням дійсності, а їх маячними переконаннями.

Виділяють і деякі атипіві форми реактивного параноїду.

В осіб, які страждають на психопатію, під впливом психотравми може виникнути **кверулянтне (сутяжне) маячення**. Такі хворі схильні активно боротися з усілякими, здебільшого уявними, недоліками, пишуть у різні інстанції скарги, протести, вимоги, з великою підозрою ставляться до всіх, кого ця “справа” прямо чи опосередковано стосується. У людей із поганим слухом може розвинути **маячення переслідування приглухлих**. У них виникають стійка тривожна підозрливність, ідеї стосунків, переслідування. Такі розлади можливі й у тому випадку, коли людина потрапляє в іншомовне оточення і незнання чужої мови створює їй труднощі в спілкуванні. Тривалість реактивного параноїду найчастіше обмежується днями, але інколи психоз затягується на місяці. Хворі на реактивний параноїд здебільшого є небезпечними для оточуючих, а відтак потребують консультації лікаря-



психіатра.

### Узагальнення та практичні поради

◆ Багато людей, у тому числі й деякі медики, розуміють сутність неврозів як прояв слабкої волі, бажання хворих “грати на публіку”, установчу поведінку і небажання налагодити адекватні соціально-трудова стосунки. Насправді це не так. Хворі на невроз страждають від захворювання. Вони вимагають тривалого комплексного лікування з обов’язковим проведенням психотерапевтичної корекції.

◆ Зневажливе або іронічне ставлення до хворих на невроз недопустиме. Разом із тим, не варто приділяти надмірну увагу хворим, надто часто оглядати їх. Така тактика може дати зворотний ефект: хворий буде впенений у тому, що у нього є тяжке небезпечне захворювання. Медична сестра щодо цього хворого в проявах своєї уваги повинна дотримувати принципу “золотої середини”.

◆ У разі виникнення у хворого на істерію нападу істерики потрібно дати безпечний заспокійливий препарат (наприклад, настоянку кореня валеріани), залишити його наодинці. Сторонніх глядачів (інших хворих, відвідувачів) необхідно вивести з палати. Потрібно пам’ятати: чим довше будеш біля хворого, тим триваліший напад істерики. До нього необхідно викликати лікаря.

◆ Основний метод лікування пацієнтів з невротичними розладами – психотерапія (див. розділ “Медсестринська психотерапія”).

◆ Якщо медична сестра запідозрила, що хворий агрує або симулює свій стан, вона не має права сказати йому про це, а повинна попередити лікаря.

◆ Хворі з ймовірно безнадійним прогнозом (при злоякісних пухлинах, ВІЧ-інфекції, тяжких формах променевої хвороби тощо), які знають свій діагноз, схильні до суїцидальних тенденцій. Медична сестра повинна вжити всі належні заходи щодо збереження медичної таємниці й профілактики самогубств.

◆ При розвитку реактивного психозу біля хворого необхідно негайно встановити індивідуальний пост і викликати лікаря.

### Питання для самоконтролю

1. Класифікація функціональних перехідних розладів психіки.
2. Сутність і клініка ситуаційної реакції та неврозу тривожного очікування.
3. Клініка реакції паніки.
4. Основні психологічні типи реагування хворого на свою хворобу.
5. Причини неврозів, їх класифікація.
6. Клініка неврастенії.
7. Клініка неврозу настирливих станів і психастенічного неврозу.
8. Клініка істерії. Тактика медичної сестри при істеричному нападі.
9. Клініка тривожного розладу у зв’язку з розлукою в дитячому віці.
10. Тактика медичної сестри при психогенному знепритомненні.
11. Сутність невротичного розвитку особистості.
12. Наведіть класифікацію системних і органних неврозів.

## Психосоматичні захворювання

У зв'язку з тим, що в навчальній і довідковій літературі, доступній студентам-медикам і медичним сестрам, практично відсутня інформація, присвячена психосоматичним розладам, які згідно з МКХ-10 віднесено в рубрику “Соматизовані розлади”, автори підручника прагнуть висвітлити це питання глибше, ніж інші. Сучасну медичну сестру не можна вважати грамотним фахівцем і надійним помічником лікаря, якщо вона не засвоїть необхідний об'єм знань із психосоматики, яка знаходиться на стику психіатрії і загальносоматичної медицини.

Грамотна медична сестра, озброєна сучасними знаннями про соматизовані розлади, надає велику допомогу лікарю щодо запідозрення й верифікації діагнозу – психосоматичні розлади. При наявності прихованої депресії чергові медсестри звертають увагу лікаря на циркадність посилення болю, погіршення загального стану хворого і зміни його вітального тону. У цієї групи хворих біль посилюється, а загальний стан погіршується здебільшого в другій половині ночі й вранці. Особливо показовим є циркадність змін вітального тону. Після неповноцінного нічного сну хворий вранці не має відчуття, що він відпочив, відчуває себе розбитим, йому важко піднятися з ліжка, навіть для того, щоб вмитися і почистити зуби, апетит відсутній, його ніщо не цікавить. Під вечір вітальний тонус хворого дещо, а часом і значно, покращується. З'являються апетит і інтерес до подій, які відбуваються навколо нього. Він жваво контактує з іншими хворими, черговим медперсоналом, відвідувачами, починає щось читати, слухає радіо або дивиться телепередачі. Періодичні напади болю суттєво не впливають на достатньо задовільний життєвий тонус ввечері.



**Прихована депресія може проявлятися головним болем**

Для органних і системних неврозів характерні наявність стійкого іпохондричного фону, відсутність чітко визначеного циркадного ритму зміни вітального тону, виражені симптоми вегетативної дисфункції під час погіршення стану, що має тісний зв'язок з дією психотравмуючої ситуації.

Медична сестра забезпечує належний лікувально-охоронний режим цій специфічній групі хворих, переконує їх проявити настирливість у тривалому лікуванні й не змінювати досвідченого лікаря-куратора на іншого. Пряма і опосередкована психотерапія, яку грамотно та адекватно обставинам проводить медична сестра, створює сприятливий фон

для успішного лікування соматизованих розладів.

На сьогоднішній день внаслідок зниження рівня життя, психічного перевантаження та постійних стресів часто розвиваються так звані психосоматичні захворювання. Це хвороби з різноманітною клінічною картиною, що імітують різні соматоневрологічні захворювання. Вони зумовлені прихованою депресією або неврозом якогось органа чи системи. Протягом певного періоду (місяці, а часто і роки) ці хворобливі стани мають функціональний характер, при своєчасному діагностуванні їх успішно лікують. Проте тоді, коли діагноз був встановлений неправильно, через деякий час функціональні порушення переходять в органічні зміни або інтенсивна терапія хіміофармацевтичними препаратами викликає розвиток так званої “медикаментозної хвороби”. Встановлено, що не менше 30-50 % осіб, які звертаються із різноманітними скаргами в поліклініки і стаціонари, є практично здоровими людьми, які потребують лише адекватної корекції емоційного стану. Окрім цього, щонайменше у 25 % людей, в яких насправді є соматичні хвороби велике значення в клінічній картині відіграють невротичні розлади.

У виникненні психосоматичних розладів значну роль відіграє дія 5 факторів:

- ◆ фрустраційна та емоційна напруженість;
- ◆ енергетичний потенціал і антистресова стійкість;
- ◆ контроль над соціальною поведінкою;
- ◆ розвиток ендогенної прихованої депресії;
- ◆ розвиток органних або системних неврозів.

Розрізняють такі диференційно-діагностичні критерії, за допомогою яких можна запідозрити наявність психосоматичного захворювання:

- ◆ атиповість клінічних проявів;
- ◆ невідповідність клінічних проявів результатам об’єктивного параклінічного обстеження;
- ◆ неефективність лікування в спеціалістів соматоневрологічного профілю.

**Прихована депресія** – це ендогенний депресивний стан, при якому на перший план в клінічній картині захворювання виходить велика кількість різноманітних соматичних скарг, власне психічні афективні її прояви стерті, нерідко виступають за їх фасадом (синоніми “соматизовані розлади”, “депресія без депресії”, “замаскована депресія”, “латентна депресія”, “вегетативна депресія”, “соматична циклотимія”).

Вважають, що близько 15-25 % осіб, які звертаються і лікуються в лікарів-інтернів, насправді мають приховану депресію. Відомо, що прихована депресія – це стан, який може зумовлювати високий суїцидний ризик.

Численні сомато-вегетативні порушення зводяться до таких варіантів маскованої депресії:

1. Алгічно-сенестопатичний:
  - кардіалгічний (біль у ділянці серця);

- цефалгічний (головний біль);
- абдомінальний (біль у різних ділянках живота).

2. Агрипічний (стійке безсоння).

3. Діенцефальний: а) вегетативно-вісцеральний (періодична тахікардія, пітливість, відчуття жару, нестачі повітря, посилена перистальтика шлунка і кишечника, псевдопозиви на дефекацію); б) псевдоастматичний (нападоподібно виникають порушення частоти, ритму і глибини дихання із суб'єктивним відчуттям ядухи); в) вазомоторно-алергічний (періодично, найчастіше восени або навесні, з'являється відчуття закладення носових ходів з утрудненням носового дихання, відчуття тяжкості або оніміння в ділянках гайморових пазух).

4. Обсесивний.

5. Наркоманічний (проявляється псевдозапоями).

6. Порушення сексуальної сфери.

#### **Критерії диференційної діагностики прихованої депресії**

◆ Наявність субдепресивних станів із погіршенням самопочуття і вітального тону під кінець ночі й вранці та покращанням суб'єктивного стану ввечері.

◆ Наявність різноманітних сомато-вегетативних поліморфних скарг, які не стосуються певної конкретної хвороби. Характерними є стійкість, тривалість і топографічна атипівність болю та неприємних відчуттів.

◆ Наявність розладів вітальних функцій (порушення сну, апетиту, схуднення, статевої порушення, менструальні розлади)

◆ Особливості перебігу захворювання: періодичність і хвилеподібність сомато-вегетативних і психічних розладів, спонтанність їх виникнення і зникнення, схильність до сезонності (осінньо-весняні) проявів захворювання.

◆ Відсутність ефекту від соматичної терапії і наявність ефекту від застосування антидепресантів.

◆ Позитивна аміназино-еозинофільна проба. У хворого визначають кількість еозинофілів у периферичній крові натще вранці, а потім – через 30 хв після внутрішньом'язової ін'єкції 1 мл 2,5 % розчину аміназину. Збільшення загальної кількості еозинофілів більш як на 30 % із великим ступенем вірогідності свідчить про наявність прихованої депресії.

◆ Стандартизований тест ММРІ. Підвищення балу за шкалою депресії вказує на приховану депресію, а всіх чи більшості “емоційних” шкал (істерії, маніакальної, депресивної, іпохондрії і, певною мірою, психопатизації і соціальної інтроверсії) – на невротичні зміни особистості.

#### **Основні клінічні форми прихованої депресії**

**Кардіалгічний синдром.** Хворі скаржаться на біль і неприємні відчуття різного характеру в ділянці серця. Біль має стискаючий, ниючий, щемливий чи сверблячий характер. Виникають відчуття судоми, пульсації, печії, стискання в передсердній ділянці, сильні серцебиття і перебої. Здебільшого біль не минає досить довго (від тижня до кількох місяців) і має тупий характер, значно рідше гост-

рий, колючий, пекучий біль має нападopodobний характер, що нагадує стенокардію. Біль, який виникає в ділянці серця, може розповсюджуватись на всю грудну клітку, віддавати в шию, лопатку, живіт і голову. Поява болю не пов'язана з фізичним навантаженням, він виникає після емоційного напруження, а частіше спонтанно, як правило, перед світанком або вранці. Своєрідний сенестопатичний характер і тривалість болю, добові коливання інтенсивності больового синдрому (найбільш виражений вранці, покращання стану ввечері), відсутність характерних змін на ЕКГ, неефективність судинорозширювальних препаратів, а також позитивна реакція на антидепресанти і зникнення симптоматики в процесі лікування ними свідчать про те, що причиною кардіалгічного синдрому є прихована депресія.

**Цефалгічний синдром.** Хворі скаржаться на тяжкий, інколи нестерпний, головний біль. Нерідко він має сенестопатичне забарвлення. Хворі відчувають печію, розпирання, горіння, тяжкість, пульсацію, стискання, оніміння. Досить часто біль має мігруючий характер (то в лобно-скроневій, то в потиличній, то в тім'яній ділянці).

Локалізація головного болю не відповідає топографічним зонам іннервації черепа і судинним басейнам. Як правило, він виникає вночі, після раннього пробудження, найбільш інтенсивний перед світанком і вранці, поступово зменшується до середини дня і майже повністю зникає або значно зменшується до вечора. Періодично на фоні дифузного, тупого головного болю виникають короточасні напади інтенсивного, пульсуючого болю. Аналгетики і спазмолітики не знімають біль, а лише знижують його інтенсивність. Характер перебігу і проявів головного болю, періодичність (інколи сезонність), добова динаміка, відсутність або незначне вираження неврологічної симптоматики, наявність стертих депресивних порушень, які виявляють за допомогою **тесту Кільцгольца**, та ефект від застосування антидепресантів дозволяють віднести цей тип головного болю до проявів прихованої депресії.

**Абдомінальний синдром.** Мають місце біль, спазми, парестезії в епігастральній ділянці по ходу кишечника і в ділянці печінки, відчуття тяжкості, стискання, переповнення, розпирання, вібрації шлунка, здуття кишечника, нудота, вимушена відрижка. Біль найчастіше має затяжний, постійний, ниючий, розпираючий, тупий характер, проте періодично на цьому фоні виникає короточасний, сильний, мігруючий, "блискавичний" біль. Біль, як правило, залежить від часу доби (найбільш інтенсивний вночі та вранці) і не залежить від характеру їжі.

Спостерігають зниження апетиту, зменшення маси тіла, дискінетичні розлади (запори, рідше проноси, відчуття здуття, переповнення кишечника).

Спонтанність виникнення, періодичність і сезонність проявів, характер болю, які не вкладаються в симптоматику якогось конкретного захворювання шлунково-кишкового тракту, добова динаміка, відсутність або незначне вираження органічної патології, відсутність ефекту від соматичної терапії і покращання стану від лікування антидепресантами свідчать про наявність прихованої депресії.

**Агрипічний варіант** проявляється вираженими розладами сну. Хворі звичайно легко засинають, але через 3-5 годин раптово пробуджуються, ніби від

“внутрішнього поштовху”. Відтак до ранку хворі не можуть заснути або через 2-3 год впадають у дрімотний стан. Вранці вони прокидаються з відчуттям загальної розбитості, сонливості, несвіжості, тяжкості в голові. Працездатність знижена. Виникає підвищена подразливість. Особливо погане самопочуття в першій половині дня. До середини дня загальний стан покращується, з'являється апетит, відновлюється працездатність.

Спонтанність виникнення, періодичність проявів, ранні прокидання, добове самопочуття, відсутність ефекту від приймання снодійних засобів, покращання загального стану та нормалізація сну в результаті проведення терапії антидепресантами свідчать про те, що причиною розладів сну є прихована депресія.

**Діенцефальний синдром** є найбільш складним за своєю структурою. Виділяють вегетативно-вісцеральний, вазомоторний, вазомоторно-алергічний і псевдоастматичний типи порушень.

Початок нападу має раптовий характер, здебільшого він виникає вночі або вранці. Напад закінчується літично з появою відчуття слабості, інколи сонливості. Частого, масивного сечопуску після нападу переважно не спостерігають. Тривалість нападу коливається від 0,5 до 20,0 год.

**Диференційно-діагностичні критерії.** Велика кількість соматичних скарг, які не стосуються якоїсь визначеної хвороби, відсутність або незначне вираження органічних змін, періодичність проявів сомато-вегетативних порушень, їх сезонність, добові коливання больового синдрому і, що важливо, вітального тону, самопочуття, а також позитивна реакція на антидепресанти, дають підстави запідозрити, що соматичний “фасад” не є чимось супровідним, а проявом прихованої депресії.

Згідно з діагностичними критеріями з DSM-III-R, при будь-якій непсихотичній формі депресії, в тому числі і прихованій, виникає не менше двох із наведених шести ознак:

- ◆ Поганий апетит.
- ◆ Безсоння або сонливість.
- ◆ Зниження активності або втомлюваність.
- ◆ Занижена самооцінка.
- ◆ Ускладнена концентрація уваги або труднощі в прийнятті рішень.
- ◆ Відчуття безнадійності.

Для диференційної діагностики використовують біологічну (аміназиново-еозинофільну пробу)

**Соматоформні вегетативні дисфункції (органні й системні неврози).** Функціональні псевдосоматичні порушення в рамках системного неврозу мають такі прояви:

1. Синдром психоневрологічних розладів:
  - психогенна гіперестезія;
  - психогенний головний біль;
  - психогенні невралгії;

- псевдокорінцевий синдром;
  - синдром “непокоїних ніг”;
  - психогенні дискінезії;
  - гіпоталамічний синдром.
2. Функціональні розлади діяльності серця:
    - психогенні кардіалгії;
    - психогенні розлади серцевого ритму;
    - кардіофобія;
    - синдром псевдокоронарної недостатності.
  3. Судинна дистонія:
    - артеріальна гіпотензія;
    - артеріальна гіпертензія.
  4. Психогенний псевдоревматизм:
    - кістково-м’язові алгії;
    - вегетативні порушення;
    - синдром западання стулок мітрального клапана.
  5. Психогенна ядуха.
  6. Психогенний абдомінальний синдром:
    - розлади апетиту;
    - психогенна нудота і блювання;
    - функціональні запори і проноси;
    - абдомінальні алгії.
  7. Психогенні урологічні розлади:
    - психогенна дизурія;
    - психогенна цисталгія.
  8. Психогенні сексуальні розлади:
    - імпотенція;
    - фригідність;
    - передчасна еякуляція.
  9. Психогенні реакції шкіри (нейродерматит).
  10. Термоневроз.

Вважають, що сомато-вегетативні “маски” невротичного генезу розвиваються в людей, схильних до неврозів або невротичного типу відреагування. У зв’язку з цим, вищеперераховані синдроми найчастіше виникають у людей, схильних до короткочасних чи більш тривалих невротичних реакцій.

Згідно з діагностичними критеріями з DSM-III-R, наявність 4 і більше з 13 нищеперерахованих порушень, які виникають і перебігають нападopodobно у вигляді своєрідних “атак”, із великим ступенем вірогідності вказує на схильність до три-возно-фобічного невротичного типу відреагування:

- ◆ Утруднене дихання (диспное) або відчуття ядухи.
- ◆ Запаморочення, відчуття нестійкості або непритомність.

- ◆ Тахікардія або посилене серцебиття.
- ◆ Тремтіння.
- ◆ Пітливість.
- ◆ Задишка.
- ◆ Нудота або абдомінальний дискомфорт.
- ◆ Дерезалізація і деперсоналізація.
- ◆ Затерплість або парестезії.
- ◆ Почервоніння (приплив жару) чи озноб.
- ◆ Біль або дискомфорт у грудях.
- ◆ Страх смерті.
- ◆ Страх збожеволіти або втратити контроль над собою.

В інших людей після перенесеної психотравми протягом місяця і більше спостерігають деякі із симптомів:

1. Психотравмуючу подію хворий знову і знову переживає принаймні в одному з перерахованих варіантів:

- нав'язливі болючі спогади про психотравмуючу ситуацію, які повторюються;
- тяжкі сни, пов'язані з цією подією, які повторюються;
- виражене психічне напруження при виникненні ситуацій, які викликають якусь психологічну асоціацію з перенесеною психотравмою.

2. Вперте уникнення подразників, які свідомо чи підсвідомо пов'язані з перенесеною психотравмою:

- зусилля, спрямовані на уникнення думок і відчуттів, пов'язаних із психотравмою;
- зусилля, спрямовані на уникнення дій або ситуацій, що нагадують про перенесену психотравму;
- нездатність згадати важливі аспекти психотравми (психогенна амнезія).

3. Зниження емоційно-енергетичного потенціалу після перенесеної психотравми:

- виражене зниження інтересу до важливих природних сфер діяльності;
- відчуття відчуженості, відірваності від людей;
- збіднення афектів (наприклад, нездатність кохати);
- відчуття безперспективності, відсутність планів, пов'язаних із кар'єрою, одруженням, дітьми або довгим життям.

4. Стійкі симптоми підвищеної збудливості, дратівливості, які не спостерігались до психотравми і виявляються щонайменше двома з наведених нижче симптомів:

- труднощі, пов'язані із засинанням і сном;
- дратівливість або спалахи гніву;
- труднощі з концентрацією уваги;
- підозріливість;
- лякливість;
- вегетативні реакції на події, що якимось чином нагадують чи символізують



перенесену психотравму.

Обстеження в цьому плані значною мірою допомагає встановити преморбідні особливості пацієнта.

Як правило, в людей, схильних до невротичного типу відреагування, мають місце щонайменше 6 із 18 нижченаведених симптомів тривожного синдромокомплексу:

1. Рухове збудження:
  - тремтіння, посмикування або відчуття внутрішнього тремтіння;
  - м'язове напруження або міалгії;
  - неможливість розслабитись;
  - швидка втомлюваність.
2. Вегетативна гіперактивність:
  - прискорене дихання або відчуття ядухи;
  - посилене серцебиття або тахікардія;
  - пітливість або холодні на дотик руки;
  - сухість у роті;
  - запоморочення або млість;
  - нудота, діарея або інші абдомінальні розлади;
  - почервоніння (приплив жару до обличчя) або озноб;
  - часте сечовиділення;
  - утруднене ковтання або відчуття “клубка в горлі”.
3. Напружене передчуття, чекання:
  - відчуття збудження або перебування “на вістрі лева”,
  - лякливість;
  - неможливість зосередитися, “порожнеча в голові” через тривогу;
  - труднощі, пов’язані із засинанням і сном;
  - підвищена дратівливість.

**Питання диференційної діагностики.** Лише на основі клінічного обстеження важко, а часто і неможливо, віддиференціювати різноманітні сомато-вегетативні прояви, викликані прихованою депресією, від цих же симптомів, зумовлених органічним чи системним неврозом. По-перше, практично завжди в структурі будь-якого неврозу чи неврозоподібного синдрому є більш-менш виражені елементи депресії, по-друге, в людини, схильної до невротичного типу відреагування, може розвинути прихована депресія. У зв’язку з цим, в диференційній діагностиці, окрім встановлення преморбиду, велике значення мають параклінічні методи обстеження:

◆ Стандартизований тест ММРІ. Підвищення балу за шкалою депресії вказує на приховану депресію, а за всіма чи більшістю “емоційних” шкал (істерії, маніакальної, депресивної, іпохондрії і, певною мірою, психопатизації і соціальної інтроверсії) – на невротичні зміни особистості.

◆ Невротичний генез сомато-вегетативних проявів може підтвердити шкала невротизації прицільного тесту “Невротизація-психопатизація” (модифікація Ласко Н.Б. та ін.).

◆ Відсутність значних змін (менше 30%) у кількості еозинофілів при проведенні еозинофільно-аміназинової проби.

◆ Значно менша ефективність від лікування антидепресантами, порівняно з прихованою депресією.

**Лікування прихованої депресії.** Перші три дні призначають вранці по 6 мг амітриптиліну або меліпраміну (4 табл.), а на ніч – 5,0 мг седуксену (реланіуму) або 0,5 мг феназепаму.

З 4 по 15 день дози поступово збільшують до 50-100 мг антидепресантів (вранці й вдень), до 10,0 мг седуксену (реланіуму) або до 1,5 мг феназепаму – транквілізаторів (на ніч). Слід пам'ятати, що меліпрамін може посилити тривогу і загострити сомато-вегетативні прояви прихованої депресії. У такому випадку краще застосувати амітриптилін, а при його відсутності вранці призначати меліпрамін у комбінації з транквілізаторами.

При адекватно підібраній терапії стан хворого через 3-4 тижні покращується.

На заключному етапі лікування поступово зменшують дозу антидепресанта (по 1/2 таблетки) і транквілізатора. Різка відміна психотропних засобів недопустима, тому що це, як правило, призводить до загострення проявів прихованої депресії.

Велике значення має раціональна психотерапія, в процесі якої хворому потрібно доступно, але аргументовано пояснити сутність його хворобливого стану і необхідність пройти саме курс призначеної психофармакотерапії.

Чільне місце в лікуванні органних і системних неврозів належить психотерапії і терпінню як хворого, так і лікаря. Якщо лікар впевнився в правильності встановленого діагнозу, він перш за все повинен переконати в цьому хворого, його родичів і близьких. Лікування в різних спеціалістів або навіть лікарів одного профілю може в даній ситуації викликати розвиток своєрідних ятрогенних станів, що суперечить основному правилу медицини: “Не зашкодь”.

Для того, щоб хворий лікувався в одного лікаря, потрібно постійно підтримувати авторитет цього лікаря. Необхідно пам'ятати, що лікування психосоматичних хвороб, особливо невротичних станів, є тривалим процесом. А більшість хворих, природно, бажаютьвилікуватись якнайшвидше. Лише деякі пацієнти з певною рентною метою свідомо чи підсвідомо “вживаються” в роль постійних хворих, бо їх це влаштовує. У цьому випадку необхідна корекція особистості, яку проводить грамотний психотерапевт, і психокоригуючий вплив медична сестра.

Досить ефективним у лікуванні невротичних станів є застосування психотерапевтичних методів, спрямованих на особистість, та вирішення проблем конфлікту підсвідомості пацієнта (психодрами Морено, гештальттерапія, аналітичні напрямки психокорекції, які включають класичний психоаналіз З. Фрейда, груповий психоаналіз, інтерпретований аналіз Перлза, нейролінгвістичне програмування (НЛП)).

Медикаментозна терапія органних неврозів подібна до лікування прихованої депресії. Будь-який невроз має більш-менш виражений депресивний чи іпохондричний фон. Вважають, що для багатьох лікарів іпохондрія є центром, в якому об'єднуються психосоматичні розлади. Але при грамотному лікуванні органних неврозів необхідно знати деякі особливості:

◆ На відміну від лікування прихованої депресії, хворим на органічні неврози призначають менше антидепресантів, але більше транквілізаторів і седативних засобів.

◆ Деяким хворим із вираженими невротичними проявами при неефективності медикаментозної терапії дози препаратів потрібно не збільшувати, а навпаки, зменшувати. Особливо це стосується осіб з слабким типом нервової системи (меланхоліків).

◆ Якщо психосоматичні хвороби супроводжуються вегетативними розладами, їх необхідно обов'язково ліквідувати, бо жодна психотерапія чи транквілізатор самі по собі не заспокоють хворого, коли в нього виникають вкрай неприємні відчуття, які виснажують фізично і зумовлені розбалансованою вегетатикою.

◆ Чим стійкіші явища органного неврозу, тим делікатніше потрібно проводити фармакологічну корекцію, не надто форсувати процес нормалізації. Бажання якнайшвидше вилікувати хворого із застосуванням масивної терапії дуже часто викликає своєрідний "ефект маятника": "Наскільки він відхилиться вправо, настільки потім вліво" (Й.А. Касірський, 1970).

При лікуванні органних неврозів потрібно дотримуватись таких правил:

◆ Неправильне лікування призводить до функціонального переходу в стійкі органічні зміни, до розвитку медикаментозної хвороби або до невротичного розвитку особи.

◆ Лікування повинно бути суто індивідуальним.

◆ Лікування потрібно проводити за принципом: "Поспішати треба повільно"; за Й.А. Касірським: 1) не можна насилувати невроз; 2) не можна нервово перенапруження лікувати перегальмуванням".

◆ Потрібно твердо дотримуватись необхідних рекомендацій щодо режимного плану, не виписувати без крайньої потреби листок непрацездатності, не госпіталізувати, не "випихати" хворого на санаторно-курортне лікування, не забороняти йому займатися посиленою домашньою роботою, щоб пацієнт не думав про наявність у нього тяжкої хвороби.

◆ Необхідно лікування пацієнта проводити паралельно із сімейною психотерапією. Родичів і близьких потрібно поінформувати про сутність страждань члена їх сім'ї. Вони повинні бути толерантними до зміни самопочуття хворого, деяких примх, необхідно приділити йому більше уваги, але не слухати його в усьому, не можна жаліти, потрібно вимагати виконувати посильні обов'язки, посилювати впевненість у видужанні.

### **Особливості лікування окремих форм психосоматичної патології**

**Термоневроз.** Лікування потребує проведення психотерапії з обов'язковою заборонаю вимірювати температуру тіла протягом 2-х місяців.

**Обсесивно-фобічний невроз із сомато-вегетативними проявами.** Поряд із психотерапією проводять курс лікування карбамазепіном за схемою: 1-й день – 50 мг фінлепсину (тегретолу) о 19.00; 2-й день при відсутності диспептичних або статичних розладів – 200 мг (вранці й ввечері по 100 мг); 3-й день – 300 мг (вранці, вдень і ввечері по 100 мг); з 4-го дня (кожного дня) дозу збільшуємо на

150-200 мг (по 50 мг вранці й вдень і по 50-100 мг ввечері) до досягнення максимальної терапевтичної дози – 1200-1600 мг (таку дозу вводять 5-7 днів і поступово знижують до 0. Контроль: картина крові, диспептичні розлади, порушення статички. При їх появі дозу зменшують на 200-400 мг до зникнення цих симптомів.

Для підвищення інформативності прогнозу через 2 тижні від початку карбомазепінотерапії бажано зняти фонову ЕЕГ. Якщо через 2 тижні з'явилась дизритмія, збільшились тета- і дельта- ритми, зросла асиметрія, то дозу препарату не потрібно змінювати до синхронізації ЕЕГ, нормалізації її домінуючих альфа- і бетаритмів при достатній реактивності, домінуючих кривих ЕЕГ 1 і 2 типів. На нейрокартограмі ефект лікування підтвердиться домінуючою потужністю альфа- і бетаритмів та синхронністю.

### **Диференційована терапія діенцефальних нападів невротичного і псевдоневротичного генезу**

Базове лікування проводять таким чином: вранці й вдень за півгодини до їди хворий повинен одночасно прийняти три препарати: 1/4-1/2 таблетки діазепаму, 1/4 таблетки димедролу і 1/2 таблетки кофеїну, а на ніч – 1 таблетку діазепаму, 1/2-1 таблетку димедролу і 1/2 таблетки кофеїну. Тривалість лікування – 2 тижні.

При надто сильній дії седуксену чи реланіуму варто приймати сибазон, а димедрол замінити піпольфеном. При вираженій тахікардії й інших ваготонічних проявах, крім вищевказаної “трійчатки”, потрібно призначити піроксан в адекватній стану хворого дозі.

При терапії дипсоманічного синдрому, зумовленого прихованою депресією, проводять “класичне” лікування прихованої депресії в поєднанні з купіруванням запою метронідазолом і коротким курсом дезінтоксикаційних заходів без подальшої специфічної протиалкогольної терапії.

При лікуванні агрипнії снодійні препарати призначають не більше як на тиждень, а при сексуальних розладах недопустимим є призначення гормонотерапії.

### **Узагальнення та практичні поради**

◆ Будь-яке захворювання викликає у хворого стан емоційного стресу різного ступеня. Практично завжди хвороба спричиняє ситуаційну реакцію і тривожне очікування. Ці стани призводять до структурної перебудови особистості з переважанням компонента “дитина”, що описано в розділі “Соматичні порушення психіки”. У сфері мислення хворих збільшується питома вага афективної логіки. Медична сестра повинна пам'ятати, що хвора людина відрізняється від здорової, що ставлення до неї повинно бути особливим.

◆ У багатьох хворих із функціональними порушеннями психіки змінюється суб'єктивне відчуття нічного сну. Вони 1-2 рази за ніч прокидаються, а потім знову засинають. У цей час вони думають про різноманітні проблеми, пов'язані із хворобою. Суб'єктивно час тягнеться довго, і хворому здається, що він не спав усю ніч. У

такому випадку хворий буде вимагати від лікаря призначити йому снодійні засоби. Медична чергова сестра повинна перевірити особливості його сну. Нерідко дійсний стан хворого вимагає застосування не снодійних препаратів, а іншого впливу на психічний стан. Зловживання снодійними засобами може призвести до токсикоманії.

◆ Якщо у хворого з функціональними розладами психіки дещо погіршився стан, медична сестра повинна викликати до нього лікаря-куратора або чергового лікаря, а доки він підійде, відволікати увагу пацієнта (поміряти артеріальний тиск, порахувати пульс, дати прийняти безпечні препарати, наприклад настойку кореня валеріани, краплі Зеленіна, валідол).

◆ Якщо у хворого розвинувся серцевий напад або виражені вегетативні розлади, до нього необхідно терміново викликати лікаря для надання екстреної допомоги. Доки не буде купірований больовий синдром або вегетативні розлади, застосування відволікальних заходів практично не допоможе.

◆ Медична сестра повинна спостерігати за циркадним ритмом зміни вітального тону хворого. Саме дані спостереження медичної сестри в цьому плані нерідко допомагають лікареві встановити правильний діагноз і призначити адекватне лікування.

### Питання для самоконтролю

1. Чому медик повинен орієнтуватись у питаннях психосоматичних розладів?



**Біполярний афективний розлад (манікально-депресивний психоз), фаза манії**



Мімічні прояви маніакального синдрому

2. Назвіть синоніми прихованої депресії.
3. Перерахувати клінічні варіанти прихованої депресії.
4. Які експериментально-психологічні методи використовують для диференційної діагностики психосоматичних порушень?
5. Назвіть вірогідні ознаки схильності до невротичного відреагування.
6. У чому полягає особливість циркадного добового ритму самопочуття при прихованій депресії?
7. Чому бажано, щоб хворий із психосоматичною патологією лікувався в одного лікаря?
8. Наведіть типову схему лікування прихованої депресії.
9. Як купірувати напади діенцефального синдрому?

## Ендогенні психози

**Ендогенні психози** – це психічні захворювання нез’ясованої етіології, розвиток яких не зумовлений дією екзогенних і психогенних факторів.

Достеменно відомо, що ендогенні психічні захворювання можуть бути пов’язані із спадковістю. Класичними видами ендогенних психозів, які виникають в основному, в молодому віці, є маніакально-депресивний психоз і шизофренія. Дуже близькі до ендогенних психозів інволюційна меланхолія і пресенільний параноїд. Генуїнна епілепсія займає проміжне місце між ендогенним і екзогенним психозами.

### Маніакально-депресивний психоз (біполярний психотичний розлад)

**Маніакально-депресивний психоз** (МДП) – це психічна хвороба ендогенного характеру, яка проявляється однією або (частіше) двома зовні протилежними фазами (маніакальною і депресивною) з наявністю “світлого” проміжку (інтермісії) між ними без змін особистості в цей час.

**Маніакальна фаза** характеризується наявністю маніакального синдрому, який включає хворобливе піднесення настрою, прискорення мислення і мови та рухове збудження.

Згідно з критеріями DSM-III-R, маніакальній фазі МДП властиві такі симптоми:

1. Зміна настрою й емоційного стану. У хворого в маніакальному стані спостерігають підвищення настрою й ейфорію, яка проявляється максимальним афектом. Проте стан афекту є лабільним і може швидко перетворюватись на виражене вороже ставлення, особливо до спроби обмеження бажань хворого.

2. Зміни процесів мислення і стереотипу спілкування проявляються:

◆ скачкою ідей – постійною швидкою зміною однієї теми іншою;

◆ балакучістю – потік слів настільки сильний і сталий, що перервати прискорені процеси мислення практично неможливо;

◆ надцінними і маячними ідеями переоцінювання своїх можливостей, величі.

3. Постійне підвищення рухової активності. Хворий завжди знаходиться в стані безперервного руху.

4. Порушення схеми сну. Хворий не відчуває втоми, не потребує сну, не відпочиває і не спить по декілька днів підряд.

5. Хворий недостатньо вживає їжі, щоб компенсувати втрату енергії. Нерідко він не здатний перервати свою рухову активність, щоб поїсти, тому під час психотичної фази худне.

6. Нездатність хворого зосередитись внаслідок обмеження часу і порушення концентрації уваги. Він легко відволікається найслабшими подразниками навколишнього середовища.

7. Схильність хворого до марнотратства. Він витрачає багато грошей, не маючи їх у достатній кількості, на непотрібні йому речі.

8. Одяг хворого часто не відповідає ні вигляду, ні фігурі, ні соціальному становищу, ні ситуації. Спостерігають тенденцію до захоплення надмірною кількістю косметики і



Біполярний афективний розлад (маніакально-депресивний психоз), фаза депресії



**Мімічні прояви депресивного синдрому**

ювелірних прикрас.

9. Звичайний стереотип повсякденної сексуальної поведінки змінюється сексуальним і поведінковим розгальмуванням.

10. В маніакальній фазі хворий на вигляд молодший свого віку.

11. Критична самооцінка хворого під час психотичної фази відсутня або різко занижена. Він не спроможний усвідомити відповідальність за негативні наслідки власної поведінки.

**Депресивна фаза** МДП характеризується **депресивною тріадою**: зниженням настрою (депресією), розумово-мовною і руховою загальмованістю.

Цій фазі властиві такі симптоми:

1. Зниження настрою супроводжується депресивним відтінком відчуттів і сприймань (зовнішній світ хворий сприймає бляклим і сірим, обличчя – людей сумними, час тягнеться надто довго, втрачається смак, часто спостерігають сенестопатії й алгічні відчуття в різних ділянках тіла), відчуття стискаючої туги в загрудинній ділянці, що нерідко поєднується з відчуттям тривоги або втратою звичайного емоційного (емпатичного) відреагування навіть при контакті з рідними і близькими. Втрачається можливість плакати з виділенням сліз.

2. Темп мислення сповільнюється. Пам'ять на більшість подій знижується, проте дещо загострюється на суб'єктивно неприємні події минулого. Можливий розвиток ідей самозвинувачення і самовиправдання. Активна увага послаблюється. Мова стає тихою, повільною, невиразною.

3. Спостерігається загальне послаблення потягів, проте на висоті депресії домінує потяг до самогубства, тому що депресія сягає такого ступеня, що життя здається безперспективним і нестерпним. Загальний об'єм цілеспрямованої діяльності зменшується аж до рівня депресивного ступору, проте інколи рухове заціпеніння змінюється руховою активністю, спрямованою на самогубство. Під час депресивної фази хворі втрачають інтерес до життя. Вони не задовольняють свої звичні потреби в плані самообслуговування (перестають стежити за собою, чистити зуби, не слідкують за випорожненнями кишечника тощо).

4. Хворі втрачають апетит, відмовляються вживати їжу, внаслідок цього худнуть. Статевий інстинкт згасає.

5. Порухується сон, особливо тяжко заснути, сон поверхневий, хворі встають



вкрай стомленими і “розбитими”. Вітальний тонус вранці і в першій половині дня різко знижений. Під вечір стан хворих дещо поліпшується і вони спроможні виконувати найпростіші дії в плані самообслуговування.

6. Наявна **тріада Протопопова** (тахікардія, мідріаз і запор), а також інші симптоми розладу діяльності вегетативної нервової системи (помірне підвищення артеріального тиску, сухість слизових оболонок і шкіри, дисменорея).

7. Хворі на вигляд значно старші свого віку. В жінок репродуктивного віку в цей час можуть припиняється менструації.

8. Критична самооцінка свого стану різко занижена або навіть відсутня, що є причиною вчинення самогубств.

Середня тривалість депресивної фази без лікування – від 3 до 9 місяців, при адекватному лікуванні її термін скорочується у 2 рази.

При виході хворого з депресивної фази вищенаведені симптоми зникають неодноразово. Передвісником закінчення психотичної фази є покращання сну й апетиту. Потім у хворого зникає відчуття тяжкості в тілі, і він починає більше рухатись поліпшується настрій. Період, коли він став спроможним виконувати активні дії, але депресивні переживання не зникли, є дуже небезпечним у плані можливого вчинення смогубства. При організації догляду за депресивним хворим медична сестра повинна пам'ятати про наявність високого ризику самогубств, особливо в згаданий критичний період виходу з депресивної фази. Є два типи перебігу МДП: біполярний, при якому захворювання проявляється двома зазначеними фазами, і монополярний, при якому спостерігають лише одну фазу (здебільшого депресивну).

Жінки хворіють у 3-4 рази частіше, ніж чоловіки. Психоз розвивається переважно у віці 20-30 років, іноді пізніше.

**Лікування.** Хворі на МДП підлягають госпіталізації в психіатричний стаціонар. До лікарської допомоги при вираженому маніакальному збудженні й меланхолічному вибусі полягає в одноразовому внутрішньом'язовому введенні 2-4 мл 2,5 % розчину аміназину.

Основним видом лікування хворих із маніакальною фазою МДП є приймання нейролептиків і солей літію, з депресивною фазою – антидепресантів (при низькій ефективності антидепресантів застосовують курс електросудомної терапії).

Підтримувальне (проти рецидивне) лікування, як правило, проводять за допомогою препаратів літію (літію карбонату). Індивідуальну дозу встановлюють шляхом визначення концентрації літію в сироватці крові в процесі стаціонарного лікування. Слід пам'ятати, що приймання препаратів солей літію в дозі, меншій від індивідуальної терапевтичної, є неефективним, а передозування може викликати ускладнення з боку нирок. Тривалість лікування визначає лікар.

Незначне вираження МДП, яке проявляється гіпоманіакальними і субдепресивними синдромами, називають **циклотимією**. Хворих із циклотимією здебільшого лікують амбулаторно.

У хворих із депресивною фазою МДП є високий ризик суїцидних тенденцій. У цей період необхідний особливий нагляд за ними, потрібно допомагати умиватись, проводити туалет порожнини рота, контролювати випорожнення і живити

## Шизофренія

**Шизофренія** – це ендогенне прогредієнтне психічне захворювання, яке характеризується дисоціацією психічних функцій, або розщепленням психіки, тобто втратою єдності психічних процесів, різноманітними продуктивними психопатологічними розладами, і яке призводить до змін особистості особливого типу (зниження енергетичного потенціалу, прогресуюча інтраверсія, емоційне збіднення).

Частота цього захворювання – 1,9-10,0 на 1000 випадків населення. В етіології шизофренії має значення генетичний фактор. Встановлено підвищений ризик розвитку шизофренії в родичів.

Якщо хворий один з батьків, то діти ймовірно захворюють у 15 % випадків, якщо обоє (батько і мати) – в 40 %, онуки – в 4 %. Приблизно в 40 % випадків у родичів хворого виникає маніакально-депресивний психоз.

Існують також автоінтоксикаційна, вірусна, катехоламінова (дисфункція норадреналіну і дофаміну в мозку хворих), індоламінова (яка зумовлює участь серотоніну й індолових похідних у механізмах психічної діяльності), імунологічна та психодинамічна гіпотези етіопатогенезу шизофренії. Але всі ці теорії, крім генетичної, є недостатньо інтерпретованими і недостатньо науково обґрунтованими.

Встановлено, що куріння гашишу може спровокувати розвиток шизофренічного процесу. Вважають, що в більшості випадків приймання алкогольних напоїв зумовлює розвиток рецидивів шизофренії, проте в 30 % випадків алкоголізація спричиняє в'ялий, малопомітний для людей перебіг.

**Дисоціація**, або розщеплення психічних процесів, при шизофренії може відбуватись на трьох рівнях. На **першому рівні** (обов'язковому для всіх клінічних форм і типів перебігу хвороби) тією чи іншою мірою розщеплюється єдність між особистістю і навколишнім світом, що проявляється прогресуючою байдужістю і бездіяльністю, навіть коли потрібно діяти для забезпечення хоча б житєвих потреб, або хворобливою формою емоційно-вольового відреагування, коли хворий реагує і діє неадекватно.

На **другому рівні** розщеплення втрачається природний взаємозв'язок між двома і більше сферами психіки. Клінічно це проявляється неможливістю продуктивної діяльності при формально збереженому інтелекті (розщеплення між інтелектуально-мнестичною та вольовою сферами), в інших випадках – неадекватністю емоційного відреагування на подразники (розщеплення між сприйманням і емоційною сферою), нерідко – тотальною дисоціацією функціонування всіх основних сфер психіки, коли хворий сприймає одне, розуміє друге, емоційно забарвлює по-третьому, а чинить по-четвертому. В науковій літературі другий рівень розщеплення психічних процесів образно описують як “гру симфонічного оркестру без диригента”.

У тяжких випадках спостерігають і **третій рівень** розщеплення психіки, коли настає дисоціація психічних процесів у сфері психіки. Це може бути: розщеплення сприйняття свого “Я”; симптом позитивного або негативного двійника, коли незнайому людину хворий сприймає як родича чи знайомого, а родича або знайомого



**Аутизм.**  
Слухові галюцинації у хворих на шизофренію

– як “загримованого” незнайомця, здебільшого з лихими щодо хворого намірами; розщеплення мислення (розірваність мислення, розщеплення між фразами, фрагментами фраз або окремими словами), паралогічне мислення (розщеплення між передумовою і висновком), резонерство (розщеплення між змістом і формою викладання думок), символізм (розщеплення смислу слова, коли значення його стає символом іншого поняття), амбівалентність (розщеплення емоцій) і амбітендентність (розщеплення вольових процесів).

З перебігом захворювання розщеплення психіки поглиблюється і може сягати повного розпаду єдності й гармонійності психічних процесів.

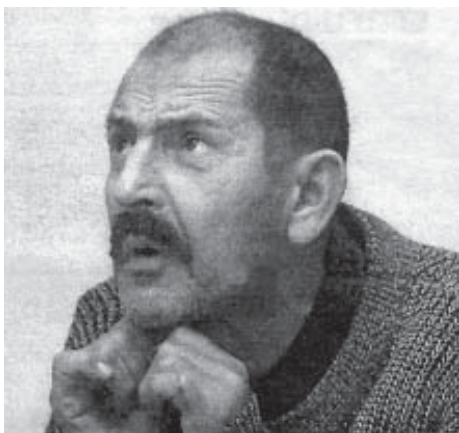
Серед різноманітних клінічних ознак шизофренії розрізняють облігатні (обов’язкові) й другорядні симптоми. До облігатних проявів відносять **симптоми розщеплення психіки, зниження енергетичного потенціалу, згасання емоцій, аутизм, негативізм і прояви апатико-абулічного синдрому**, які поступово наростають. Другорядні симптоми визначають клінічну форму шизофренії (**галюцинації, маячення, синдром Кандінського-Клерамбо, неврозоподібний і психопатоподібний синдроми, кататонічний, гебефренічний, онейроїдний, дементний синдроми** з відповідними симптомами, що їх формують).

Розрізняють такі основні клінічні форми шизофренії.

**Проста форма.** Основними клінічними проявами є поступове згасання емоційно-вольової активності, зниження енергетичного потенціалу, аутизм. Галюциаторно-маячні включення виникають рідко і мають рудиментарний короткотривалий характер.

Початок простої форми шизофренії необхідно диференціювати з астеничною формою неврастенії і неврозоподібними синдромами, викликаними іншими захворюваннями. Основними діагностичними критерієм є прояви розщеплення між особою і зовнішнім середовищем, які повільно, але неухильно нарастають (перший рівень), утруднення, а потім і повна неможливість продуктивної діяльності при формально збереженому інтелекті, прогресуючий апатико-абулічний синдром і поступовий розвиток дефекту за апатичним типом. Ця форма шизофренічного процесу перебігає без ремісій за безперервно-прогресивним типом.

**Параноїдна форма.** Поряд з облігатними симптомами, на перший план виходять прояви маячного синдрому.



Хворий на шизофренію (поведінка зумовлена галюцинаторно-маячними проявами)

Маячення може з'явитись швидко, інколи раптово, частіше – поступово. На першому етапі захворювання виникає так звана маячна настороженість: відчуття безпідставної тривоги, відчуття, що повинно щось трапитись. Пізніше настає етап кристалізації маячної ідеї, яка має параноїдний характер, а через певний період маячення набуває параноїдної форми. Досить часто на цьому етапі формується і розвивається **синдром психічного автоматизму (Кандінського-Клерамбо)**. Наявність розгорнутого синдрому психічного автоматизму з псевдогалюцинаціями, а також проявами ідеаторного, сенсорного і моторного автоматизму, як правило, свідчить про наявність параноїдної форми шизофренії. З перебігом захворювання

на етапі розвитку шизофренічного дефекту параноїдне маячення може трансформуватись у парафренний синдром. Параноїдна форма захворювання здебільшого має переривчасто-прогресивний тип перебігу.

Якщо в дебюті психозу поряд з маяченням наявні галюцинації, то таку форму захворювання називають галюцинаторно-параноїдною.

**Кататонічна форма** шизофренії проявляється кататонічним збудженням або кататонічним ступором.

Кататонічне збудження необхідно диференціювати з маніакальним і еретичним. Основною відмінністю між кататонічним і маніакальним збудженням як одним із проявів маніакально-депресивного психозу є нецілеспрямований, хаотичний характер збудження при першому і цілеспрямований з переважанням мовного компонента над руховим при маніакальному. Еретичне збудження розвивається в осіб, які хворіють на олігофренію.



**Шизофренія.  
Кататонія**



**Шизофренія. Кататонія**

Кататонічне заціпеніння як прояв шизофренії потрібно відрізнити від реактивного, депресивного й апатичного ступорів. Основним диференційним клінічним тестом є наявність “живого споглядання” (хворий стежить за подіями) при ступорах нешизофренічної природи.

Після внутрішньовенного введення 5 % розчину барбамілу в дозі, що відповідає масі тіла, явища кататонічного ступору тимчасово проходять, тоді як хворі з іншими видами ступорів, як правило, засинають з наявністю в них м’язового і мовного заціпеніння.

Кататонічна форма шизофренії характеризується злоякісним перебігом і швидко призводить до деградації особистості з одним із шизофренічних типів.

Дещо кращий прогноз щодо якості ремісії спостерігають при так званій **онейроїдній формі** кататонічного ступору, коли явища м’язового і мовного заціпеніння поєднуються з онейроїдним синдромом.

Ця форма шизофренії має переривчасто-прогресивний тип перебігу.

**Гебефренічна форма** шизофренії, як правило, розвивається в підлітковому або юнацькому віці. При глибокому розщепленні психіки (нерідко на всіх трьох рівнях) розвивається гебефренічний синдром.



**Маячення отруєння у хворого на шизофренію**



**Гебефренічна поведінка у хворих на шизофренію**

Ця форма має безперечно-прогресивний тип перебігу і швидко призводить до інвалідності.

Клініка *циркулярної форми* шизофренії певною мірою нагадує маніакально-депресивний психоз і проявляється фазами маніакального і депресивного синдромів.

Маніакальне збудження при циркулярній формі шизофренії, на відміну від відповідної фази маніакально-депресивного психозу, менш природне, воно відштовхує від себе або викликає огиду чи співчуття. Нерідко супроводжується брутальним, із

втратою найменших ознак самоконтролю, сексуальним розгальмуванням. Руховий компонент збудження переважає над мовним. Інтелектуально-мнестичний компонент мовного збудження не має характерних для маніакально-депресивного психозу дотепності, кмітливості, влучності. Руховому збудженню нерідко властиві виражені риси гебоїдності.

Клініка депресивної фази цієї форми шизофренії, на відміну від маніакально-депресивного психозу, проявляється монотонністю депресії, відсутністю циркадного добового ритму самопочуття і вітального тону, відсутністю тріади Протопопова, вираженням проявів апатичного або іпохондричного компонента з паралогічною чи маячною інтерпретацією сенестопатій.

Застосування меліпраміну часто посилює тривогу і загострює маячну симптоматику. Ця форма шизофренії відносно сприятлива. Вона перебігає нападopodobно з достатньо якісними ремісіями.

Останнім часом зростає питома вага **неврозоподібної і психопатоподібної форм** шизофренії з в'ялим перебігом.

Ці форми шизофренії розвиваються повільно і непомітно. Явища деградації особистості за шизофренічним типом з'являються відносно пізно.

**Фебрильна форма** шизофренії розвивається після кількох рецидивів шизофренічного процесу з переривчастим перебігом, а інколи в дебюті захворювання. Як правило, спочатку з'являється маячна сплутаність, нерідко з онейроїдним компонентом. Через 1-3 доби психомоторне збудження змінюється амензивним синдромом з елементами кататонічного ступору. Різко підвищується температура, яка не знижується при прийманні ацетилсаліцилової кислоти й амідопіріну.

Прогресують явища зневоднення, язик висихає, губи тріскаються і запікаються кров'ю.

Без своєчасного застосування сучасних методів лікування ця злоякісна форма шизофренії найчастіше закінчується смертю.

**Лікування шизофренії** при загостренні хвороби проводять у стаціонарних умовах. Якщо хвороба не запущена, застосовують інсулінокоматозну терапію. Протягом курсу лікування викликають 20-30 коматозних станів.

Найчастіше для лікування шизофренії призначають нейролептики за принципом "синдром-мішень".

При гострому психомоторному збудженні використовують нейролептик із загальною седативною дією аміназин по 300-600 мг на добу. Для лікування галюцинацій застосовують галоперидол по 20-40 мг на добу. Наявність маячення є показанням для призначення стелазину – по 40-80 мг на добу. При кататонічних синдромах рекомендують приймати мажептил – по 60-80 мг на добу. Стійке безсоння лікують тизерцином по 100-300 мг на добу. Для активізації хворих застосовують френолон або соннапакс. При вираженій психопатоподібній симптоматиці призначають лепонекс – по 300-400 мг на добу. При депресивних станах – антидепресанти в поєднанні з невеликими дозами нейролептиків.

Курсову електроконвульсійну терапію призначають хворим із фебрильною формою шизофренії (3-4 сеанси на добу), а також у тих випадках, коли виражена продуктивна симптоматика резистентна до психофармакологічних засобів.

У результаті лікування розвивається один з чотирьох **типів ремісій**. Ремісія "А" означає практичне видужання з відновленням працездатності, хворі не можуть виконувати тільки роботу, пов'язану з носінням зброї і користуванням вибуховими речовинами тощо. Ремісія "В" – продуктивна симптоматика зникає, але залишаються непродуктивні (астенічні або неврозоподібні) розлади. Працездатність при цьому обмежена. Як правило, хворих звільняють від роботи в нічні зміни. Ремісія "С" – психічний стан хворого покращується, але залишаються резидуальні психопатологічні розлади. При цьому типі ремісії хворий не працездатний, але може

утримуватись у сім'ї під наглядом родичів. Ремісія "D" – психопатологічні розлади дещо зменшуються, але хворого не виписують із лікарні, бо він небезпечний для родичів, людей, які його оточують, і для себе. Інколи хвороба терапевтично резистентна, тоді психічний стан хворого після лікування практично не покращується.

Після того, як хворого виписали із стаціонару, йому певний час необхідно отримати протирецидивне (підтримувальне) лікування. З цією метою йому призначають нейролептики, які він отримує безкоштовно в дільничного лікаря-психіатра. Найбільш ефективним є використання нейролептиків пролонгованої дії: модитен-депо, галоперидол-деканат, піпортил (діють 1 раз в 3-4 тижні), імап – 2 тижні, семап – до 5 діб. Підбір препарату і його дози є компетенцією лікаря-психіатра. Обов'язок медичної сестри – контроль за своєчасним з'явленням хворого до дільничного психіатра і за прийманням призначених препаратів.

При шизофренії часто розвиваються рецидиви захворювання. Передвісниками загострення хвороби, як правило, є такі ознаки:

- ◆ відмова хворого приймати ліки;
- ◆ зміна поведінки (уникнення контакту з родичами, підвищений інтерес до алкоголю, сексуальне розгальмування, надмірне куріння);
- ◆ втрата апетиту;
- ◆ порушення сну;
- ◆ немотивована стійка зміна настрою.

Дільнична медсестра повинна тримати під контролем психічний стан хворого і при появі симптомів, які можуть бути передвісниками рецидиву, вживати заходів для організації консультації дільничного лікаря-психіатра. Особливу увагу необхідно приділяти спостереженню за хворими з агресивними і суїцидальними тенденціями (група соціально небезпечних хворих). При найменшій підозрі на можливий розвиток рецидиву цих хворих обов'язково повинен оглянути дільничний лікар-психіатр.

Як наслідок шизофренії у хворих розвивається специфічна деградація особистості. Основними її типами є такі:

- ◆ апатико-дисоціативний (на фоні розщеплення єдності психічних процесів виникає виражений апатико-абулічний синдром, який сягає рівня повної соціально-трудова дезадаптації);
- ◆ ювенільний (на перший план виходять ознаки шизофренічного недоумства в осіб, які захворіли в дитячому або підлітковому віці);
- ◆ параноїдний (при розладі єдності психіки мають місце параноїдні включення або стійкий парафренний синдром);
- ◆ психопатоподібний (при розщепленні єдності психіки має місце психопатоподібний синдром, як правило, за експлозивним типом);
- ◆ змішаний тип (з'являються мозаїчні елементи вищеперерахованих типів деградації).

Хворі з вираженою деградацією, як правило, не потребують активного антипсихотичного лікування, але їм необхідно забезпечити належний догляд у сім'ї, а якщо зв'язки із сім'єю втрачені – шляхом госпіталізації в лікарні для психохроніків або у відповідні будинки-інтернати.



## Узагальнення та практичні поради

◆ Шизофренічний психоз, рецидив шизофренії або шизофреноподібний психоз можуть розвинути у хворого, який знаходиться в будь-якому відділенні, тому медична сестра повинна орієнтуватись у цих ситуаціях.

◆ При розвитку психозу медична сестра повинна вжити заходи щодо запобігання нещасного випадку і негайно попередити чергового лікаря.

◆ Якщо хворого на психоз необхідно тимчасово лікувати в лікарнях соматичного профілю, черговий медперсонал повинен добитись встановлення індивідуального поста з молодших медпрацівників психіатричної лікарні.

◆ Про зміну поведінки хворого на шизофренію, який знаходиться на стаціонарному лікуванні в соматичному відділенні, потрібно негайно доповісти черговому лікарю.

◆ Під час проведення медичних маніпуляцій хворому з психозом біля медичної сестри повинен бути молодший медпрацівник.

◆ Небезпечні предмети у хворого з психозом необхідно забрати.

◆ Відвідувати хворого, який перебуває в стані психозу, дозволяє лише завідувач відділення або черговий лікар.

◆ Медична сестра не має права розголошувати інформацію про психічний стан хворого.

## Питання для самоконтролю

1. Основні клінічні ознаки шизофренії.
2. Основні умови перебування хворого з психозом у стаціонарі.
3. Техніка безпеки при проведенні медичних маніпуляцій хворому з психозом.
4. Основні ознаки ймовірного рецидиву шизофренії.
5. Зміни особистості у хворих з шизофренією.

## Епілептична хвороба

*Епілептична хвороба* характеризується великими і малими судомними нападами або їх психічними еквівалентами, а також змінами особистості за епілептичним типом.

Основною ознакою епілепсії є **великий судомний напад**, який розвивається раптово, без будь-якої зовнішньої причини. Йому можуть передувати так звані **передвісники**, які проявляються різними симптомами, але завжди одними і тими ж в одного й того ж хворого (біль і тяжкість у голові, відчуття розбитості, знижений настрій).

Нерідко спочатку з'являється **аура** ("подув") – різні хворобливі явища, які переживає хворий протягом декількох секунд безпосередньо перед виключенням свідомості. Зорова аура – видіння жахаючого характеру з яскравим, зловісним забарвленням: криваво-червоним, чорним (прірва, клуби вогню, яскравого полум'я,



Фази ерілептичного нападу: клонічні,  
тонічні судоми і кома

мимренням. Розвивається фаза тонічних судом: тулуб вигинається в корчах, дихання затримується внаслідок спазму голосової щілини, обличчя, нігті, губи бліднуть, потім стають ціанотичними, набуваючи темно-синього кольору, звідки й виникла назва “чорна хвороба”. У цей момент нерідко відбувається прикушування язика або внутрішньої поверхні щік. Рот скривлюється, голова повертається вбік. Здебільшого тонічна фаза триває до 30 секунд. Відтак тонічні судоми перетворюються на клонічні. При цьому дихання свистяче, на губах з’являється піна, іноді з домішкою крові. Хворий перебуває в коматозному стані. Реакції на подразники (слабкі й сильні) відсутні, зокрема зиниці на світло. Спостерігають захисну мигальну реакцію, відсутні сухожилльні рефлекси, порушення регуляції сфінктерів (відбувається мимовільне сечовипускання, рідше дефекація), патологічні рефлекси. Пульс ниткоподібний. Найчастіше фаза клонічних судом триває 1-2 хв, рідко довше.

будинки, що валяться тощо). При слуховій аурі хворі чують свист, барабанный бій, дзвін, тріск, іноді мелодії тощо. При нюховій аурі вони чують запахи, здебільшого неприємні (горілого м’яса, мертвечини тощо). Смакова аура – поява неприємного відчуття в роті (гіркої, металічної тощо). Сенсорна аура – різні, іноді зовсім незвичні, відчуття власного тіла.

Часто виникають вісцеральні аури. Хворі скаржаться на раптовий, нападopodobний біль у животі, іноді напад нудоти і блювання, серцебиття, раптове настання ядухи, відчуття голоду і спраги. При руховій аурі в них раптово виникають різні рухи: скреготання зубами, жувальні рухи, раптовий біг уперед, окремі м’язові посмикування, тики тощо. Психічна аура проявляється появою у хворих відчуття тваринного страху, а іноді екстазу або блаженства.

**Напад** починається з виключення свідомості. Хворий падає на землю, як підкошений, іноді з пронизливим криком або



Дисфорія у хворого на епілепсію



Появи дисфорії у вигляді психомоторного збудження (імітація)

Після припинення судом хворий поступово з коматозного стану переходить у стан сопору, потім оглушення, який звичайно закінчується сном, що триває до 1 години. Іноді замість засинання переходить у стан ясної свідомості. Спочатку він розгублений, слабо орієнтується в ситуації, виникає олігофазія (хворий тяжко пригадує слова, особливо іменники, мова його обмежена), рухи погано координовані. Поступово свідомість цілком відновлюється, але нерідко протягом кількох годин, іноді навіть днів, хворі відчувають розбитість, скаржаться на головний біль і біль м'язів.

*Малі напади* характеризуються втраченою свідомістю (на 2-5 с), відсутністю падіння хворого. При цьому можуть зберігатися поза, в якій хворий перебував до моменту нападу, і рухи, які він раніше виконував, але вони стають безладними, хаотичними. Спостерігають окремі м'язові скорочення, наприклад м'язів обличчя, мова незв'язна. Після закінчення нападу виникає амнезія.

Сам факт наявності судомного нападу або конвульсій не завжди свідчить, що у людини є генуїнна епілепсія. Ці пароксизми можуть бути зумовлені інтоксикацією, черепномозговою травмою, органічним ураженням головного мозку, правцем, гістріорними істеричними та конвертивними розладами, еклампсією вагітних тощо. Чим молодша дитина, тим менш зрілі в неї структури мозку, і при дії шкідливого фактора можуть розвинути конвульсії (напади).

*Психічні еквіваленти* – це розлади психічної діяльності, що виникають пароксизмально; вони можуть розвиватися як у зв'язку з нападами, так і незалежно від них.

З численних форм психічних еквівалентів епілептичного нападу найчастіше (практично у всіх хворих) трапляються дисфорії. **Дисфорії** – це періодичні напади

похмурого, буркотно-дратівливого, злобного і понурого настрою з підвищеною чутливістю до будь-якого зовнішнього подразника, що часто супроводжується винятковою озлобленістю і роздратуванням. Такі зміни емоцій виникають з будь-якого, навіть незначного, приводу або і без нього. У стані дисфорії хворі схильні до конфліктів і агресивної малоконтрольованої поведінки. Тривалість дисфорій різна: від декількох годин до декількох днів.

Друге місце за частотою належить так званим **абсансам**. При абсансі у хворого на мить виключається свідомість, він замовкає на півслові, випускає предмети з рук, його погляд на хвилю скляніє. У такому стані хворий не падає, відразу ж отямившись, він продовжує виконувати перервану діяльність. Наявність абсансів хворі амнезують.

**Запаморочливі стани свідомості.** В основі їх лежить порушення свідомості за типом хворобливо звуженої з оглушенням, а не відсутністю свідомості, як це властиво великому судомному нападу.

При раптовій зміні свідомості у хворих порушуються орієнтування в навколишньому середовищі, осмислення ситуації та її правильне оцінювання. Реальні події вони не сприймають зовсім або сприймають у спотвореному вигляді, іноді в протилежному значенні, тому вчинки хворих здаються зовні немотивованими і не відповідають ситуації. Хворі в запаморочливому стані небезпечні для себе, а також для людей, які їх оточують, оскільки не можуть керувати своїми діями, що призводить до найнесподіваніших вчинків: вбивств, підпалів тощо.

Після закінчення запаморочливого стану хворі амнезують весь його період. Тривалість запаморочливих станів свідомості – від кількох хвилин до кількох днів.

Запаморочливі стани свідомості, які розвиваються вночі, називають **сомнабулізмом**. Хворі підводяться з ліжка, починають щось шукати, нерідко розмовляють самі із собою, виходять на вулицю, залазять на дерева, паркани і дахи. Коли до них звертаються, вони не реагують. Іноді знову лягають у ліжко і засинають або ж, як і після закінчення судомного нападу, засинають у будь-якому місці. Тривалість сноходіння – кілька хвилин, рідше годин.

**Епілептичний ступор** спостерігають у міжнападний періоді або безпосередньо після нападу; при цьому поряд із порушенням свідомості у хворих розвивається стан рухової загальмованості, іноді з явищами воскоподібної гнучкості, які тривають від кількох годин до кількох днів.

**Епілептичний делірій.** В основі деліріозних явищ лежить сноподібне затмарення свідомості.

Хворі відчують вплив яскравих зорових галюцинацій найрізноманітнішого змісту, поряд з якими іноді виникають і слухові галюцинації імперативного характеру з маячною інтерпретацією. Їхня поведінка відповідає характеру маячення та галюцинацій.

До епілептичних еквівалентів із порушенням психічної діяльності, але без подальшої амнезії, належать так звані **особливі стани**.

В основі їх лежить особливий тип порушення свідомості: хворі розгублені, не виразно усвідомлюють свої переживання, в них різко порушуються відчуття простору і часу, взаємозв'язок між явищами, співвідношення величин. Частими є симптоми “вже баченого” і “ніколи не баченого”, переживання “зміни світу”, які викликають розгубленість і страх. Метаморфозії мають найхимерніший характер, можливі галюцинації. Хворий діє відповідно до зміненого світовідчуття, але після виходу з цього стану спогади залишаються. Пережите, як правило, не зазнає маячної інтерпретації.

**Епілептичний статус** – це стан, коли конвульсійні напади повторюються один за одним і між окремими нападами не настає стан ясної свідомості.

Епілептичний статус становить небезпеку для життя хворого. Без надання йому належної допомоги може настати смерть від набряку мозку, легень або асфіксії.

Епілепсія належить до хронічних за своїм перебігом захворювань і в ряді випадків призводить до своєрідної деградації особистості. Однак вираженість останньої не завжди відповідає клінічній формі нападів та їх частоті. Чим швидше проявиться епілепсія, тим імовірніший розвиток психічних порушень і тим вираженіший характер вони мають.

У ранньому дитячому і підлітковому віці поява епілепсії часто призводить до затримки розумового розвитку.

**Безконвульсійна епілепсія.** Клінічний досвід свідчить про те, що в більшості випадків хвороба перебігає у два етапи. Нерідко на першому етапі конвульсійних нападів немає. Своєчасна діагностика й адекватне лікування безконвульсійної епілепсії є набагато ефективнішими. Виліковують 90 % хворих. Безконвульсійний етап хвороби здебільшого проявляється в дитячому і підлітковому віці.

Розрізняють такі імовірні ознаки безконвульсійної епілепсії:

**1. Розлади сну.** В ранньому дитинстві відзначають неспокійний сон із здриганнями, частим прокиданням, упертим плачем уночі без прокидання. У дітей дошкільного віку нерідко наявні нічні страхи. Діти шкільного віку в сні ходять, говорять, кричать, плачуть, сміються, цей період вони амнезують; бувають також нічні психомоторні напади з наявністю автоматичних цілеспрямованих однотипних дій. У підлітків домінують психомоторні напади, вони ходять у сні, бачать жахливі сни, відчуваючи при цьому страх, прокидаються вночі, інколи з подальшим просонковим станом і відсутністю відчуття бадьорості після сну та головним болем.

**2. Больові пароксизми.** Пароксизми головного болю при безконвульсійній формі епілепсії нагадують мігрень. На відміну від останньої, головний біль менш

тривалий, більш стереотипний, не залежить від провокуючих факторів і вегетативної симптоматики.

Пароксизми абдомінального болю при безконвульсійній епілепсії чимось нагадують напади кишкової коліки, загострення гастриту або апендициту, проте напад болю починається раптово, лейкоцитозу немає, спазмолітики й анальгетики неефективні, а сам напад закінчується раптово.

### **3. Генералізовані пароксизми** включають у себе:

- ◆ простий епілептичний абсанс – мимовільне, короткочасне виключення свідомості з втратою м'язового тону і свідомих активних дій, що стереотипно повторюється і не залежить від волі хворого; пароксизм триває мить чи кілька секунд, що достатньо для виключення активної уваги й усвідомлених цілеспрямованих дій;

- ◆ складний абсанс – це стан, коли при мимовільному короткочасному періодичному виключенні свідомості, що стереотипно повторюється, виникають інші клінічні симптоми: втрата м'язового тону (абсанс атонічний), прості елементарні мимовільні автоматичні дії (абсанс із коротким автоматизмом), зміна кольору слизових оболонок і шкірних покривів обличчя, інші вегетативні прояви (абсанс вегетативний), мимовільне сечовипускання (абсанс енуретичний);

- ◆ пароксизм з явищами енурезу – на відміну від невротичного енурезу і нетримання сечі внаслідок органічного ураження нервової системи або сечостатевої шляхів, при якому сечовий міхур під час сну спорожнюється повністю або майже повністю, при епілептичних безконвульсійних пароксизмах випускання сечі відбувається в незначній кількості й практично не залежить від впливу провокуючих факторів (переохолодження, вживання рідини ввечері тощо).

### **4. Парціальні безконвульсійні пароксизми** з простою симптоматикою, які характеризуються тим, що у хворих без видимих причин виникають різноманітні (елементарні або складні) чуттєві прояви: “повзання комах”, парестезії, оніміння, відчуття зміни частин тіла; часткова або повна сліпота, випадіння поля зору, поява зорових порушень (іскри, полум'я, випромінювання); втрата слуху, відчуття хряскоту, тріску, шуму; поява неіснуючих запахів, розлади смаку з масивним слиновиділенням, жувальними і ковтальними рухами; однотипне повторення звуків і слів, а також напади епілептичного запаморочення і пароксизмальних знепритомнень. Знепритомнення епілептичного генезу, на відміну від знепритомнення внаслідок недостатності церебральних механізмів кровообігу або раптового розвитку вираженої церебральної гіпоксії, розвивається раптово (без попередньої загальної слабості, запаморочення, шуму в голові, розладів зору і слуху, гіпергідрозу). При цій патології можуть виникнути аура, миттєва втрата свідомості, раптове падіння з отриманням сильних ударів тіла і вихід з непритомного стану через оглушення, дезорієнтацію, психомоторне збудження або постпароксизмальний сон. Ретроградна амнезія з високим ступенем імовірності свідчить про те, що втрата свідомості може бути проявом безконвульсійної епілепсії.

**5. Парціальні безконвульсійні пароксизми** зі складною симптоматикою, включають наступні психічні феномени. Пароксизми порушень пам'яті проявляються періодичними миттєвими й однотипними порушеннями пам'яті, зокрема пригадуванням при збереженій свідомості. Идеаторні пароксизми – це своєрідні стани, коли раптово виникає яскрава домінуюча настирлива ідея, що витісняє всі інші. Пароксизм триває від кількох секунд до кількох годин. Стан частково забувається.

Афективні пароксизми – це раптова зміна настрою, переважно з експлозивним відтінком. Інколи пароксизм закінчується амнезією, часто з подальшим засинанням. Психосенсорні пароксизми проявляються зміною сприймання навколишнього світу (дереалізацією) або власного тіла, власних думок, переживань, оцінки свого “Я” (деперсоналізацією).

При сноподібних станах, спостерігають симптоми “вже баченого”, “ніколи не баченого”, “вже пережитого”, “ніколи не пережитого”, “вже чутого”, “ніколи не чутого”. До цієї групи пароксизмів належать також запаморочливі стани свідомості. Свідомість раптово звужується, хворі стають дезорієнтованими, не розуміють, що з ними відбувається, не впізнають родичів, близьких, знайомих, можуть здійснити нічим не зумовлені, безглузді вчинки, в тому числі й небезпечні з тяжкими наслідками. Транс – це своєрідний розлад свідомості, коли хворий автоматично виконує складні акти трудової діяльності, немотивовані поїздки, подорожі з подальшою амнезією.

**6. Змішані пароксизми** мають поліморфний характер і включають елементи описаних пароксизмів.

Епілептична хвороба нерідко призводить до своєрідних **змін особистості**. Вона проявляється розвитком недоумства та своєрідних змін характеру.

Основною ознакою **епілептичного недоумства** є деталізація мислення, яка проявляється неможливістю відрізнити основне від другорядного, своєрідною в'язкістю, малорухомістю мислення. Відповісти коротко й швидко на поставлене запитання хворий не може, про найістотніше може не встигнути розповісти, зосередившись на другорядних, непотрібних деталях.

Пам'ять хворих порушена: вони забувають окремі слова, тяжко засвоюють нову інформацію. Змінюється характер: з одного боку, хворі занадто улесливі й люб'язні до нудоти, вживають багато зменшувальних слів, (“ліконьки”, “погодка”, “мікстуронька” тощо), в роботі занадто акуратні й педантичні, з іншого – характерні спалахи гніву і злостивості, прискіпливості в дрібницях, злопам'ятство і мстивість, тобто для хворих на епілепсію типовою є полюсність характеру (загострення протилежних його рис).

**Лікування.** Хворим на епілепсію рекомендують молочно-рослинну дієту з обмеженим вживанням кухонної солі, води, м'яса. Медикаментозне лікування повинно бути індивідуальним з урахуванням клінічних особливостей хворих, ефективності й переносимості чи непереносимості лікарських засобів. Загальні принципи лікування епілепсії такі: строго індивідуальний підбір лікарських засобів, відносно значна тривалість лікування, необхідність періодично змінювати лікарські

засоби внаслідок можливого звикання до них. Закінчуючи лікування, не можна раптово припиняти введення препаратів, оскільки це може спричинити появу нападів і збільшення їх частоти, аж до епілептичного статусу.

Невідкладна долікарська допомога при епілептичному статусі полягає у внутрішньовенному введенні 4 мл 0,5 % розчину діазепаму (седуксену, реланіуму, валіуму або сибазону).

Внутрішньом'язово вводять 5-10 мл 25 % розчину магнію сульфату. Слід пам'ятати, що при епілепсії категорично заборонено застосовувати камфору, коразол, цититон, лобелін і бемегрид. Хворого необхідно негайно госпіталізувати в найближчий стаціонар, де функціонує відділ реанімації або палата інтенсивної терапії. Під час транспортування хворого в стаціонар слід вжити всіх належних заходів, спрямованих на профілактику травматизму, зумовленого можливими конвульсійними нападами в салоні автомобіля.

### Узагальнення та практичні поради

- ◆ Хворі на епілепсію можуть бути госпіталізовані в будь-яке відділення лікарень різних профілів, тому медична сестра повинна орієнтуватись в особливостях цієї патології.

- ◆ Щоб уберегти хворого від можливих ушкоджень, під деякі частини тіла (голову, руки або ноги) бажано підкласти подушку, матрац або згорнуті ковдри. Напад поступово закінчиться самостійно. Після закінчення нападу хворого переносять на ліжко, дають прополоскати рот (можливий прикус язика) і випити трохи води. Після нападу настає сон, якому не слід перешкоджати. Такої ж тактики потрібно дотримувати і при судомних нападах інших генезів.

- ◆ Хворі на епілепсію схильні до дисфорій і агресії, тому медична сестра повинна поводити себе з ними особливо коректно і попередити інших хворих про особливості його психічного стану, щоб запобігти конфліктам.

- ◆ Хворим на епілепсію властиві егоїзм і егоцентризм, вони схильні до конфліктів із сусідами по палаті. Медична сестра повинна проводити психопрофілактику конфліктних ситуацій між хворими.

- ◆ Якщо у відділення госпіталізують 2-х хворих на епілепсію, то їх потрібно розмістити в різних палатах, тому що при розвитку дисфорії конфлікти між ними неминучі.

- ◆ Медична сестра повинна зафіксувати в журналі спостережень факт появи різних пароксизмів у хворих, які знаходяться на лікуванні в стаціонарі (особливо в дітей і підлітків). Наявність пароксизмів може свідчити про можливість виникнення епілепсії.

- ◆ Необхідно звернути особливу увагу на регулярність і правильність приймання ліків хворими на епілепсію. Порушення режиму приймання ліків може спричинити почастішання нападів або розвиток епілептичного статусу.

- ◆ Медична сестра повинна зафіксувати реакцію зниць хворого під час нападу, описати його перебіг у журналі спостережень за хворими і доповісти про напад лікарю.



◆ При почастишанні нападів або розвитку епілептичного психозу чи статусу до хворого необхідно негайно викликати чергового лікаря.

◆ У маніпуляційній завжди повинен бути набір препаратів для купірування епілептичного статусу, а також зонд і шприц Жанне для введення антисудомних препаратів через назогастральний зонд.

### Питання для самоконтролю

1. Чи обов'язково розвиток конвульсійного нападу свідчить про наявність епілепсії?
2. Клініка великого конвульсійного нападу і тактика медичної сестри при ньому.
3. Види й основні клінічні прояви безсудомних еквівалентів епілепсії.
4. Типові зміни особистості хворих на епілепсію.
5. Клініка і невідкладна допомога при епілептичному статусі.
6. Особливості деонтології в роботі медичної сестри з хворими на епілепсію.

### Інволюційні психози, що не призводять до слабоумства

Основними формами інволюційних психозів, що не призводять до слабоумства, є пресенільна депресія і пресенільний параноїд. Найчастіше вони розвиваються в жінок віком 40-60 років, як правило, на фоні вираженого клімаксу, здебільшого після психотравми. Форма психозу значною мірою залежить від преморбідних рис характеру і типу особистості.

**Пресенільна (інволюційна) депресія** переважно розвивається у осіб із психастенічними рисами характеру в преморбіді. У молодому віці їм були властиві тривожні помисли, м'якість і делікатність у поведінці, сором'язливість, вони не вміли постояти за себе тощо.



Інволюційна депресія

Клініка пресенільної депресії проявляється тужливо-тривожним настроєм, песимістичними думками і переживаннями, які стосуються майбутнього хворого і членів його сім'ї. Здебільшого депресія має елементи ажитації: хворий плаче, лементує, стогне, заламує руки тощо. Нерідко виникають маячні ідеї самозвинувачення, винуватості, гріховності, він відмовляється вживати їжу, бо “не заслуговує їсти”, “за їжу нікому платити”, бо “розорує родину, державу” тощо. Хворі слабнуть, марніють, страждають від безсоння. З минулого вони пригадують лише неприємні факти, але депресія в основному спрямована в майбутнє: “У



Малюнок пацієнта з депресією та ідеями самозвинувачення

минулому не було нічого хорошого, зараз дуже погано, а майбутнє буде жахливим”. На висоті психозу можливе приєднання маячення Котара. При цьому синдромі розвивається нігілістичне маячення грандіозного фантастичного змісту. Хворі впевнені, що їх внутрішні органи відмерли, кров зникла, що вони є живими трупами. Заявляють про загибель усього живого і кінець світу. Стверджують, що їх звинувачують у скоєнні тяжких злочинів, за які вони заслуговують на жахливі катування і жорстоку страту. Деякі з них заперечують можливість самої смерті й впевнені, що будуть страждати за свої гріхи протягом тисяч років або і вічно.

Такі хворі схильні до скоєння суїцидів. Здебільшого тривалість захворювання – від 4 до 9 місяців, рідко більше. При адекватному лікуванні термін психозу скорочується. Лікувати таких хворих необхідно в психіатричних стаціонарах. Їм призначають на день антидепресанти, а на ніч – нейролептики з вираженим снодійним ефектом.

**Пресенільний параноїд** розвивається в інволюційному віці, здебільшого при “гіпопараноїчній конституції”. Виникає в егоїстичних, самовпевнених, упертих, недовірливих жінок із твердими і ригідними рисами характеру, владних, які прагнуть боротися і до того ж перебувають у несприятливих умовах життя, передусім особистого.

Здебільшого психоз розвивається поступово. Виникає і викристалізовується маячення переслідування, фізичних або моральних збитків. За структурою маячення має переважно параноїальний характер, галюцинацій практично не буває. Хворі змінюють своє ставлення до людей, які їх оточують, оцінка дійсності в них неправильна. Висловлювання спочатку мають характер реальності (в принципі такі події могли відбуватися), нерідко стосуються минулого або пов’язані із змінами афекту й оманами пам’яті, інколи частково незрозумілі й фантастичні. Емоційно-вольовий стан хворих різний, часом суперечливий, депресивний, піднесений або мінливий, тривожно-полохливий, дратівливий і недовірливий; здебільшого вони шукають співчуття або, навпаки, сповнені сил та енергії, віри в “перемогу” над нереальними ворогами і схильні до переоцінення своєї особистості.

Лікувати пресенільний параноїд необхідно в психіатричному стаціонарі. Ефективність лікування набагато нижча, порівняно з ефективністю лікування інволюційної депресії. Застосування нейролептиків дає здебільшого частковий ефект,

в основному в плані пом'якшення емоційного напруження. Інсулінова гіпоглікемічна терапія не завжди успішна, коматозна ж звичайно не відповідає віку і соматичному стану хворих.

Хвороба має тенденцію до тривожного безремісійного перебігу і не призводить до грубих порушень цілісності особистості, пам'яті та інтелекту. Багатьох хворих після тривалого перебування в лікарні виписують із стаціонара, і вони пристосовуються до життя. За сприятливих соціальних і домашніх умов деякі з них більше не потрапляють до психіатричної лікарні, тяжко хворі стають її постійними пацієнтами.

У профілактиці інволюційних психозів велике значення мають формування з дитинства гармонійної особистості з врівноваженими рисами характеру і корекційні заходи щодо запобігання патологічному клімаксу та належного соціального забезпечення людей пенсійного віку.

### **Узагальнення та практичні поради**

◆ У зв'язку з тимчасовим погіршенням соціальних умов нестабільного перехідного періоду частота інволюційних психозів має тенденцію до зростання. В інволюційному віці природно переважають різні соматоневрологічні хвороби, таких хворих нерідко доводиться госпіталізувати в медичні лікувальні заклади загального профілю. Ось чому медичні сестри повинні мати певний об'єм знань про ці патології.

◆ Догляд за хворими з інволюційною депресією в принципі не відрізняється від догляду за хворими з депресивною фазою МДП. Особливо треба мати на увазі можливість реалізації ними суїцидальних тенденцій, необхідно слідкувати за вживанням їжі.

◆ Якщо у хворих з пресенільним параноїдом є маячення переслідування з боку родичів або знайомих, їх не можна пускати до пацієнтів без дозволу лікаря.

### **Питання для самоконтролю**

1. Які основні фактори впливають на розвиток пресенільних психозів? Їх класифікація.
2. Клініка і перебіг інволюційної депресії.
3. Клініка і перебіг пресенільного параноїду.
4. Особливості догляду за хворими з інволюційною депресією.
5. Особливості догляду за хворими з пресенільним параноїдом.
6. Профілактика пресенільних психозів.

## Психози похилого і старечого віку, які призводять до слабоумства

Найчастішим видом психозу, який розвивається в інволюційному віці і призводить до тотальної деменції, є **хвороба Альцгеймера**. Вона зумовлена атрофією головного мозку. Інколи ця хвороба передається спадково.



**Хвороба Альцгеймера не залежить від соціального статусу пацієнта**  
(екс.-президент США Р. Рейган)

Захворювання проявляється в осіб віком 50-60 років симптомокомплексом із шести «А»: 1) **амнезія**, яка з часом сягає рівня амнестичного дезорієнтування; 2) амнестична і сенсорна **афазія** (хворий перестає розуміти мову та забуває значення предметів і понять); 3) **алексія** (втрата навичок читання); 4) **аграфія** (втрата навичок письма); 5) **акалькулія** (втрата навичок рахування); 6) **апраксія** (втрата здатності виконувати звичні, в тому числі й автоматизовані, дії). У 30-40 % випадків на початкових етапах захворювання спостерігають рудиментарні галюцинації і слабосистематизовані маячні ідеї матеріальних збитків, ревнощів або переслідування. Через 8-10 років, у кінцевій стадії захворювання, відзначають повний розпад психічної діяльності, безпомічність і тотальну афазію. Настає маразм. Хворі лежать в ембріональній позі, з'являються схоплювальні автоматизми, насильний сміх і плач, а також різноманітні гіперкінези. Прогноз несприятливий. Ефективних методів лікування не існує.

На пізніх етапах процесу хворі, як правило, потребують госпіталізації в психіатричний стаціонар або влаштування в інтернат для хворих на хронічні психічні хвороби. Дільнична медсестра повинна контролювати фізичний і психічний стан осіб літнього та старечого віку (особливо самотніх), щоб при підозрі на розвиток хвороби Альцгеймера організувати консультацію лікаря-психіатра та надати можливу медичну і належну соціальну допомогу.

Серед старечих психозів найпоширенішим є **старече (сенільне) слабоумство**. Захворювання починається у віці 65-75 років і проявляється змінами особистості, які поступово наростають, зокрема загостренням та спотворенням попередніх рис характеру: акуратність перетворюється в дріб'язкову педантичність, бережливість – у скупість, твердість – у впертість тощо. Поряд із цим з'являються сенільні риси: звужуються кругозір та інтереси, втрачаються зв'язки з довкіллям, наростають егоцентризм, підозрливість, прискіпливість, злісність.

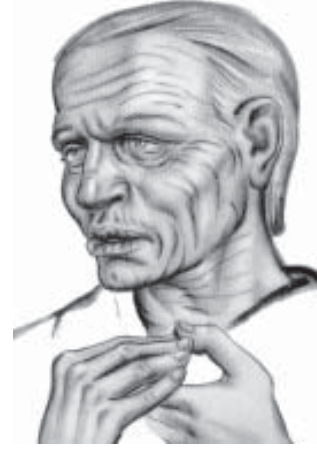
Слабоумство розвивається як прогресуюча амнезія згідно із **законом Рібо**: спочатку хворий втрачає досвід, набутий недавно, найдовше зберігає раніше набутий і закріплений досвід. У міру перебігу хвороби наростають грубі розлади



**Проста форма старечого  
недоумства**



**Конфабуляторна форма  
старечого недоумства**



**Деліріозна форма старечого  
недоумства**

пам'яті (амнестична дезорієнтація, фіксаційна та хронологічна амнезія). Зрештою повністю втрачає знання, професійні та інші навички. Змінює адекватне впізнавання людей, які його оточують, до його спотворення і переміщення в далеке минуле: хворі вважають себе дітьми, оточеними рідними та давно померлими родичами. Нерідко вони не впізнають себе в дзеркалі. Нестримно знижується рівень суджень, з'являються благодушність, безтурботність, ейфорія. Поступово настає повний розлад усіх видів психічної діяльності: тотальна деменція (слабоумство) та фізичний маразм. При прогресуючій деменції можуть виникати психотичні розлади з рудиментарними проявами (депресія, манія, конфабуляція, маячення обкрадання).



**Інволюційна деменція**



Атеросклеротичне недоумство

### Практичні поради

◆ Хворі з грубими порушеннями пам'яті та інтелекту повинні бути під постійним наглядом медперсоналу. Особливу увагу необхідно приділяти забезпеченню гігієнічних потреб, вживанню їжі, профілактиці пролежнів та контролю за пересуванням хворих.

◆ Хворі з грубими порушеннями пам'яті та інтелекту недієздатні й потребують опікунства. Опікуни повинні знати особливості догляду за підопічними, а дільнична медсестра зобов'язана контролювати якість надання опікунської допомоги.

### Питання для самоконтролю

1. Клініка і перебіг хвороби Альцгеймера.
2. Клініка і перебіг старечих психозів.
3. Особливості догляду за хворими з вираженим слабоумством.

### Аномалії розвитку особистості.

Крім соматогенних і функціональних перехідних порушень психіки, ендогенних психозів, а також порушень психіки внаслідок інтоксикації (в тому числі етанолом, наркотиками і токсикоманними середниками), в психіатричній практиці виділяють аномалії розвитку особистості. Основними видами цих аномалій є олігофренія (згідно з МКХ-10, вона віднесена до рубрики "Розумова відсталість") і психопатія (згідно з МКХ-10, віднесена до рубрики "Розлади зрілої особистості й поведінки в дорослих").

**Олігофренія** характеризується недорозвитком інтелекту і психіки в цілому, пов'язаним з ураженням центральної нервової системи у внутрішньоутробному періоді або в ранньому віці, що не має тенденції до прогресування.

Відповідно до етіологічного чинника, виділяють три групи олігофреній.

Перша група – олігофренії ендогенної природи (ураження генеративних клітин батьків):

- ◆ Хвороба Дауна.
- ◆ Справжня мікроцефалія.
- ◆ Ензимопатичні форми олігофренії із спадковими порушеннями різних видів обміну (білкового, вуглеводного, жирового), фенілкетонурія, галактоземія, фруктоземія, гістидинемія тощо.



**Олігофренія. Макроцефалія**

- ◆ Олігофренія, пов'язана з родовою травмою й асфіксією.
- ◆ Олігофренія, викликана черепномозковою травмою в постнатальний період (у ранньому дитинстві).
- ◆ Олігофренія, зумовлена перенесеними в ранньому дитинстві енцефалітом, менінгоенцефалітом, менінгітом.

За вираженням клінічних проявів олігофренії виділяють три її ступені: **дебільність, імбецильність та ідіотію.**

*Дебільність* є найлегшим ступенем недорозвитку інтелекту. Їй властиві різноманітні клінічні прояви. Можливості навчання і соціальної адаптації таких хворих обмежені. Вони не можуть відрізнити основне від другорядного, плутають явища. При незначному порушенні здатності до абстракції хворі діти виконують досить складні завдання, проте і в цьому разі їх розумовий розвиток нижчий, ніж у здорових дітей того самого віку.

Хворі, які мають хорошу пам'ять, здатні запам'ятовувати вірші, пісні, прислів'я, приказки, але, не завжди розуміючи зміст завченого, застосовують їх не до

◆ Клінічні форми олігофренії, які характеризуються поєднанням малоумства із захворюванням кісток, шкіри (дизостозична, ксеродермічна).

Друга група – ембріо- і фетопатії:

◆ Олігофренія, зумовлена краснухою, перенесеною матір'ю під час вагітності (рубеолярна ембріопатія).

◆ Олігофренія, викликана іншими вірусами (грипом, епідемічним паротитом, вірусним гепатитом, цитомегаловірусною інфекцією).

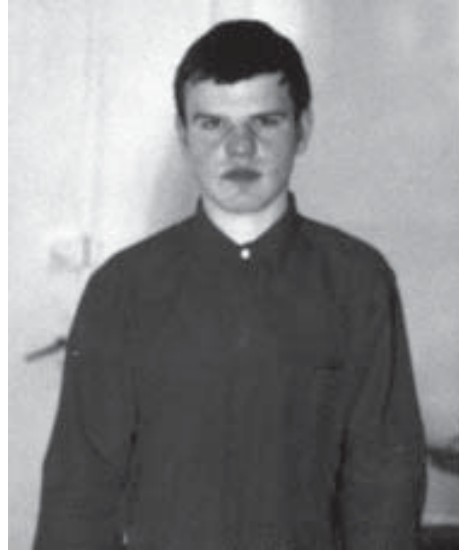
◆ Олігофренія, зумовлена токсоплазмозом і лістеріозом.

◆ Олігофренія, що виникла на основі уродженого сифілісу.

◆ Клінічні форми олігофренії, які розвинулися внаслідок гормональних порушень у матері або під впливом екзо- й ендотоксичних агентів.

◆ Олігофренія, спричинена гемолітичною хворобою новонароджених.

Третя група – різновиди олігофреній, що виникли внаслідок дії різних шкідливих факторів під час пологів і в ранньому дитинстві:



**Олігофренія. Дебільність**

ладу. Поведінка часто наслідувальна, залежить від випадкових подразників і позбавлена плановості, врахування кінцевої мети; часто в ній є інфантильні риси. Так, хворий віком 19 років може разом із 5-річною дитиною гратися “пісочними” іграшками, камінцями тощо.

***Імбецильність*** – це ступінь олігофренії середньої тяжкості, при якому можливе, хоч і обмежене, утворення умовних зв’язків, тобто набуття деяких рухових навичок і мови.



**Олігофренія. Ступінь імбецильності**



Ці хворі можуть відрізнити близьких людей від сторонніх, їстівне від неїстівного, користуватися посудом, одягом, олівцем, іграшками, виконувати найпростіші види роботи, наприклад копати, щось переносити тощо. Вони впізнають знайомі їм предмети, зображені на малюнку, можуть назвати їх, але зрозуміти зміст якоїсь складної за сюжетом картинки здебільшого не спроможні. Вони звичайно не вміють як слід поводитися на уроках у школі: підводяться з місця і ходять по класу під час уроку, не реагують на зауваження вчителя. Одні з них байдужі до всього, що відбувається довкола, мляві, інші – драгієвлив, злобні чи навпаки, добродушні, привітні, працюєвтиві.

**Ідіотія** – це найтяжчий ступінь недорозвитку інтелекту, при якому умовні рефлекси майже або зовсім не виробляються. Внаслідок цього у хворих не розвивається мова, вони не набувають навичок не лише трудових, а й самообслуговування: не можуть одягатися або роздягатися, вмиватися, користуватися посудом, їдять тільки зі сторонньою допомогою. Не розвиваються в них вищі емоції (сором, бривдливість, вдячність тощо). У тяжких випадках хворі не можуть навіть навчитися стояти, ходити, відрізнити їстівне від неїстівного, близьких осіб від сторонніх.

У хворих із легкою формою ідіотії можуть вироблятися деякі умовні рефлекси. Вони впізнають близьких, виявляють до них прихильність, розуміють найпростіші фрази, жести і міміку людей, які їх оточують, здатні навіть самі вимовляти деякі слова, але запас цих слів невеликий. Хворі можуть самостійно їсти, реагувати на все, що відбувається, уникати небезпеки, плакати і сміятися. Однак моторика в них обмежена, не координована, вони роблять багато зайвих, непотрібних рухів, тоді як точні, тонкі та більш диференційовані рухи (наприклад, шиття) їм не вдаються.



Олігофренія. Ступінь ідіотії

Хворі на ідіотію, особливо на тяжку її форму, здебільшого лежать, багато часу сплять, прокидаючись від голоду, холоду, болю тощо. Іноді виникає стан збудження, коли вони галасують, мимрять, плачуть, кусаються, стають агресивними без зовнішніх причин.

Олігофренія являє собою недорозвиток не лише психічних функцій, а й всього організму. Причини цього недорозвитку різні, тому соматичні й неврологічні симптоми хвороби дуже різноманітні.

Будова тіла у хворих на олігофренію здебільшого неправильна, диспласична. Розміри тулуба і кінцівок не відповідають одне одному. Зріст, розміри голови, маса тіла, розвиток волосяного

покриву і жирової тканини недостатні або надмірні. Можуть спостерігатися неправильний ріст зубів, “заяча” губа, “вовча паща”, альбінізм, перетинка між пальцями, неправильна їх кількість (полідактилія), відхилення в розвитку внутрішніх органів.

При неврологічному обстеженні виявляють різноманітні порушення, як локальні, так і загально мозкові (наприклад, при гідроцефалії). Моторика і мова хворих також порушені, розвиваються із запізненням. Рухи незграбні, часто виникають різні дефекти мови.

Олігофренія як хвороба не прогресує. Але це не означає, що стан хворих залишається незмінним впродовж усього їхнього життя. За сприятливих умов виховання і навчання (в спеціальних школах) хворі на олігофренію при ступені імбецильності й, особливо, дебільності можуть до певної міри розвиватися, оволодівати деякими шкільними знаннями, набувати навичок якоїсь професії і згодом працювати. Позитивно діють деякі терапевтичні заходи, особливо в тих випадках, коли встановлено етіологічний чинник.

**Лікування.** Існують різні методи лікування хворих на олігофренію, які застосовують з урахуванням причини захворювання (при можливості їх з’ясування). При розвитку олігофренії на основі сифілісу призначають специфічні лікарські засоби, при ендокринних порушеннях – препарати, які компенсують нестачу відповідного гормону в організмі; при гідроцефалії лікування спрямовують на зниження підвищеного внутрішньочерепного тиску, іноді застосовують хірургічне втручання. Переважно всі ці види лікування не можуть бути високоефективними і повністю нормалізувати стан хворого, бо в основному йдеться про залишкові явища після перенесеного захворювання, а не про хворобливий процес, який перебігає в даний момент.

Профілактика олігофренії ефективніша, ніж терапія. Профілактичне значення має насамперед боротьба з інфекційними захворюваннями, інтоксикаціями, дитячим травматизмом, а також поліпшення надання допомоги при пологах.

Медсестри, які працюють у будинках для немовлят та інтернатах для дітей-сиріт, у своїй практичній діяльності постійно мають справу з дітьми, в яких особливості психічного розвитку значною мірою визначаються наявністю проявів так званої “**психічної депривації**”. Це явище можна було тимчасово спостерігати в післявоєнний час, зараз воно значно поширюється внаслідок зростання соціально-економічних негараздів і зниження моральності суспільства. Багато дітей, які виховуються в притулках, народилися з певними дефектами психіки, зумовленими тим, що батьки, які їх покинули, зловживали спиртними напоями, наркотиками, не турбувались про нормальний перебіг вагітності й пологів. У зв’язку з економічними труднощами такі діти не отримують належного комплексу медико-педагогічної корекції, внаслідок чого ті дефекти психіки, які в принципі піддаються корекції, в них прогресують.

Крім цього, діти-сироти позбавлені повсякденних прикладів для наслідування, які мають діти, що виховуються в сім’ях.

Одним із проявів синдрому психічної депривації є так званий **елективний мутизм**, який характеризується вираженою емоційно зумовленою вибірковістю під час розмови. У дитини у звичних для неї ситуаціях мова задовільна, але вона не може розмовляти в незвичних для неї ситуаціях. Типовим є те, що дитина розмов-

ляє з добре знайомими вихователями або близькими друзями, але мовчить, коли до неї звертаються сторонні люди. Здебільшого елективний мутизм поєднується з іншими вираженими особливостями особистості, зокрема із соціальною тривожністю, відгородженістю, підвищеною емоційною чутливістю або впертістю.

У структурі синдрому психічної депривації нерідко виникає реактивний розлад прихильності дитячого віку (у немовлят та маленьких дітей). Характерними є боязливість і підвищена настороженість, які не зникають при спробах втішити дитину. Типовими є погана соціальна взаємодія з ровесниками, дуже часті акти аллої аутоагресії. Такі діти перебувають у стані постійного душевного страждання.

Маленькі діти з цим субсиндромом виявляють амбівалентні соціальні реакції, які найбільш очевидні в період розлуки або зустрічі. Так, малюки можуть наближатись до вихователя або няні, відвернувши погляд, або пильно дивитись у той бік тоді, коли їх тримають на руках. Вони реагують на осіб, які надають турботливу допомогу, своєрідно реакцією: поєднуються зближення, ухилення і супротив. Емоційні розлади проявляють зовнішнім стражданням, відсутністю емоційного резонансу, реакцію аутизації (наприклад, діти можуть на тривалий час згорнутись “калачиком” на підлозі, ні з ким не спілкуючись і нічим не цікавлячись) і агресивними реакціями в психотравмуючій ситуації. У деяких випадках виникає боязлива і підвищена настороженість (“заморожена пильність”), на яку не впливають спроби втішити. Здебільшого діти проявляють цікавість до спілкування з ровесниками, але повноцінного ігрового контакту не настає внаслідок відсутності емпатії або домінування негативних емоцій.

Реактивні розлади прихильності майже завжди виникають внаслідок грубого і нетактовного ставлення до дитини. При створенні адекватного психологічного клімату цей субсиндром нівелюється.

Тоді, коли дитина, яка звикла до батьків, втрачає їх і переходить у притулок, у неї розвивається психічний регрес (емоційна пасивність, недорозвиток навичок спритності й розумових здібностей). Внаслідок психічного регресу дитина ніби повертається в минулий етап свого розвитку, втрачає деякі вже здобуті навички, наприклад гігієнічні (підтримання чистоти тіла, самостійне виконання сечовиділення і дефекації), уміння самостійно одягатись, не розвиває мовні навички, розмовляє менше і гірше. У неї розвиваються виражені емоційно-вольові порушення: депресія, нудьга, плач; галасливий злобний протест, бігання, пошуки матері, замкнутість, отупілість, яка в більшості випадків має риси прояву моторного регресу – монотонні стереотипні кивальні рухи, смоктання пальців, неартикулярні звуки та інші неадекватні прояви моторної активності, які не відповідають віку дитини.

**Психопатія** – це патологічний розвиток особистості, який зумовлює неадекватне реагування на зовнішні подразники, що викликає неправильні форми поведінки. При психопатіях якісних розладів сприймання, мислення, пам’яті, емоцій та свідомості немає. Однак логіка пацієнтів з психопатією має своєрідний формальний характер, а виражені відхилення в емоційно-вольовій сфері виходять за межі звичайного емоційного відреагування, що визначає характер дій та вчинків, а також стиль усього життя.



Розлади особистості. Психопатія

Є такі клінічні критерії діагностики психопатії:

- ◆ Наявність у людини не окремих рис характеру, а комплексу патологічних проявів, які визначають весь психічний стан особи і тип психопатії.

- ◆ Різко виражена загостреність патологічних особливостей характеру, яка не тільки помітна для людей, але й перетворює пацієнта в так званого соціопата, який травмує суспільство (за Шнейдером, пацієнти з психопатією – це особи, від ненормальності яких страждають вони самі чи суспільство, або страждають і вони і люди, які їх оточують).

- ◆ Крайня нестійкість та лабільність психіки пацієнта з психопатією при певних психо-фізіологічних станах (наприклад, статеве дозрівання, клімактеричний період), а також при різних інтоксикаціях і травмах

призводять до втрати психічної рівноваги з найменшого приводу і розвитку різноманітних патологічних реакцій.

- ◆ Наявність спонтанних, “ідіопатичних” нападів (або фаз), тобто патологічних реакцій без видимої зовнішньої причини.

- ◆ Відновлення звичного психічного стану після нападів або реакцій із збереженням психопатичної особистості.

- ◆ Стійка стабільність психопатичних рис, які становлять психопатичну сутність, майже повна відсутність їх зворотності.

- ◆ Ранній розвиток психопатії, перші ознаки якої звичайно виявляють у ранньому дитинстві.

Згідно з МКХ-10, розрізняють такі основні типи психопатій.

**Емоційно нестійкі розлади особистості.** У поведінці таких осіб домінує виражена тенденція діяти імпульсивно, не думаючи про наслідки, поряд із нестійкістю настрою. Здатність планувати цілеспрямовані адекватні дії в них мінімальна; спахи інтенсивного гніву призводять до насилля; часто виникають афекти, якщо імпульсивні акти осуджуються людьми, або коли хворі зустрічають протидію. Крайній прояв емоційно нестійкого розладу особистості називають “імпульсивним типом”. У вітчизняній літературі цей тип психопатії традиційно називають “психопатією збудливого кола за експлозивним типом”. Стиль життя таких осіб – це “ланцюг безконечних конфліктів”.

**Дисоціальний розлад особистості** (у вітчизняній літературі його називають “психопатією збудливого кола з антисоціальною поведінкою”). При цій формі

психопатії звертає на себе увагу груба невідповідність між поведінкою і пануючими соціальними нормами. Дизсоціальний розлад особистості характеризується такими ознаками:

- ◆ Безсердечною байдужістю до почуттів людей.
- ◆ Грубою і стійкою позицією безвідповідальності та ігнорування соціальними правилами й обов'язками.
- ◆ Неможливістю підтримати стосунки з людьми при відсутності утруднень під час налагодження їх.
- ◆ Низькою толерантністю до фрустрацій, а також низьким порогом розряду агресії, зокрема насилля.
- ◆ Нездатністю відчувати провини, сором і робити адекватні висновки з життєвого досвіду, особливо покарання.
- ◆ Вираженою схильністю звинувачувати людей або давати слушні пояснення своїй поведінці, яка призводить до конфлікту із суспільством.
- ◆ Стиль життя і поведінка таких осіб формується установкою: “Я так хочу, і я завжди правий!”.

**Істеричний розлад особистості** (“психопатія збудливого кола за істероїдним типом”). Він характеризується:

- ◆ СамодраMATизацією, театральністю, перебільшеною експресивністю емоцій.
- ◆ Навіюваністю, легким впливом людей або обставин.
- ◆ Поверховістю і лабільністю емоцій.
- ◆ Постійною потребою, щоб хворих визнавали і захоплювались ними інші люди, і прагненням до діяльності, при якій пацієнт знаходиться в центрі уваги.
- ◆ Неадекватною театральністю зовнішнього вигляду і поведінки.
- ◆ Стилем життя і поведінки істероїдних психопатів – “постійна гра на публіку”.

**Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості.** Ця форма психопатії у вітчизняній літературі називають “психопатією епілептоїдного кола”. Їй властиві:

- ◆ Ригідність психіки і впертість.
- ◆ Підвищена педантичність і неухильне дотримання соціальних умовностей.
- ◆ Надмірна добросовісність, скрупульозність.
- ◆ Стурбованість деталями, правилами, порядком, організацією.
- ◆ Переважання форми виконання роботи над творчим змістом.
- ◆ Надмірна схильність до обережності.
- ◆ Необґрунтовані настирливі вимоги, щоб інші робили точно так, як він сам.
- ◆ Стиль життя і поведінки – “людина у футлярі”.

**Шизоїдний розлад особистості (шизоїдна психопатія).** Для цієї форми психопатії характерними є такі ознаки:

- ◆ Мало що або нічого не приносить задоволення.
- ◆ Емоційна холодність, відчуженість або сплюснена афективність.
- ◆ Нездатність проявляти теплі, ніжні почуття до інших людей, а також гнів.
- ◆ Слабка зворотна реакція на похвалу і критику.
- ◆ Незначний інтерес до сексу.

- ◆ Підвищена схильність до безплідних мрій.
- ◆ Майже постійне прагнення до усамітненої діяльності.
- ◆ Відсутність близьких друзів (або існування одного, який його “розуміє”).
- ◆ Стиль життя і поведінки – “світ сам по собі, я сам по собі”.

**Параноїдні розлади особистості (параноїальна форма психопатії).** Цій формі психопатії властиві:

- ◆ Надмірна чутливість до відмов і невдач.
- ◆ Тенденція бути кимось незадоволеним (відмова вибачати образи, завдання шкоди тощо).
- ◆ Підозрілість і загальна тенденція до спотворення фактів шляхом неправильної інтерпретації нейтральних або навіть дружніх дій людей як ворожих або підозрілих.
- ◆ Войовничо-скрупульозне ставлення до питань, пов’язаних із порушенням прав особистості, що не відповідає фактичній ситуації.
- ◆ Невиправдані сумніви щодо подружньої вірності.
- ◆ Тенденція до завищення самооцінки.
- ◆ Стиль життя і поведінки – “постійна боротьба за справедливість відносно себе”.

**Тривожний розлад особистості.** Цю форму психопатії у вітчизняній літературі традиційно називають психастенією. Для неї характерні:

- ◆ Постійне загальне відчуття напруження з тяжким передчуттям.
- ◆ Постійні сумніви щодо правильності прийнятих рішення і дій.
- ◆ Уявлення про свою соціальну неспроможність.
- ◆ Обмеження життєвого укладу через потребу фізичної безпеки.
- ◆ Ухилення від соціальної і професійної діяльності, пов’язаної із значними міжособистісними контактами, через страх критики або несхвалення.
- ◆ Стиль життя і поведінки за типом “як би чогось не сталося”.

Тривожний розлад особистості нагадує психастенічний невроз, але, на відміну від останнього, не має ні початку, ні кінця.

Наявність певних психопатичних рис особистості, що явно виділяють цих людей із загалу, але які, проте, не сягають рівня соціальної декомпенсації, називають **акцентуацією особистості**.

Тип акцентуації визначається превалюванням аномальних рис особистості, наприклад: “акцентуація особистості за шизоїдним типом”, “акцентуація особистості за істероїдним типом”; “акцентуація особистості за епілептоїдним типом” тощо.

Розрізняють дві основні групи причин розвитку психопатій і акцентуацій особистості. Першою групою причин є дія біологічного фактора. Вона включає в себе вплив спадковості та органічне ураження ембріона і плода під час зачаття, виношування вагітності, пологів та внаслідок перенесених хвороб у ранньому дитинстві. При дії біологічного фактора формуються так звані “ядерні психопатії”. Вважають,

що поміж усіх психопатій питома вага їх становить 5-10%. Другою групою причин є неправильне виховання дитини з раннього віку. Виділяють чотири **основні типи неправильного виховання**:

**1. “Гіперопіка”**. Батьки надмірно опікають малюка, роблять усе за нього (одягають, роздягають, взувають, годують), не дають можливості розвивати навички, якими володіють ровесники. Коли дитина йде до школи, більшість домашніх завдань виконують батьки або репетитори. Іншими словами, батьки активно пригнічують її самостійність. Внаслідок такого “виховання” в дитини формуються психастенічні риси особистості.

**2.** Близьким до попереднього типу виховання є наступний – **“кумир сім’ї”**. Дитина знаходиться в центрі уваги всієї сім’ї або деяких її членів (“мамина доня”, “бабусине золотко”, “татусів скарб” тощо). Усі її бажання, примхи і забаганки негайно виконують. Дитину не привчають адекватно сприймати і розуміти поняття “це зробити не можна”, “це здійснити немає можливості”. Вона твердо впевнена в правильності поняття “я хочу, а ви зобов’язані це зробити”. Спроба відмови виконати чергову забаганку такої дитини викликає бурхливий протест із вираженою істеричною поведінкою. У результаті такого “виховання” виростає індивід з істероїдними рисами особистості (нерідко мають місце певні психастенічні риси характеру).

**3. “Гіпоопіка”** – Діти здебільшого виховуються в неповних або соціально неблагополучних сім’ях. Батьки зловживають спиртними напоями, наркотиками, займаються бізнесом або іншими своїми справами і не приділяють належної уваги вихованню малюка. Така дитина “виживає” сама, її виховує вулиця із своїми неписаними законами, які регламентують норми поведінки. Якщо вона фізично розвинена і рішуча, то зможе себе захистити, тоді починає користуватись авторитетом у своїй компанії. Коли дитина фізично слабка і нерішуча, її всі цькують, знущаються над нею. У першому випадку формується психопатія збудливого типу, в іншому – особистість має риси психастенії, шизоїдності або істероїдності.

**4. “Попелюшка”**. Батьки не люблять дитину, психологічний клімат у сім’ї бідний, увага до малюка недостатня. Вона є тягарем для батьків, інколи ще й нагадує про невдалі спроби зробити в домашніх умовах аборт. Нерідко дитину нещадно експлуатують, примушують виконувати непосильну роботу, жебракувати, імітувати роль каліки або потерпілої внаслідок природної катастрофи. Цигани таких викрадених або підібраних на вулиці дітей калічать, щоб вони краще жебракували. Вони позбавлені сутності поняття “дитинство”. Інколи жертвою такого “виховання” стає дитина від першого шлюбу, коли з’являється сиблінг від другого шлюбу. Дитина від другого шлюбу є бажаною, їй приділяють належну увагу, а дитина від першого шлюбу всім заважає і всіх дратує. На її долю випадають лише образи, прокльони і покарання. Зрозуміло, що особистість такої дитини буде деформованою.

Психопатії, які виникли внаслідок неправильного виховання, називають **“крайовими”**.

До розладів зрілої особистості та поведінки у дорослих відносяться також розлади сексуальної орієнтації та статевої ідентифікації: транссексуалізм, фетишизм, ексгібіціонізм, вуаеризм, педофілія, садомазохізм та ін.



Гомосексуали та транссексуали

Найчастіше психопатія чи акцентуація особистості з'являється при поєднаній дії біологічного фактора і неправильного виховання.

**Лікування і профілактика.** У пом'якшенні й корекції особливостей поведінки при психопатії велике значення мають правильно підібрані виховні заходи, які придатні не тільки для дітей, а й для дорослих: правильний вибір професії, що відповідає властивостям особистості, утримання від вживання алкоголю, який такі особи погано переносять. Велику роль відіграють школи-інтернати для дітей, яких неправильно виховують у родині.

### Узагальнення та практичні поради

◆ Аномалії розвитку особистості не є психотичними захворюваннями, але своєрідні дефекти психіки, які зумовлені цими аномаліями, вимагають від медичної сестри певних знань і навичок щодо догляду за цією категорією пацієнтів.

◆ Осіб, хворих на олігофренію (ступінь дебільності), можуть використовувати наркомани і токсикомани у своїх корисливих цілях. Ці пацієнти не усвідомлюють адекватно наслідків своїх дій, тому їх можна використовувати для крадіжок препаратів із токсикоманічною дією або в якості сексуальних партнерів.

◆ Пацієнти з психопатіями або акцентуаціями збудливого кола схильні до конфліктів і порушень лікарняного режиму. Їх бажано помістити в ізольовані палати.

◆ Пацієнтів із психастенічними рисами особистості бажано помістити в палату, де є сусід із схильністю до лідерства, який сам твердо вірить в успішне лікування і спроможний розвіяти сумніви та утвердити віру в одужання хворого з психастенічними рисами характеру.

◆ Пацієнти з психастенічними рисами особистості нерідко активно вимагають викликів на маніпуляції або обстеження. Вони можуть соромитись нагадати про себе, незважаючи на погане самопочуття.



◆ Медична сестра повинна дотримувати правила: “Насамперед обслужити тяжкохворих, потім – делікатних і нерішучих хворих, а пізніше – хворих, схильних конфліктувати”. Якщо почати день із конфлікту, настрої буде зіпсованим, і це вплине на якість подальшої роботи.

◆ Медичні сестри, які працюють у закладах для дітей-сиріт, повинні завжди пам’ятати про специфічність своїх підопічних. Такі діти, з одного боку, потребують турботи, ласки й уваги, якими вони обділені. З іншого – доглядаючи за такими дітьми, не можна занадто психологічно “прив’язувати” їх до себе, бо вони будуть суб’єктивно сприймати таку медсестру як свою “маму” і вимушена розлука з нею стане черговою психічною трагедією для малюка.

### Питання для самоконтролю:

1. Сутність і класифікація аномалій розвитку особистості.
2. Класифікація і клініка олігофреній.
3. Критерії діагностики психопатій і акцентуацій особистості.
4. Клініка різних форм психопатій.
5. Сутність і клінічні прояви психічної депривації в дитячому віці.
6. Особливості тактики медичної сестри щодо обслуговування пацієнтів з аномаліями розвитку особистості.

### Основи наркології

У МКХ-10 виділено окрему рубрику “*Психічні й поведінкові розлади внаслідок приймання психоактивних речовин*” (F1). У вітчизняній навчальній, науковій і популярній літературі в цю групу патології традиційно входять гостра та хронічна інтоксикація алкоголем, наркотиками і токсикоманічними речовинами. Останні проявляють психотропну дію і здатні викликати явища гострого та хронічного отруєння залежно від дози і тривалості приймання. Руйнівний вплив цих речовин на психіку і сомато-неврологічний стан організму в принципі однаковий – передусім усі вони є психотропними отрутами. Поділ на токсикоманічні середники і наркотики зумовлений юридичною кваліфікацією операцій із цими речовинами. Незаконне виготовлення сировини для наркотиків, їх зберігання, транспортування і розповсюдження переслідуються карним Кодексом України. Аналогічні дії з токсикоманічними речовинами не заборонені. Серед токсикоманічних речовин у нашій країні, як і в більшості країн, заселених білою расою, найбільш поширеними є алкогольні напої (в Україні – горілка, самогон, коньяк типу бренді, вино, пиво).

### Просте алкогольне сп’яніння.

**Просте алкогольне сп’яніння.** Стан гострої інтоксикації без явищ психозу, викликаний прийманням спиртних напоїв, називають простим алкогольним сп’янінням. Розрізняють легкий, середній і тяжкий ступені сп’яніння.

**Легкий ступінь** проявляється ейфорією, гіперемією обличчя, загальним збудженням, тахікардією та підвищенням артеріального тиску до 130-150/80-95 мм рт. ст. (17,3-20,0/10,7-12,7 кПа). Порушень мовної артикуляції та координації рухів не спостерігають. Концентрація алкоголю в крові становить 1-2 ‰. При **середній тяжкості** сп'яніння ейфоричний настрій змінюється на депресивний або дратівливий. Можливі імпульсивні вчинки. Мова стає уривчастою, змазаною. З'являється тахікардія. Артеріальний тиск сягає 140-180/90-110 мм рт. ст. (18,7-24,0/12,0-14,7 кПа). Порушується координація рухів. Концентрація алкоголю в крові дорівнює 3-4 ‰. **Тяжкий ступінь** простого алкогольного сп'яніння супроводжується виключенням свідомості (від оглушення до сопору і коми). Концентрація алкоголю в крові становить 5-6 ‰. Смертельним є приймання такої кількості алкоголю, при якій рівень його в крові перевищує 7 ‰.

**Діагностику** проводять за допомогою клінічного та параклінічного обстежень. До останнього належать виявлення парів спирту у видихуваному повітрі (за допомогою апарата ППС-1) і біохімічні методи визначення вмісту алкоголю в крові та сечі (газохроматичний та спектрографічний). Застосування будь-яких діагностичних проб не виключає клінічного аналізу стану особи. Необхідно зіставляти клінічні та параклінічні дані.

**Лікування** проводять при тяжкому ступені сп'яніння. Для припинення всмоктування алкоголю промивають шлунок 1,0-1,5 л слабого розчину калію перманганату, при необхідності – через зонд. Можна викликати блювання шляхом підшкірного введення 0,25-0,50 мл 1 % свіжоприготовленого розчину апоморфіну. Одночасно вводять 1 мл кордіаміну або 1 мл 20 % розчину кофеїну. Слід дати прийняти 5-8 крапель 10 % розчину аміаку (нашатирного спирту) на півсклянки води. При алкогольній комі хворого необхідно негайно госпіталізувати в стаціонар для проведення інтенсивної терапії або реанімаційних заходів (гемоділюція з форсованим діурезом, внутрішньовенне краплинне вливання поліглюкіну, реополіглюкіну, серцевих глікозидів тощо).

## Хронічний алкоголізм

**Хронічний алкоголізм.** Серед популяції населення, яка приймає спиртні напої, в 5-10 % розвивається хронічний алкоголізм. Це захворювання є одним із різновидів токсикоманії і складається з таких синдромів: патологічного потягу до приймання спиртних напоїв, зміни толерантності (стійкості) до алкоголю, синдрому фізичної залежності, комплексу соматоневрологічних порушень алкогольного генезу, психічних розладів.

У перебізі алкоголізму розрізняють три стадії. Перша (початкова) стадія – **псевдоневрастенічна**. У цій стадії формується патологічний потяг до приймання спиртних напоїв у формі психічної залежності (хворого постійно “тягне” до спиртного), толерантність до алкоголю зростає в 3-5 разів, але абстинентного синдрому немає. Соматоневрологічні порушення мають функціональний характер, особливо після запою. Характерним є симптом анозогнозії, тобто заперечення факту хвороби.



Соціальна та індивідуальна деградація хворого на алкоголізм

Хворі заявляють, що вони цілком здорові, “п’ють, як усі”. Соціально-трудова ситуація здебільшого не змінена.

У другій (**наркоманічній**) стадії формується алкогольний абстинентний синдром (ААС) як прояв фізичної залежності. Основними його симптомами є такі: загальний тремор, тахікардія, підвищення артеріального тиску, пітливість, спрага, нудота, втрата апетиту, пронос, зниження настрою, тривога, фізична слабкість, порушення уваги, розлади сну. Щоб позбутись цих неприємних проявів, хворий змушений прий-

няти відповідну дозу алкоголю, тобто похмелитись. Толерантність до спиртних напоїв зростає в 5-10 разів. Змінюється характер алкогольного сп’яніння: замість ейфорії виникає знижений настрій із дратівливістю та настирливістю.

У другій стадії алкоголізму суттєво змінюється характер хворого. На фоні егоїзму і брехливості розвивається **психопатизація** за такими варіантами:

**1. Експлозивний.** Хворі стають дуже дратівливими, брутальними, озлобленими. З найменшого приводу вони починають конфліктувати, найчастіше з членами сім’ї.

**2. Істеричний.** Для поведінки хворих характерні хвалькуватість, істероїдні реакції (показний плач, гнів, погрози закінчити життя самогубством).

**3. Астенічний.** Хворі знесилені, не можуть упоратися з незначним фізичним чи розумовим навантаженням, стають нерішучими людьми, які пасивно підкоряються чужій волі, за винятком осіб, які забороняють чи засуджують їх пияцтво.

**4. Апатичний.** Розвивається байдужість до родичів, близьких, самого себе, роботи, свого соціального стану, наростають емоційне спустошення і прояви апатико-абулічного синдрому.

У цей період хвороби функціональні соматоневрологічні порушення переростають в органічні. Розвиваються гепатит, панкреатит, гастрит, ентероколіт, алкогольна міокардіопатія, нефрит, гостра та хронічна енцефалопатія, поліневрит. У першій половині другої стадії алкоголізму ці порушення перебігають без вираженого болювого синдрому. Пізніше з’являється біль, який практично не знімається болезаспокійливими чи протиспазматичними засобами. Як правило, він минає або зменшується після приймання невеликої дози спиртних напоїв.

У 10 % хворих виникають алкогольні психози, найчастіше делірій, галюциноз, параноїд, корсаківський психоз, депресія.

У третій (**енцефалопатичній**) стадії хвороби пияцтво набуває сталого характеру, але толерантність до алкоголю різко знижується. Соматоневрологічні зміни стають незворотними. У деяких хворих розвивається хронічний психоз на фоні алкогольної енцефалопатії. Як правило, розпадається сім'я, хворий втрачає роботу і житло. Розвивається повна моральна і фізична деградація.

**Лікування** ефективне в першій і на початку другої стадії алкоголізму. Його проводять у наркологічному стаціонарі й амбулаторно (в тому числі в кабінеті анонімного лікування).

У лікуванні хронічного алкоголізму виділяють чотири етапи. На першому етапі необхідно обірвати запій і зняти ААС. З цієї метою використовують метронідазол, унітіол, натрію тіосульфат і сульфозин. На другому етапі проводять дезінтоксикаційну та загальнозміцнювальну терапію за допомогою унітіолу, метіоніну, гепатотропних засобів, глюкози, інсуліну і вітамінів. Дози лікарських препаратів і термін лікування визначає лікар-нарколог. На третьому етапі застосовують специфічну протиалкогольну терапію. Найефективнішими є психотерапія (кодування) за методом О. Довженка (в різних модифікаціях) і внутрішньом'язова імплантація препарату "Еспераль". Цей етап лікування проводить лише лікар-нарколог. Після цього показане протирецидивне лікування згідно з методикою, яку також визначає лікар-нарколог.

**Профілактика.** Первинна профілактика алкоголізму полягає в санітарно-просвітній роботі, вторинна – у виконанні призначень лікаря-нарколога, спрямованих на запобігання рецидивам, і своєчасному лікуванні хворого при зриві ремісії.

### Алкогольні психози

Приблизно в 10 % хворих, які хворі на хронічний алкоголізм, розвиваються гострі й хронічні алкогольні психози. Серед психозів найчастіше виникає **алкогольний делірій** (біла гарячка). Клінічна картина характеризується в основному наявністю деліріозного синдрому.

**Деліріозний синдром** проявляється дезорієнтацією в часі й просторі із збереженням орієнтації у власній особистості. При цьому з'являються зорові, тактильні та слухові галюцинації.

Переважають зорові зоогалюцинації: мухи, жуки, таргани, миші, пацюки. Рідше хворі бачать людей. Зорові галюцинації можуть мати фантастичний, неправдоподібний характер (чорти, чудовиська). Розвивається психомоторне збудження. Поведінка хворого визначається характером галюцинацій (він збирає жуків, відганяє чортенят, ховається від переслідувачів). Деякі хворі роблять одноманітні рухи, які стосуються їхньої професії (шофер крутить кермо, перемикає швидкість, шукає гальмівну педаль; їздовий керує кінями тощо). Це так званий **професійний делірій**. Прогностично найтяжчим є **муситуючий делірій**, при якому свідомість глибоко затьмарена до рівня аменції. Стан делірію звичайно короткочасний, навіть без лікування він минає через 3-5 діб. Інколи психоз затягується на 1 – 1,5 тижні.



**Муситуючий делірій у хворого на алкоголізм**

при якому температура тіла підвищується до  $39^{\circ}\text{C}$ , і протягом доби після різкого погіршення загального стану хворий раптово помирає при явищах гострої серцево-судинної недостатності.

**Невідкладна долікарська допомога.** Хворим, у яких психоз розвинувся при яскравих проявах ААС, показана суміш Є.А. Попова: 0,4 г фенобарбіталу або будь-який інший снодійний препарат у чотирикратній одноразовій дозі подрібнюють, змішують із 30-50 мл 96 % етилового спирту, додають 70-80 мл води і дають хворому випити. Спирт можна замінити горілкою (120-150 мл). Приймання цієї суміші усуває або значно зменшує прояви абстиненції, а інколи викликає сон. З метою дезінтоксикації внутрішньовенно вводять 10 мл 30 % розчину натрію тіосульфату і внутрішньом'язово 10 мл 5 % розчину унітіолу.

Необхідно якнайшвидше госпіталізувати хворого в найближчий наркологічний, психіатричний чи соматичний стаціонар. При вираженому психомоторному збудженні слід ввести внутрішньом'язово 4 мл 2,5 % розчину аміназину і 4-6 мл 0,5 % розчину реланіуму (седуксену, сибазону). Під час транспортування вживають заходи безпеки, щоб хворий не вистрибнув з автомобіля і не завдав травм особам, які його супроводжують (див. "Психомоторне збудження"). Подальше лікування проводять у стаціонарі лікарі-фахівці (нарколог, а при необхідності – реаніматор).

**Алкогольний галюциноз** – це психоз, який розвивається у другій та третій стадіях алкоголізму і характеризується наявністю слухових галюцинацій.

Клінічно проявляється гострою і хронічною формами. Гострий галюциноз виникає в період ААС або під час запою. Клінічна картина визначається слуховими галюцинаціями, що мають характер монологу, діалогу або полівербального слухового галюцинозу з тематикою звинувачення хворого в пияцтві, спогадами про його минулі вчинки, загрозою жорстокої розправи, яку він заслужив. Інколи деякі голоси захищають хворого. Внаслідок галюцинацій домінують афекти напруженої тривоги, страху, відчаю, які посилюються ввечері й вночі. Свідомість збережена. Алкогольний галюциноз триває 2-4 тижні, іноді проявляється абортивно і редукується



Зорові галюцинації у хворого з білою гарячкою



Слухові галюцинації у хворого з білою гарячкою

через 1-3 доби. Критичне ставлення до свого хворобливого стану під час гострого психозу відсутнє. **Хронічний алкогольний галюциноз** триває місяці й роки, клінічно нагадує шизофренію. Але, на відміну від неї, поступово з'являється критичне ставлення до галюцинацій. Хворий зникає до них і намагається не звертати уваги. Дефекту особистості за шизофренічним типом немає.

При гострому алкогольному галюцинозі хворий, який боїться розправи або виконує наказові галюцинації, може здійснити небезпечні дії (здебільшого самогубство). Такі самі вчинки інколи скоюють хворі на хронічний галюциноз при його загостренні.

**Невідкладна долікарська допомога** полягає у внутрішньом'язовому введенні 2 мл 2,5 % розчину аміназину або 2 мл 0,5 % розчину галоперидолу і 2-4 мл 0,5 % розчину діазепаму (седуксену, реланіуму, сибазону). Хворий на гострий психоз підлягає негайній госпіталізації в психіатричну лікарню.

Після того, як хворого виписали з лікарні, медсестра контролює проведення призначеного протирецидивного або підтримувального лікування, сприяє виробленню установки на тверезий спосіб життя, а тоді, коли він знову починає приймати спиртні напої, або при загостренні психотичної симптоматики організовує консультацію лікаря-нарколога.

**Алкогольний параноїд** – це психоз алкогольної етіології, який проявляється маяченням переслідування або ревнощів.

Хворий впевнений, що йому загрожує фізична розправа або отруєння. Багатьох людей, які його оточують, він вважає переслідувачами, в їх міміці, словах і діях вбачає загрозу для свого життя. Вчинки таких хворих стають імпульсивними: вони раптово починають тікати, на ходу вистрибують із транспорту, звертаються до міліції з вимогою захистити їх від злочинців. При маяченні отруєння відмовляються споживати їжу або готують її самі в окремому посуді. Інколи маячення пере-

слідування супроводжується незначними вербальними ілюзіями та галюцинаціями. Здебільшого гострий алкогольний параноїд минає через декілька днів або тижнів, інколи затягується на кілька місяців (хронічний алкогольний параноїд).

**Алкогольне маячення ревнощів** найчастіше виникає в осіб віком понад 40 років при спричиненій алкоголізмом значній зміні особистості та імпотенції. Спочатку ревнощі проявляються лише в стані сп'яніння. З часом підозри в подружній невірності поступово переростають у маячення. “Обманутий чоловік” звертається за допомогою до органів влади, починає стежити за дружиною і може застосувати до неї жорстоке насилля, особливо коли до маячення ревнощів приєднується ідея отруєння. При алкогольному маяченні переслідування і ревнощів хворий може скоїти фізичну розправу над особою, яка, на його переконання, є ворогом хворого або коханцем дружини. Інколи хворі на гострий алкогольний параноїд учиняють самогубство, щоб “не загинути жахливою смертю від рук переслідувачів”.

**Лікування.** Хворого з маяченням переслідування або ревнощів необхідно за невідкладними показаннями госпіталізувати в психіатричний стаціонар, де провести лікування з приводу алкоголізму та психозу (трифтазин, галоперидол, аміназин, інсулінокоматозна терапія). Після виписування хворого із стаціонару дільнична сестра повинна провести комплекс заходів щодо профілактики рецидиву пияцтва, налагодити спостереження за психічним станом пацієнта і при зміні його поведінки організувати терміновий огляд лікарем-наркологом або психіатром.

**Корсаківський поліневритичний психоз** характеризується наявністю корсаківського синдрому (див. розділ “Порушення пам’яті та інтелекту”) в поєднанні з поліневритом.

Початок психозу переважно гострий. В осіб похилого віку захворювання може розвиватися поступово. Першим проявом психічних розладів буває фіксаційна й інколи ретроградна амнезія тривалістю від кількох днів до декількох років. Деякі хворі прогалини в пам’яті заповнюють конфабуляціями. При вираженій фіксаційній амнезії і конфабуляціях може розвинути амнестичне дезорієнтування в місці, часі й особах, які оточують їх. Виникають млявість, пасивність, зниження спонукань, підвищена втомлюваність. Неврологічний стан характеризується симптомами невритів з атрофією м’язів кінцівок та послабленням або відсутністю сухожильних рефлексів.

**Алкогольні енцефалопатії** розвиваються здебільшого в третій стадії алкоголізму і є найбільш характерним проявом масивної й тривалої дії алкоголю на головний мозок.

Ці ураження головного мозку найчастіше розвиваються при органічній недостатності мозку в умовах масивної інтоксикації сурогатами, при супровідних соматичних захворюваннях, неповноцінному харчуванні, авітамінозі й дії інших факторів, які ослаблюють організм. Досить часто ці стани розвиваються в осіб, які лікувались тетурамом, але продовжували зловживати спиртними напоями, особливо сурогатами.

Основною формою гострої алкогольної енцефалопатії є **енцефалопатія Гайє-Верніке**. Ця геморагічна енцефалопатія, або верхній гострий поліенцефаліт, розвивається здебільшого під час приймання денатурату, неякісного самогону, сурогатів спирту і політури при органічному ураженні головного мозку і хронічних соматичних захворюваннях.

Продромальний період енцефалопатії Гайє-Верніке триває 3-5 місяців. У хворих різко порушується сон, вони втрачають апетит, майже нічого не їдять, різко худнуть, у них з'являються постійні диспептичні розлади, сухість і в'ялість шкіри, її блідість із жовтуватим відтінком. У зв'язку з тремором, який наростає, і загальною слабкістю хворі мало рухаються. З'являються дизартричні розлади, змінюється хода і почерк. Увага і пам'ять слабнуть, хворий швидко виснажується.

При цьому виникають грубі психічні розлади, наприклад тяжкий **делірій**, який може трансформуватись у **аментивний синдром**.

Зміни свідомості мають мінливий характер, при якому явища делірію періодично змінюються глибоким оглушенням, а мовно-рухове збудження – періодами прострації. Характерними для гострої енцефалопатії Гайє-Верніке є підвищення температури і наявність судомних нападів. Це захворювання нерідко ускладнюється пневмонією і порушеннями серцево-судинної діяльності, що здебільшого закінчуються смертю. Перебіг гострої енцефалопатії Гайє-Верніке може бути “блискавичним”, коли при виражених вегетативно-неврологічних розладах швидко приєднуються глибоке оглушення, сопор і кома, які призводять до смерті хворого.

Основними формами хронічної алкогольної енцефалопатії є корсаківський психоз, алкогольна деменція й алкогольний псевдопараліч.

Корсаківський алкогольний поліневротичний психоз є найбільш частим варіантом хронічної алкогольної енцефалопатії. Йому передують тяжкий алкогольний делірій або гостра енцефалопатія Гайє-Верніке.

Настрій у цих хворих звичайно має відтінок ейфорії, у зв'язку з чим вони часто переоцінюють свої можливості й недооцінюють реальну перспективу. В них порушується здатність прогнозувати результати діяльності. У хворих згасають потяги і спонукання, мотивація до діяльності. Поступово розвиваються пасивність і в'ялість. Афективні прояви лабільні. Плоска ейфорія з відтінком безпечності й метушливості змінюється на байдужість або підвищену подразливість.

Дефекти пам'яті й психічна неспроможність, як правило, мало турбують цих хворих, вони не усвідомлюють свого дефекту, тому з власної ініціативи до лікаря-психіатра звертаються рідко, а якщо звертаються, то до лікарів-терапевтів або невропатологів.

**Алкогольна деменція** характеризується симптомами зниження інтелектуально-мнестичних і емоційно-вольових якостей особистості.

Атрофуються морально-етичні установки, втрачаються відчуття сорому, власної гідності й відповідальності за свої вчинки, а також звичні інтереси, творчі й професійні можливості. З'являється грубий і цинічний “алкогольний гумор”. Основ-



ним мотивом поведінки стає добування і приймання будь-яких спиртних напоїв (найчастіше дешевих сурогатів). Грубих порушень пам'яті при алкогольній деменції не виникає, але рівень осмислення і його критичність різко знижуються.

**Алкогольний псевдопараліч** – це хронічна енцефалопатія з прогресивним перебігом і глобальним порушенням інтелектуально-мнестичних процесів, клінічна картина якої нагадує прогресивний параліч (звідси назва “псевдопараліч”).

Алкогольний псевдопараліч може розвиватись повільно, але інколи маніфестує гостро як наслідок тяжких рецидивних алкогольних психозів.

У хворих виявляють виражене зниження рівня суджень, некритичне ставлення до себе і людей. Вони безцільно блукають у парках, на вокзалах, у місцях громадського харчування, мандрують у приміських поїздах. Настирливо чіпляються до людей, “впізнають знайомих”, які цих хворих ніколи не бачили, пригадують їм свої заслуги, жебрають на випивку, ображаються, коли їх не хочуть “впізнати” або “визнати”.

Хворі з хронічними алкогольними енцефалопатіями здебільшого повністю не працездатні, а інколи навіть потребують постійного стороннього нагляду. Лікування є відносно ефективним лише на початкових стадіях енцефалопатії (кращий прогноз при корсаківському психозі). Воно передбачає введення великих доз вітамінів групи В і ноотропних засобів на фоні загальноозміцнювальної терапії і належного харчування.

### **Узагальнення та практичні поради**

◆ Зловживання спиртними напоями є досить поширеним явищем. Серед хворих на алкоголізм соматоневрологічні, венеричні й інфекційні хвороби, різноманітні травми виникають частіше, ніж у загальній популяції. Такі хворі можуть лікуватись у будь-якому медичному закладі, тому медична сестра повинна достатньою мірою орієнтуватись у вузлових питаннях цієї соціально-медичної проблеми.

◆ Хворі на алкоголізм здебільшого психопатизовані й схильні до порушення лікувального режиму. Медична сестра повинна проявляти щодо них твердість та принциповість і, не порушуючи принципів медичної етики та деонтології, рішуче попереджувати спроби асоціальної поведінки.

◆ Медики білої раси (особливо слов'яни) традиційно входять у першу десятку професій підвищеного ризику щодо зловживання спиртними напоями. Це пов'язано з особливостями культуральних традицій (хворі, яких виписують із медичних закладів, зазвичай “віддячують” медикам піднесенням “могоричу”). З часом приймання спиртних напоїв може стати своєрідною традицією з подальшими негативними наслідками. Це один із проявів так званої “професійної психічної деформації медика”. Майбутні медичні сестри повинні про це пам'ятати.

◆ У більшості випадків розвитку алкогольного делірію йому передують передделірійний період. Спочатку у хворого нарастають явища алкогольного абстинентного

синдрому. Сон стає переривистим, нерідко розвивається безсоння. Хворий стає тривожним, з'являються елементи невмотивованої метушливості. Прогресують вегетативні порушення (гіперемія шкіри, підвищена пітливість, тахікардія, підвищення АТ). Якщо чергова медична сестра помітила у хворого з алкогольними стигмами наростання явищ абстиненції і порушення сну, вона повинна доповісти про це лікарю-куратору. Запобігти розвитку алкогольного делірію набагато легше і безпечніше, ніж лікувати психоз.

◆ Якщо хворий знаходиться в соматоневрологічному стаціонарі з приводу хвороби, яка потребує обов'язкової спеціалізованої допомоги (наприклад, оперативного втручання), а в нього розвинувся гострий алкогольний психоз, біля пацієнта необхідно встановити індивідуальний пост.

### Питання для самоконтролю

1. Клініка і діагностика простого алкогольного сп'яніння.
2. Методика приведення до тверезості при простому алкогольному сп'янінні.
3. Клініка і перебіг алкогольного делірію.
4. Клініка і перебіг алкогольного галюцинозу і параноїду.
5. Клініка і перебіг корсаківського амнестичного алкогольного психозу й енцефалопатії Гайє-Верніке.

### Токсикоманії і наркоманії

**Токсикоманії і наркоманії**, або зловживання психоактивними речовинами, – це хворобливий потяг до приймання певних речовин із метою досягнення стану ейфорії або отримання штучного збудження, внаслідок чого розвиваються психофізична залежність і своєрідна деградація особистості, нерідко настає передчасна смерть.

Наркотичними є ті токсикоманічні засоби, які наказом Міністра охорони здоров'я країни віднесені до наркотиків, тому за їх незаконне виготовлення, зберігання та розповсюдження встановлено кримінальну відповідальність. Підлітки здебільшого приймають токсикоманічні речовини (вдихають пари бензину, ацетону, органічних розчинників, клеїв), снодійні препарати, протипаркінсонічні засоби тощо. Старші підлітки та юнаки приймають наркотики (препарати опійного маку, коноплі, ефедрину, кокаїн, барбітурати, транквілізатори).

Сучасна класифікація наркотичних засобів:

- ◆ Седативні препарати (опійні наркотики і снодійні барбітуратної групи тощо).
- ◆ Стимулювальні препарати (ефедрин, фенамін, кокаїн тощо).
- ◆ Психоделічні препарати, тобто ті, які змінюють свідомість (дієтиламід лізергінової кислоти (ЛСД), препарати коноплі та інші галюциногени).



Прийом препаратів опійного маку

Хронічна інтоксикація психоактивними речовинами проявляється синдромами зміненої реактивності, психічної і фізичної залежності, а також своєрідним симптомокомплексом наслідків і ускладнень зловживання токсикоманічними та наркотичними сполуками.

**Синдром зміненої реактивності** складається із змін форми приймання токсикоманічної чи наркотичної речовини, сп'яніння, толерантності й втрати захисних реакцій.

**Синдром психічної залежності** включає в себе нав'язливий (обсесивний) потяг до приймання звичної токсичної речовини, а також потребу досягти психічного комфорту в стані інтоксикації.

**Синдром фізичної залежності** складається з комплексу імперативного (компульсивного) потягу до інтоксикації звичним наркотиком і абстинентного синдрому.

**Наслідки хронічної інтоксикації** токсикоманічними і наркотичними речовинами характеризуються прогресуючим порушенням соматоневрологічної сфери та різноманітними проявами морально-етичної й інтелектуальної деградації.

Запідозрити потяг до приймання токсикоманічних і наркотичних речовин у підлітковому та юнацькому віці можна за низкою ознак: 1) втрата інтересу до навчання і часті пропуски занять без поважних причин; 2) невмотивоване зниження успішності; 3) ухилення від суспільно корисної праці; 4) втрата приязних стосунків із друзями, які негативно ставляться до приймання наркотичних і токсикоманічних речовин; 5) контакти з особами асоціальної поведінки; 6) різка зміна спектра інтересів, спонукань до діяльності та звичного стилю поведінки; 7) поява в характері негативних рис, зокрема брехливості, цинізму, егоїзму; 8) уникання побутових обов'язків; 9) пізні повернення додому; 10) підвищений інтерес до відвідуван-



**Трофічні зміни внаслідок вживання наркотиків**

ня розважальних закладів, зловживання тонізуючими напоями, куріння; 11) намагання будь-що роздобути кошти для задоволення невідомих батькам потреб; 12) затримування правоохоронними органами у зв'язку з асоціальною поведінкою; 13) приймання з приводу різноманітних “недуг” непевних ліків, джерело отримання яких невідоме близьким; 14) зміни емоційного та життєвого тону: зранку – пригніченість, апатія чи дисфорія, а після повернення додому – ейфорія, жвавість, балакучість.

Діагностує стан наркотичного або токсикоманічного сп'яніння лікар-нарколог при виявленні відповідних речовин у крові або сечі. Діагностувати приймання опіатів у другій стадії опіатної наркоманії можна за допомогою викликання штучного абстинентного синдрому після введення налорфіну (антагоніста опіатів).

Нижче описано основні ознаки хронічної інтоксикації наркотичними і токсикоманічними препаратами та засобами, наявність яких із достатнім ступенем вірогідності може свідчити про систематичне зловживання ними. Під час проведення

масових профілактичних оглядів, а також при огляді хворих на амбулаторному прийомі або в стаціонарі, медики повинні звертати увагу на можливі ознаки, що часто характерні для осіб, які зловживають наркотичними і токсикоманічними речовинами.

Так, будь-якому виду наркоманії або токсикоманії властиві неспецифічні соматоневрологічні стигми: ознаки зниженого живлення, одутлість обличчя, рідкий волосяний покрив, своєрідний вигляд очей, який характеризується западанням очних яблук, помутнінням погляду без приймання наркотику й особливим блиском очей після його прийняття, нездорове жовтяничне або землисте забарвлення шкірних покривів, дистрофічні або запальні зміни шкіри, слизових і внутрішніх органів, тьмяність і ламкість нігтів, патологія ротової порожнини (випадання і ламкість зубів, карієс, стоматити і гінгівіти). Особливе діагностичне значення мають наявність рубцевих змін вен, сліди від ін'єкцій (особливо внутрішньовенних) і рубців від порізів у ділянках передпліч. Деякі наркомани і токсикомани перед відвідуванням лікаря стараються замаскувати сліди ін'єкцій шляхом інтенсивної обробки шкірних покривів пемзою під час приймання ванни. Тоді звертає на себе увагу наявність поверхневих подряпин на шкірі. У зв'язку з тим, що візуально визначити постін'єкційні зміни не завжди вдається, в сумнівних випадках необхідно дослідити стан поверхневих вен пальпаторно. Потрібно мати на увазі, що хворі з наркоманіями і токсикоманіями нерідко стараються сховати сліди уколів і можуть робити ін'єкції в нетипових місцях (підпахвинні впадини, пахвинні складки, під грудну залозу тощо).

Медичні сестри, які працюють у стаціонарах, зобов'язані бути пильними в плані можливості зловживання наркотичними і токсикоманічними засобами деякими хворими. При цьому їх повинна насторожити своєрідна поведінка. У відділенні наркомани і токсикомани швидко групуються та намагаються встановити тісний контакт із середнім і молодшим медперсоналом, за допомогою якого сподіваються дістати препарати, які б викликали сп'яніння. З цією ж метою вони заводять тимчасову "дружбу" з хворими, які отримують такі засоби.

У хворих із наркоманіями і токсикоманіями, як правило, порушується сон. Вони постійно скаржаться на безсоння і просять або настирливо вимагають призначити їм снодійні препарати (ноксирон, барбітурати, транквілізатори, димедрол тощо). Нерідко хворі скаржаться на гострий біль (найчастіше зубний біль, біль, який імітує невралгію трійчастого нерва, напади мігрені, печінкова або ниркова коліка) з метою отримання наркотиків, анальгетиків, транквілізаторів і снодійних препаратів. Здебільшого вони демонструють напади "непереносимого болю" вночі, коли є труднощі в плані забезпечення їх консультативною допомогою з боку спеціалістів вузького профілю (стоматолога, невропатолога, уролога тощо), а середній медперсонал не бажає "возитись" з хворими і надає їм відповідну "допомогу". Хитрість, винахідливість, брехливість і підступність цих хворих не має меж. Якщо отримати бажані препарати неможливо, вони всілякими шляхами намагаються дістати їх за допомогою родичів, відвідувачів та інших хворих. Важливо налагодити спостереження за особливостями вживання їжі хворими. Більшість наркоманів і токсикоманів мають поганий апетит і їдять мало м'ясних продуктів. Починаючи їсти, деякі опіомани відчують "спастичний" біль жувальних м'язів, а тому часто роблять перерви. Після зникнення гострих проявів абстиненції анорексія нерідко змінюється на булімію. При цьому перевага надається солодощам і жирним стравам (меду, варенню, тістечкам із вершками). Опіомани не переносять тютюновий дим у період гострих явищ абстиненції і починають знову курити тоді, коли їм вдається прийняти наркотик. Зміна періоду завзятого куріння на період відрази до тютюнового диму поряд з метушливістю, що характерно для опійного абстинентного синдрому, може бути ознакою наркоманії.

Під час вимушеної депривації звичного засобу у хворих спостерігають своєрідну мозаїку в'ялості, гіпо- й анергізму, апатії й ажитації, іпохондричності й дисфоричності. Якщо хворий у такому стані виходить із відділення або ховається у ванній кімнаті, туалеті або іншому місці, а після цього з'являється в палаті зовсім інакшим ("оздоровленим"), ймовірно, що він прийняв потрібний йому середник. На аналогічні зміни загального стану старшокласників, молоді, яка навчається і працює, повинні звертати увагу класні керівники, наставники груп, майстри виробничого навчання і бригадири.

**Абстинентний синдром** при наркоманіях і токсикоманіях проявляється великою кількістю різноманітних симптомів. Більшість із них є неспецифічними: погіршення загального самопочуття і настрою, позіхання, озноб, безсоння, анорексія з подальшою булімією, неприємні відчуття в м'язах із частими судомою або м'язовим

гіпертонусом з посіпуванням м'язів. У неврологічному статусі спостерігаються явища вегетативної дисфункції (мідріаз, тахікардія, судинна дистонія зі схильністю до підвищення АТ), гіперрефлексія, тремор пальців витягнутих рук, а інколи і всього тіла, рухова активність з ажитацією, яка зумовлюється пропріоцептивними неприємними відчуттями.

Важливою ознакою абстинентного синдрому є зміна психічного статусу з мозаїчністю емоційних порушень – явища психічного дискомфорту з переважанням явищ депресії, які змінюються на злобу, дисфорію, тривожний настрій, плаксивість із частими істеричними реакціями і демонстративною поведінкою.

Віддиференціювати конкретний вид наркотичної чи токсикоманічної абстиненції можна за наявністю симптомів, відносно специфічних для кожного виду інтоксикації.

**Гостра інтоксикація гашишем.** Найбільш поширеними наркотиками у світі є маріухана і гашиш. Активний компонент цих речовин – 9-тетрагідроканнабіол – знаходиться в коноплі. Його важко віднести до якогось певного класу психотропних агентів, тому що він одночасно проявляє збудливу, ейфоризуючу та галюциногенну дію. Ці наркотики майже завжди вживають шляхом куріння, додаючи їх до тютюну.

Характерними особливостями сп'яніння від одурманливих речовин із коноплі є: ейфорія, напади невмотивованого сміху, бажання співати, танцювати, руховий неспокій, прискорене непослідовне мислення, безладність мови, гіпертрофія чутливого компонента всіх переживань, можливість розвитку яскравих, барвистих зорових ілюзій. Спостерігають мінливість афективності: ейфорія раптово і невмотивовано змінюється на розгубленість, страх втратити розум, відчуття спустошення і сорому. З'являється відчуття нереальності й зміни довкілля та відчуження власного тіла (дереалізація і деперсоналізація). Порушується сприймання характеру та інтенсивності звуків і шумів, розмірів предметів (часто збільшення, видовження їх). Сп'яніла людина відчуває сильну спрагу і голод, але вживає лише гарячу воду, тому що холодна вода і їжа викликають майже миттєве витверезження. Досвідчений наркоман задовольняє відчуття голоду лише після всіх фаз сп'яніння або при нагальній необхідності швидкого витверезження. Характерною ознакою колективного приймання препаратів коноплі є взаємодія емоційних переживань усіх членів групи. Варто одному засміятись – миттєво безпідставно регоче вся група, в когось з'явилось відчуття страху – в усіх розвивається паніка.

Об'єктивні ознаки: гіперемія обличчя й, особливо, склер (характерний симптом "червоних очей"), очі блищать, зіниці розширені. Виникають непереносимість світла і відчуття різі в очах, внаслідок чого сп'яніла людина прижмурюється. З'являються сухість язика і губ, легке порушення координації рухів. Мова стає сплутаною, голос – хриплим. Виникають тахікардія, тахіпное, гіпертензія, горизонтальний ністагм, гіперрефлексія.

При значному передозуванні наркотику, що здебільшого спостерігають у новачків або примітивних осіб, може розвинутихся оглушення, яке інколи переходить у сопор або кому. Зіниці при цьому різко розширюються і не реагують на світло.

Характерні тремор, лабільність артеріального тиску (підвищення при сопорі й падіння при глибокій комі). Феноменологічно клінічні прояви при гострому отруєнні гашишем нагадують отруєння атропіном.

Абстинентний синдром при гашишизмі проявляється сенестопатіями, депресивно-іпохондричним відтінком настрою, а також схильністю до ажитації і дисфоричних реакцій при загальній астенії. Психічний потяг досить виражений. Нами виявлено типовий симптом – відчуття “ломки” в поперековій ділянці хребта. Люмбалгія частіше виникає в наркоманів, які приймають препарати коноплі у вигляді ін’єкцій.

Об’єктивними ознаками гашишно́ї абстиненції є мідріаз, позіхання, озноб, анорексія, тремор, м’язова гіпертензія, підвищення артеріального тиску і тахікардія.

Інколи на 3-5 добу утримання від наркотику до депресивно-іпохондричного настрою приєднується відчуття тривоги, яке зростає. У таких випадках можливий розвиток абстинентного психозу, зокрема делірійного синдрому, іноді запаморочливого затьмарення свідомості або галюцинаторно-параноїдного (шизоформного) синдрому. При цьому хворий блідий, із сухим блиском очей, хриплим голосом внаслідок сухості в роті й горлі.

У більшості хворих явища абстиненції минають протягом 2-4 діб, але інколи (особливо в осіб, які приймають наркотик у вигляді ін’єкцій) можуть затягнутись до 3-4 тижнів.

**Гостра інтоксикація опіатами.** При прийманні будь-яких опіатів, крім кодеїну, в дозі, яка викликає сп’яніння, виникає своєрідний стан безтурботного приємного спокою і загального розслаблення, яке супроводжується швидкими змінами позитивно забарвлених візуалізованих уявлень (“маячноподібних фантазій”). Сп’яніла людина в’яла і малорухлива, в руках і ногах відчуває тяжкість і тепло. Якщо обставини дозволяють, то цей стан переходить у поверхневий сон. Досвідченим наркоманам при необхідності вдається приховати сп’яніння (дисимуляція сп’яніння утруднена лише в новачків). При вступі з ними в активний контакт блаженство може перетворитись на підвищену балакучість з ейфоричним відтінком настрою.

Об’єктивні ознаки сп’яніння: звужені зіниці, сухість шкіри і слизових, гіпотонія, брадикардія, гіпотермія, гіперглікемія, гіперрефлексія, благодушний настрій, швидка мова і зміна асоціацій.

**Кодеїнове сп’яніння** викликає прискорення мислення і мови, а також рухове збудження. Мова сп’янілої людини стає голосною, швидкою з постійною зміною теми. Підвищення рухової активності може носити елементи ажитації. Доза кодеїну, яка спричиняє сп’яніння, не викликає сну.

Об’єктивні ознаки: гіперемія і набряк обличчя, гіперемія верхньої частини тулуба, свербіння шкіри обличчя, шиї, грудей, спини, рук.

Значне передозування опіатів може викликати глибоке виключення свідомості (до сопора і коми). Досить часто дихання змінюється за типом Чейн-Стокса, виникають міоз (при глибокій комі можна спостерігати мідріаз), блідість шкіри, глюкозурія, альбумінурія.

**Особливості опіатної абстиненції.** Першими ознаками опіатного абстинентного синдрому є мідріаз, позіхання, слезотеча, ринорея, напади чхання, анорексія, порушення сну. Ця фаза абстинентного синдрому може тривати від 3 діб до 2-3 тижнів і обмежуватись лише цими симптомами. У більш злісних наркоманів до цих явищ через 1-2 доби приєднуються переміжні стани жару і ознобу із “гусячою шкірою”, напади пітливості й загальної слабості. Чхання стає частішим, може ставати пароксизмальним (10-100 разів підряд), посилюються ринорея і слезотеча. Внаслідок різкого розширення зіниць хворі погано переносять світло і жмуряться. Виникає біль у міжщелепних суглобах і жувальних м’язах, який посилюється тоді, коли вони починають вживати їжу або коли думають про неї. З’являється слинотеча. Через кілька годин приєднуються найбільш тяжкі прояви абстиненції, так звана “ломка”. Великі м’язи спини і кінцівок “крутить”, “зводить”, інколи з’являється вкрай болоче відчуття відриву м’язів від кісток. Різко підвищується потреба в русі, хворі постійно безцільно ходять. Дещо пізніше з’являються часті проноси з тенезмами і нападами сильного болю в кишечнику. Явища опіатної абстиненції, як правило, перебігають при вираженій депресії зі схильністю до дисфоричних та істероїдних реакцій з відповідною поведінкою.

Після того, як гострі прояви абстиненції редукуються, у хворих розвивається стійка астения. Явища вираженої астенизації в перші 1-1,5 місяця супроводжуються стійким безсонням, але пізніше з’являється сонливість, яка триває до 2-3 місяців. У цій фазі хворі не можуть працювати, вони засинають у будь-якому місці й у будь-якій позі.

На відміну від інших явищ абстиненції, які минають (у зворотному порядку) через декілька днів або тижнів, у багатьох злісних у минулому наркоманів м’язовий біль може утримуватись місяці, навіть роки, і періодично посилюватись, незважаючи на виключення приймання наркотику. Потрібно мати надзвичайно велику силу волі, щоб в умовах пролонгованої “ломки” втриматись від відновлення наркотизації.

Клінічні прояви **кодеїнової абстиненції** аналогічні, але перебігають менш виражено і тривають в 1,5-2,0 рази довше.

**Гостра інтоксикація кокаїном.** Кокаїн отримують із листя південноамериканського куща коки. Він має вигляд білого порошку (“снігу”), який приймають шляхом вдихання в ніс або у вигляді ін’єкцій. Кокаїн передусім викликає стан загального збудження в поєднанні з ейфорією. Під дією цього наркотику людина почуває себе сильною і діяльною, чітко бачить життєву перспективу, відчуває надлишок сил і впевненість у собі. Приймання кокаїну після короткочасного запаморочення і незначного головного болю призводить до покращання самопочуття з посиленням інтелектуальної діяльності. При цьому підвищується працездатність. Потік думок і мова прискорюються. Характерним симптомом кокаїнізму є графоманія. Хворі пишуть листи, заяви, спогади з частими однотипними роздумами і повтореннями.

У більшості хворих спостерігають підвищену активність і потяг до діяльності. Вони постійно в русі. Приймання кокаїну пригнічує відчуття голоду і спраги.



Цей період кокаїнового сп'яніння нагадує маніакальний синдром. Такий стан триває 1,5-2,5 год і змінюється знесиленням, апатією і пригніченим настроєм. Інколи в наркоманів з'являються зорові й тактильні галюцинації та симптом Маньяна.

При більш вираженому отруєнні кокаїном виникають мідріаз, блідість шкіри, нудота, тремтіння, пітливість, загальна слабкість, запаморочення, тахікардія, а потім зниження артеріального тиску, колаптоїдні стани або знепритомнення. У деяких випадках перед розвитком колапсу можна спостерігати психомоторне збудження із затьмаренням свідомості. При сильному отруєнні настає смерть від паралічу дихання, рідше – від зупинки серця. Інколи перед смертю спостерігають нетривалий епізод делірійного затьмарення свідомості з яскравими зоровими і тактильними галюцинаціями, маренням і різким руховим збудженням. Делірій супроводжується клонічними і тонічними конвульсіями. Якщо хворі виживають, вони певний час скаржаться на головний біль і сильну загальну слабкість із запамороченням.

Фізична залежність від кокаїну настає лише після тривалого систематичного приймання його, проте виражена психічна залежність розвивається досить швидко.

**Гостра інтоксикація ефедрином.** З метою сп'яніння приймають ефедрину гідрохлорид і окислений ефедрин (ефедрон, жаргонні назви “джеф”, “марцефаль”, “мулька”). Приймання цих речовин викликає стимулювальний ефект. Сп'яніння починається з відчуття легкості, “відчуття польоту”, чіткості та яскравості сприймання довкілля. Потім з'являється відчуття теплої хвилі в тілі, мислення стає прискореним із легкою зміною асоціацій.

У токсикоманів-початківців виникають надмірна моторна активність, безглузда метушливість, настирлива багатомовність. Після декількох приймань ефедрину метушливість змінюється на більш цілеспрямовану діяльність, яка найчастіше має риси “творчого” характеру. Сп'янілі люди починають рифмувати, намагаються писати вірші, листи, малюють. У період сп'яніння немає відчуття голоду, спраги, потреби в сні. Спостерігається блідість обличчя, мідріаз, сухість губ, тахікардія, незначна гіпертензія, дрібний тремор пальців рук, легка дискоординація рухів, незначний латеральний ністагм. Ейфорична фаза сп'яніння в новачків триває близько 6 год, при повторних інтоксикаціях вона скорочується до 4-2 год. Закінчується в'ялістю, знесиленням, серцебиттям, сухістю в роті, потягом до повторного приймання ефедрину.

**Ефедрінова абстиненція.** Явища абстиненції при ефедріновій токсикоманії мають стадійний розвиток. Після припинення приймання звичної речовини з'являються запаморочення, нудота, нездатність тривалий час виконувати фізичну і розумову роботу. Виникають блідість обличчя, міоз, сухість у роті, пітливість (особливо вночі), тахікардія і підвищення артеріального тиску. Характерним є яскравомалиновий “лакований” язик із фібрилярними посіпуваннями. Мова хворих не зрозуміла, “змазана”. Координація рухів порушується, хода стає атаксичною. З'являються світлофобія, ріжучий біль в очах. Протягом перших діб перебування в стаціонарі вони ні з ким не спілкуються, дрімають або сплять.

Через 12-24 год з'являються головний біль і відчуття розбитості у всьому тілі, фібрилярні посіпування окремих м'язів. Потім виникають біль у великих суглобах, болючі судомні зведення м'язів, біль у кишечнику і пронос.

Емоційне тло нестійке з багаторазовими протягом дня перепадами настрою від гіпоманіакального (нерідко гнівливого) до виражених дисфорій зі зловним і похмурим афектом, підозрілістю і незадоволенням усім, що оточує хворого. Сонливість змінюється на безсоння, особливо тяжко хворим заснути. Характерними є пароксизмальні загострення апетиту, перевага віддається солодкій їжі. Дисфоричний етап абстиненції триває до 2-х діб і змінюється на явища апатичної депресії. Хворому здається, що життя втратило перспективу і сенс, ніщо не викликає інтересу, все стає “бридким”. Розвивається різка фізична слабкість. Незважаючи на компульсивний потяг до ефедрину, хворі у зв’язку із різким зниженням психоенергетичного потенціалу не спроможні в цей період виконувати активні дії, спрямовані на добування наркотику. Через 1-2 тижні стан хворого покращується, але ще протягом 2-3 тижнів залишаються явища астенизації ЦНС. Обсесивний потяг зберігається до 3-х місяців.

**Інтоксикація снодійними препаратами.** Сп’яніння від приймання снодійних препаратів у новачків може виникати від потрібної терапевтичної дози. У подальшому, при розвитку токсикоманії або наркоманії, внаслідок підвищення толерантності наркомани для того, щоб викликати сп’яніння, дозу збільшують (переважно у 8-10 разів).

Швидкість розвитку сп’яніння залежить від шляху введення препарату. При пероральному застосуванні сп’яніння розвивається через 20-25 хв. Проте токсикомани здебільшого викликають стан наркотизації шляхом внутрішньовенного введення суспензії порошку товченого препарату – сп’яніння настає відразу після ін’єкції.

Сп’яніння від приймання снодійних препаратів здебільшого нагадує алкогольне. Розвивається виражена ейфорія з підвищенням моторної активності, яка має хаотичний характер. Дії сп’янілої людини безладні й не зовсім цілеспрямовані, але вона цього не помічає. Рухи стають розмашистими, некоординованими, їх завжди більше, ніж це вимагає конкретна ситуація. Якість осмислення і суджень різко знижується. Увага сп’янілої людини стає вкрай нестійкою, внаслідок чого тема розмови, як і предмет дії, постійно змінюється. Емоції стають лабільними: ейфорія легко переходить у гнів. Стан гніву, який виникає з найменшого приводу, а часом і без нього, може сягати ступеня оскаженіння. Сп’янілі люди стають агресивними, жорстокими і нестриманими у своїх вчинках із вираженою схильністю до немотивованих руйнівних дій. Вони трощать, розбивають і руйнують все, що потрапляє в поле їх зору й уваги.

Об’єктивні ознаки: гіперемія обличчя і склер, сальність шкірних покривів, мідріаз, гіперсаливація, тахікардія з напруженим пульсом, зниженим артеріальним тиском, гіпергідроз із виділенням гарячого поту.

Неврологічні розлади: порушення координації рухів, горизонт альний ністагм, диплопія і дизартрія. Характерною особливістю фенобарбіталового сп’яніння є те, що відразу після протвердження можна викликати повторне сп’яніння шляхом випивання склянки гарячої води.

При інтоксикації аміталом натрію грубих неврологічних розладів не спостерігають. Сп’яніння, викликане цим препаратом, проявляється короткочасним гіпома-

ніакальним або маніакальним станом із логореєю, багатою на асоціації мовою, елементами гіпермнезії, яскравими, виразними рухами, мімікою і модуляцією голосу. Приховати сп'яніння зусиллям волі практично неможливо. При гострому отруєнні снодійними препаратами розвивається швидко наростаючий глибокий сон.

В отруєної людини виникають блідість шкіри із сальним блиском, брадикардія і гіпотонія, “гра зіниць”. М'язи гіпотонічні, в'ялі, кінцівки тяжкі й розслаблені. При пасивному переміщенні хворого не відчувається природного опору. Нерідко спостерігають гіперсаливацію. Відтак сон, який постійно поглиблюється, переходить у кому. При повному згасанні глибоких рефлексів можуть з'являтися пірамідні знаки. Дихання стає частим і поверхневим. При поглибленні коми дихання сповільнюється і набуває типу Чейн-Стокса або Куссмауля. Може розвинути бронхорея і з'явитись схильна слинотеча, що призводить до закупорення трахеобронхіального дерева і викликає гостру дихальну недостатність. Інколи при загальній блідості коматозний стан супроводжується припливом крові до обличчя і значним потовиділенням. Смерть настає від паралічу дихального центру. Половину спроб самогубств здійснюють особи з гострими отруєннями барбітуратами, причому приблизно 10 % жертв помирають внаслідок отруєння.

**Барбітурова абстиненція** проявляється вкрай тяжкими симптомами. Суб'єктивно відміна снодійних препаратів супроводжується відчуттям незадоволення, неспокою і ознобом. Різко знижується апетит, розвивається безсоння. З'являються тривога і дисфоричні явища з надмірним компонентом “звірячої люті”. При пітливості та характерному маскоподібному обличчі із землистим відтінком і сальним блиском симптоми абстиненції виникають у такій послідовності: 1) мідріаз, блідість і озноб із “гусячою шкірою”, м'язова слабкість, яка найбільш виражена при хронічній інтоксикації ноксироном; 2) через добу розвивається м'язова гіпертонія, з'являються судомні зведення литкових м'язів, тремор, гіперрефлексія; хворий не може довго перебувати в одній позі, а при ході похитується, з'являється тахікардія і підвищується артеріальний тиск; 3) через 2 доби приєднуються блювання і проноси при “ломці” (сильний біль у великих суглобах) і болу в шлунку; 4) на 3-5 добу при зростаючій депресії в більшості хворих розвиваються великі судомні напади, які можуть бути серійними, а інколи проявляються статусом конвульсійних нападів. У деяких хворих розвивається психоз, який нагадує алкогольний делірій. На відміну від білої гарячки, для цього психозу характерним є “звучання” психоорганічного компонента – більш глибокий ступінь затьмарення і виключення свідомості з менш вираженим руховим збудженням та дисоціацією між яскравістю зорових галюцинацій і бляклим емоційним забарвленням галюцинаторних переживань. Розвиток цих станів (конвульсійного синдрому або психозу) при інших симптомах абстиненції практично завжди підтверджує діагноз барбітуроманії.

**Абстинентний синдром, зумовлений зловживанням антипаркінсонічними препаратами.** Абстинентному синдрому властиві відчуття ознобу із “гусячою шкірою”, біль у м'язах, у великих суглобах, мимовільні рухи руками, непо-



**Галюциаторні переживання**

сидючість, гіпертонус м'язів із переважанням тону розгиначів. Останнє зумовлює характерні поставу і ходу хворого на ногах, які не згинаються, при випростаній спині й нерідко відставлених руках. Рухові порушення при циклодоловій абстиненції розвиваються в такій послідовності: тремор – скутість рухів – судомні посіпування окремих груп м'язів – мимовільні рухи (потирання рук, погладжування волосся голови, похитування тіла). Звертають на себе увагу своєрідна блідість і сальність шкіри обличчя з порозовілістю щік у вигляді метелика та яскраво-червоними губами. В емоційній сфері переважає іпохондричний компонент. Триває гострий період абстиненції до 2 тижнів.

**Діетиламід лізергінової кислоти (ЛСД)** для маскування наносять на марки і перебивні картинки. Таку марку смокчуть, викликаючи стан одурманення.

Майже завжди виникають глибокі зміни сприймання, емоцій і мислення. Незважаючи на це, критика частково збережена, і наркоман усвідомлює, що порушення сприймання в нього зумовлене прийманням препарату. Інколи суб'єктам здається, що вони збожеволіли, і в цей час бояться, що вже ніколи не стануть нормальними. Проте нерідко можливий розвиток дійсного маячного гострого стану. Як правило, маячення пов'язане з галюцинаціями та іншими змінами сприймання.

Саме сприймання стає надзвичайно яскраим та інтенсивним, кольори здаються більш насиченими, контури – різкішими, музика – емоційнішою, глибокою, а запахи і смакові відчуття – більш загостреними і витонченими. Досить часто з'являються синестезії: кольори можна чути, а звуки і запахи – бачити. Можуть також виникати розлади схеми тіла і порушення сприймання часу та простору.

Найчастіше бувають зорові галюцинації, звичайно у вигляді геометричних форм (інколи цифр), проте часом виникають також слухові й тактильні. Галюцинації з'являються лише при прийманні надто великих доз. У цьому випадку людина може відчувати, що вона перетворилась в іншу істоту (наприклад пташку), що супроводжується відповідною поведінкою. Сприймання часу також значно змінюється в плані прискорення або сповільнення, що залежить від сюжету "мандрів", який суб'єкт уявляє. Характерним для інтоксикації ЛСД є візуалізація уявлень, тобто людина може відчувати і переживати те, що хоче відчувати чи пережити. Усе це часто супроводжується ідеями величчя або переслідування.

Емоції стають надзвичайно інтенсивними і можуть змінюватися раптово, різко та часто. В один і той же час у суб'єкта виникають два протилежні один одному відчуття з відповідним відреагуванням (амбівалентність і амбітендентність). Надто посилюються навіюваність і чутливість до невербальних сигналів. Може виникати підвищене відчуття єдності з іншими людьми або, навпаки, ізоляція від них.

Хворий пригадує події раннього дитинства, в тому числі акт свого народження, події далекого минулого, які звичайно забуваються і знаходяться у сфері підсвідомого в символічній формі.

Типовими є інтроспективна рефлексія і схильність до пізнання філософських і релігійних ідей. Сильно змінюється відчуття самого себе, інколи ці зміни сягають ступеня деперсоналізації. Особа в стані одурманення переживає своєрідне відчуття, ніби вона злилась із зовнішнім світом, що супроводжується відокремленням свого "Я" (душі) від тіла і загальним розчиненням свого єства в містичному екстазі.

Інколи суб'єкти вважають, що ці відчуття і переживання підвищують їх творчі здібності, дають і формують новий психологічний інсайт, викликають бажані зміни їх особистості.

У більшості випадків психодизлептична дія триває від 8 до 12 год. Проте приблизно в кожному четвертому випадку серед наркоманів трапляється так званий "зворотний спалах", тобто спонтанне транзиторне повторення психічних розладів уже без приймання препарату. Зворотні ефекти можуть виникати при переході з темної кімнати в освітлену, при вмиканні світла, при прийманні препаратів коноплі.

Інколи наркомани, які перенесли дію ЛСД, при бажанні можуть викликати ретроспективні сцени довільно без приймання препарату. Зворотні спалахи переважно тривають 1-2 доби. Ретроспективні сцени можуть виникати також після травми або в стресовій ситуації. Звичайно цей стан швидко нормалізується після закінчення стресу, але інколи може затягнутись на місяці й навіть роки.

У наркоманів із шизоїдним або тривожно-помисловим складом характеру внаслідок приймання дизлептиків можуть розвинути стійкі невротичні й психічні зміни.

При психозах не рекомендують приймати нейролептики у зв'язку з можливою синергічною антихолінергічною і пригнічувальною дією на ЦНС. Найкращий метод допомоги хворому в цьому стані – тепле спілкування з ним і дбайливий догляд. При виражених розладах застосовують діазепам або хлоралгідрат як снодійні. Лише в крайніх випадках допустимим є призначення галоперидолу.

Приймання ЛСД та інших галюциногенів практично не викликає фізичної залежності, але з часом толерантність до них підвищується. Серйозною небезпекою, пов'язаною із прийманням ЛСД, є ризик здійснити "небезпечні мандри", які можуть спричинити емоційні розлади, особливо в осіб із нестійкою психікою.

**Гостра інтоксикація фенциклідіном.** Цю речовину, яку випускають підпільно, широко застосовують із 70-х років. Даний наркотик найчастіше викурюють разом із препаратами коноплі, інколи приймають всередину, вводять внутрішньовенно або вдихають. Спектр дії та її тривалість широко варіюють залежно від дози.



Прояви негативізму

Напади, кома і навіть смерть можливі при дозі понад 20 мг. Звичайно приймають 2-3 мг речовини, дозу, яка перевищує 10 мг, вважають великою. Дія наркотику розпочинається через 5 хв і стійко утримується приблизно півгодини. Особливістю дії фенциклідину є те, що наркомани не можуть точно описати відчуття і переживання, які були в них безпосередньо перед і під час стану наркотичного одурманення. Спогади їх фрагментарні, часто вони повністю амнезують стан сп'яніння, а прогалини пам'яті заповнюють псевдоремінісценціями і конфабуляціями. Такими цигарками злодії пригощають інших людей у випадкових компаніях із метою пограбування.

Спостерігаючи за сп'янілими людьми, можна помітити, що їх відчуття швидко (калейдоскопічно) змінюються: ейфорія, тепло в тілі, дзвін у вухах, блаженство, інколи деперсоналізація (розлади схеми тіла), порушення сприймання часу, ізолюваність і відчуженість. Наркоман може проявляти співчуття, знаки дружелюбного ставлення і симпатії, які раптово й часто невмотивовано змінюються на негативізм і ворожнечу із схильністю до конфліктів. У деяких осіб спостерігають стереотипні колові рухи головою, погладжування, гримаси, м'язову ригідність, блювання. Інколи розвиваються слухові й зорові галюцинації. Психосенсорні розлади і галюцинації, як правило, супроводжуються маячною інтерпретацією.

Після редукації ознак сп'яніння розвивається субдепресія, під час якої хворий може бути подразливим, певною мірою параноїдно настороженим, войовничим із підвищеною задирилістю, інколи з'являються суїцидні й гомоцидні тенденції.

Стан сп'яніння супроводжується кількома об'єктивними ознаками: 1) вертикальним або горизонтальним ністагмом; 2) підвищенням артеріального тиску; 3) тахікардією; 4) больовою гіпестезією; 5) атаксією; 6) дизартрією; 7) м'язовою ригідністю; 8) епілептиформними судомними нападами; 9) гіперакузією; 10) виключенням свідомості (оглушення, сопором, комою); 11) делірійним станом.

При тривалому прийманні наркотику може розвинути психоорганічний синдром із зниженням контролю за своїми потягами або стан летаргії. Майже завжди наяв-

ний депресивний компонент. Інколи з'являються тілесні галюцинації (відчуття повзання комах під шкірою).

**Гостра інтоксикація метаквалонем.** Метаквалон – це седативно-гіпнотичний препарат, який не належить до барбітуратів. Його приймають в основному молоді з метою підвищення сексуальної активності.

Жаргонні назви: “мандракер” і “сопор”. Поняття “лудингувати” означає приймати наркотик разом з алкогольним напоєм. Передозування проявляється неспокоєм, підвищенням артеріального тиску, делірієм, розвитком спазмів м'язів, які переходять у конвульсії, що може закінчитись смертю.

Останнім часом молодь і підлітки періодично приймають наркотик із вираженою стимулювальною дією – “Екстазі”. Його випускають у таблетках. Практично завжди наркотик приймають на дискотеках. “Екстазі” викликає нестримну потребу в ритмічних рухах. Настрій здебільшого ейфоричний, а внаслідок підвищеної взаємодукції може розвиватись стан масового екстазу із схильністю до неконтрольованих дій. У зв'язку з надмірною руховою активністю під час нестримних танців, у молоді розвивається виражене зневоднення. Періодичне приймання “Екстазі” не викликає явищ абстиненції, але після закінчення дії цього препарату певний час зберігається виражена астения.

**Гостре отруєння транквілізаторами.** У більшості випадків наркомани і токсикомани приймають транквілізатори-замінники для послаблення явищ абстиненції. Інколи їх приймають разом із спиртними напоями з метою потенціювання дії алкоголю. Транквілізатори досить швидко суттєво знижують потенцію аж до розвитку стійкої імпотенції. Враховуючи цей фактор, більшість токсикоманів стараються не приймати транквілізатори впродовж тривалого часу, а приймають інші речовини, які стимулюють лібідо, потенцію або відчуття оргазму (наприклад, ефедрин або гашиш).

Вираження сп'янюючого ефекту значною мірою залежить від типу транквілізаторів. Найбільш виражену ейфорію і збудження викликають транквілізатори снодійні (нітразепам, раведорм, еуноктин). При прийманні цих препаратів, як і при інтоксикації фенобарбіталом, сп'яніння нерідко супроводжується втратою кількісного контролю. Після згасання ейфорії наркомани (особливо початківці або вже деградовані з інтелектуальним дефектом) часто схильні до приймання чергової дози препарату, що може призвести до передозування і вираженого отруєння. Отруєння транквілізаторами можуть викликати різке порушення координації рухів і можливе виключення свідомості до ступеня сопору, а інколи і коми. Цей стан розвивається як відразу після приймання транквілізатора, так і через певний проміжок часу, тому може виникнути у будь-якому місці: на вулиці, в транспорті тощо.

Клінічна картина отруєння в нетоксикоманів залежить від прийнятої дози і проявляється комплексом міастенічних реакцій (птозом, дизартрією, утрудненим диханням, міорелаксацією зі зниженням тону м'язів кінцівок), розладами очної іннервації (мідріазом, диплопією, порушеннями акомодатції), вегетативними розладами (артеріальною гіпотонією, колаптоїдними станами, атонією сечового міхура і зумовленою нею затримкою сечі), а також сонливістю, яка зростає.

У хворих на токсикоманію, навпаки, спостерігають гіпертонус скелетної мускулатури, артеріальну гіпертензію, затьмарення свідомості (запаморочливі стани, делірійні епізоди), продуктивну психосимптоматику (галюцинації, ілюзії, маячення) з афективними розладами (страхом, тривогою). Коматозні стани в токсикоманів розвиваються після прийняття приблизно стократної дози транквілізаторів, тоді як для розвитку коматозного стану в нетоксикоманів достатньо прийняти 20-40 терапевтичних доз препарату. При цьому в 20 % випадків прекоматозні стани супроводжуються явищами неспокою. Збудження, як правило, обмежується межами ліжка. У багатьох хворих може різко знизитись артеріальний тиск і раптово розвинутих колапс. Пульс при цьому пришвидшується до 140-150 ударів за 1 хв. Дихання стає глибоким, шумним, а при поглибленні коми – поверхневим, нерідко порушується його ритм. Шкіра і слизові сухі, обличчя почервоніле. Глибока кома супроводжується повною арефлексією. Зіниці в прекоматозному стані розширені, реакція на світло збережена; при глибокій комі – міоз, а в преагональній фазі знову розвивається мідріаз, але з втратою реакції на світло. У дуже тяжких випадках можливе різке пригнічення дихання.

Крім описаних вище явищ, у хворих інколи виникають конвульсії, набряки кінцівок, утруднене сечовипускання, анурія, гіпотермія й атонічна непрохідність кишечника. Смертність при отруєнні транквілізаторами, навіть при застосуванні сучасних методів інтенсивної терапії, сягає 2-3 %.

**Особливості кофеїнової залежності.** В одній чашці кави міститься приблизно 100-150 мг кофеїну, в склянці чаю – половина, а в склянці напою з колою (“Кока-кола”, “Пепсі-кола”) – третина цієї дози. Певна кількість кофеїну є в шоколаді, який споживають здебільшого діти (приблизно 25 мг у плитці). Прийняття 50-100 мг кофеїну викликає відчуття припливу фізичної і розумової енергії. Період його напіврозпаду – від 3 до 10 год, а максимальна концентрація в плазмі крові визначається приблизно через 30 хв після прийняття середника. Доза, яка перевищує 0,5 г, може викликати початкові явища інтоксикації, хоча деякі особи приймають 2-3 г кофеїну без будь-яких ускладнень.

Ознаки кофеїнової інтоксикації включають тривожність з явищами психомоторної ажитації і загального неспокою, підвищену подразливість, безсоння і неприємні відчуття з боку внутрішніх органів. Виникає не менше п’яти з перерахованих нижче симптомів: 1) неспокій; 2) нервовість; 3) збудження; 4) безсоння; 5) гіперемія шкіри обличчя; 6) посилений діурез; 7) шлунково-кишкові розлади; 8) посіпування м’язів; 9) прискорення мислення і мови (інколи хаотичне); 10) тахікардія (деколи – аритмія); 11) підвищена працездатність із зниженням відчуття втоми; 12) психомоторна ажитація; 13) підвищена чутливість до світла і звуків; 14) дихальна недостатність, конвульсії, пептична виразка і колаптоїдні стани при тяжкому отруєнні.

Приблизно у 25 % осіб, які зловживають кофеїном, через 15-18 год розвиваються явища абстиненції: тривалий головний біль із відчуттям пульсації, який зменшується після того, як випити каву або чифір. Можливий розвиток летаргічної сон-



ливості, подразливості, агедонії і депресії. Чим вища денна доза, тим більша вірогідність розвитку депресії. Явища абстиненції самостійно проходять через 4-5 днів. Хронічне вживання кави стимулює підвищену секрецію соляної кислоти в шлунку, що може спровокувати розвиток виразкової хвороби. Досить часто виникає серцева аритмія. Нерідко постійне вживання напоїв, що містять кофеїн, покращує суб'єктивний стан жінок, які страждають фіброзно-кістозними захворюваннями, тому кавоманкам необхідно пройти огляд у гінеколога. Часто хронічне зловживання кофеїном помилково вважають проявом тривожного неврозу чи псевдоневротичних розладів і такого псевдохворого “лікують” антифобічними середниками, які звичайно неефективні, а лише викликають розвиток лекоманії (психофізичної залежності від лікарських препаратів).

**Інтотоксикація засобами, які належать до групи ароматичних вуглеводів і органічних розчинників.** Останнім часом спостерігають тенденцію до поширення серед підлітків своєрідної токсикоманії, при якій сп'яніння викликається вдиханням парів ароматичних вуглеводів та розчинників (бензину, нафти, бензолу, ацетону, плямовивідників типу “Минутка”, “Домал”, клею, лаків на органічних розчинниках тощо), а також диму від спалення органічних речовин (гуми, целулоїду, пластмас). Інгаляцію проводять шляхом глибоких вдихів.

Приймання цих засобів підлітками, особливо на початкових етапах токсикоманії, має, як правило, груповий характер. При цьому поліетиленовий мішок із токсикоманічними засобами вони по черзі передають один одному для інгаляції. Керує цим процесом найбільш досвідчений токсикоман, який відіграє роль неформального лідера цієї своєрідної мікрогрупи.

Тривалість сеансів інгаляції зумовлюється токсикокількісною характеристикою засобу, який приймають. Більш токсична дія характерна для бензину (особливо етильованого), ацетону, лаків і плямовивідників. Період інгаляції цих засобів відносно короткий (2-3 год). Плямовивідники типу “Домал” і клеї на органічних розчинниках менш токсичні, що дозволяє токсикоманам вдихати пари цих засобів більш тривалий час (весь день із короткими інтервалами).

Клінічна картина сп'яніння й особливості перебігу цих токсикоманій схожі.

Два-чотири глибокі вдихи парів бензину викликають відчуття “невагомості” й “легкості”. При цьому можуть розвиватися психосенсорні розлади: дереалізація і порушення схеми тіла. Сп'янілі люди відчувають, що в них набрякли і стали “ватними” руки й ноги, змінилася форма голови. Довкілля вони вважають нереальним, зміненим, “казковим”. Приблизно кожен третій, закривши очі, бачить німі “мультики” з різноманітними тваринами, комахами, людьми, які перебувають у постійному русі. У сп'янілих людей покращується настрій, при цьому в одних настає тихе “блаженство” без бажання рухатися (нагадує опіатне сп'яніння), в інших – підвищується балакучість, з'являється бажання говорити і сміятися (нагадує сп'яніння внаслідок приймання гашишу). Бензинове отруєння легко виявити тому що у видихуваному повітрі чути запах бензину.



Абстиненція, що проявляється психомоторною загальмованістю

При сп'янінні внаслідок прийняття психотропних препаратів типу "Домал" або клонідину на органічній основі зоровим галюцинаціям властиві особлива яскравість, жвавість і правдоподібність. Більшість хворих можуть викликати бажані цікаві або приємні для себе галюцинаційні переживання. Після виходу із стану сп'яніння виникають постінтоксикаційні явища (в'ялість, загальмованість, підвищена втомлюваність, байдужість, порушення сну). Деколи з'являються страх і тривога. Типовим абстинентним явищем є часті судороги м'язів нижніх кінцівок. Об'єктивні ознаки інтоксикації такі: 1) психомоторна загальмованість; 2) ністагм; 3) порушення координації рухів; 4) нечітка мова; 5) сонливість; 6) зниження рефлексів; 7) тремор; 8) генералізована м'язова слабкість; 9) нечіткий зір або диплопія; 10) виключення свідомості (оглушення, сопор, кома); 11) ейфорія; 12) нудота і блювання. Летючі речовини важко виявити в крові, а знайти в сечі неможливо.

### Узагальнення та практичні поради

◆ Токсикоманії і наркоманії поширюються темпами, які мають ознаки епідемії. Серед токсикоманів і наркоманів соматоневрологічні, венеричні, інфекційні хвороби, різноманітні травми виникають набагато частіше, ніж у загальній популяції. Особи, які передозували психоактивний засіб, потребують невідкладної інтенсивної медичної допомоги. Такі хворі можуть лікуватись у будь-якому медичному закладі, тому медична сестра повинна достатньою мірою орієнтуватись у вузлових питаннях цієї соціально-медичної проблеми.

◆ Наркологічні хворі здебільшого психопатизовані й схильні порушувати лікувальний режим. Медична сестра повинна проявляти щодо них твердість та принциповість і, не порушуючи принципів медичної етики та деонтології, рішуче попереджувати спроби асоціальної поведінки.

◆ Якщо біля наркомана групуються інші хворі, то вони або самі приймають одурманюючі препарати, або дістають їх для наркомана.

◆ Наркотики (в тому числі транквілізатори і снодійні препарати) необхідно зберігати в сейфі, обладнаному відповідно до діючих інструкцій.

◆ Наркомани в стані абстиненції здатні до будь-яких актів агресії. Проводити їм медичні маніпуляції потрібно в присутності іншого обслуговуючого медперсоналу, щоб попередити можливі нещасні випадки.

◆ Підступність, хитрість і брехливість наркоманів не мають меж. Довіряти їм не можна. Недопустимо піти на проступок і допомогти їм дістати якийсь психотропний препарат. Як правило, це призводить до наступного шантажу з їх боку і до службових неприємностей.

◆ Після того, як фізичні явища наркотичної абстиненції пройшли, психічний по-тяг залишається. Наркомани схильні до агравації і симуляції, щоб отримати потрібний одурманюючий засіб. Якщо такі хворі “демонструють” свої муки, але почали вживати їжу і відновили куріння тютюну, це означає, що вони агравують свій стан.

◆ Найбільш тяжкий і небезпечний для життя абстинентний синдром викликають барбітурати. Найтриваліша абстиненція зумовлена опіатною наркоманією. Найбільш виражену психічну деградацію (психопатизацію й отупіння) спричиняє барбітурова наркоманія. Найшвидше руйнує соматоневрологічний стан організму і викликає моральне спустошення ефедрон. Навіть у середовищі наркоманів барбітуромани і “ефедронщики” здебільшого зневажаються.

◆ Наркотики дорого коштують. Смертельні отруєння ними трапляються відносно рідко. Переважно тяжкі отруєння бувають токсикоманічними речовинами, бо більшість їх є широкодоступними. Приблизно 10 % отруєнь барбітуратами закінчуються летально, а в деяких осіб не смертельні отруєння призводять до появи психо-органічного синдрому.

◆ Статистика свідчить, що серед людей, які приймають спиртні напої, хронічний алкоголізм розвивається в 5-10 %, а серед тих, хто приймає наркотики, наркоманія спостерігається у 85-90 %. Тому єдиним дієвим методом боротьби з наркоманією є її профілактика.

◆ Так звані “слабкі наркотики” (маріхуана й “екстазі”) практично не викликають абстиненції і зміни толерантності. Але більшість людей, які почали приймати ці речовини, звикають до стану штучного одурманення, прагнуть переживати сильніші відчуття і приймають активніші наркотики, тобто гашиш і “Екстазі” є першою сходинкою, яка веде до тяжких наслідків.

### **Питання для самоконтролю**

1. Сутність наркоманій і токсикоманій.
2. Основні стигми зловживання наркотичними і токсикоманічними речовинами.
3. Особливості опіатної абстиненції.
4. Особливості барбітурової абстиненції.
5. Які наркотики і токсикоманічні речовини мають виражений стимулювальний ефект?
6. Перерахуйте наркотики і токсикоманічні речовини з галюциногенною дією.
7. Який наркотик має найбільш виражену психодизлептичну дію?
8. В чому полягає основна небезпека зловживання гашишем і ЛСД?
9. Основні ознаки інтоксикації ароматичними вуглеводами та органічними розчинниками.
10. Тактика дій медсестри стосовно токсикомана.

## МЕДСЕСТРИНСЬКА ДІАГНОСТИКА І ДОПОМОГА

### Сучасна концепція сестринського діагнозу

Часи, коли роль медичної сестри обмежувалась лише доглядом за хворими і механічним виконанням призначень лікаря, відійшли в минуле. Колишні ін'єкції, внутрішньовенні переливання чи катетеризацію сечового міхура виконували лише лікарі, а зараз – медсестри. Роль медичної сестри в лікувальному процесі неухильно зростає. Згідно із сучасними вимогами, діяльність медичних сестер визначається як науково обгрунтований комплекс заходів, спрямованих на підтримку і покращання фізичного, психічного та соціального статусу хворого, який надається середнім медперсоналом у межах виконання своїх функціональних обов'язків. Одним із важливих компонентів осмисленої й ефективної діяльності медичної сестри є встановлення так званого сестринського діагнозу.

Сестринський діагноз не є спрощеним варіантом клінічного діагнозу. Клінічний діагноз відображає нозологію, основний синдром, тип перебігу хвороби і стадію патологічного процесу з оцінюванням функціональних можливостей хворого. Здебільшого він спрямований на зовнішні, об'єктивні прояви захворювання й обгрунтовує в основному медичний вплив на етіологію, патогенез і клінічні прояви хвороби.

А основою сестринського діагнозу є осмислене оцінювання психічного і фізичного стану хворого, який медична сестра визначає як “реакції людини на реальні або можливі проблеми, пов'язані із здоров'ям” (визначення Американської асоціації медичних сестер – NANDA). Він в основному відображає внутрішню картину і наслідки хвороби. Якщо клінічний діагноз спрямовує зусилля медиків на етіопатогенетичне лікування хвороби, то сестринський діагноз обгрунтовує особливості догляду за конкретним хворим і корекцію його психічного та фізичного станів.

Сестринський діагноз знайшов своє відображення в Стандартах практичної діяльності NANDA. Вони обгрунтовують єдину загальну основу для оцінювання практичної діяльності медичних сестер і містять визначення прав людини, яка отримує сестринську допомогу. Сестринський діагноз дає підстави для застосування обгрунтованих методів впливу на фізичний, психічний і соціальний стан хворого, а також для призначення методів цілеспрямованого лікування, в тому числі медикаментозного, за які медична сестра несе відповідальність. У межах сестринського діагнозу медсестра враховує не стільки те, що відрізняє пацієнта від здорової людини, скільки те, що ускладнює і порушує життя хворого та людей, які його оточують.

Встановлення сестринського діагнозу вже існує в повсякденній практиці медичної служби в розвинутих країнах, а обгрунтування його є важливою частиною тестів для дипломного екзамену медсестер. Сучасні стандарти підготовки медичних сестер на світовому рівні ставлять завдання – ввести практикування сест-

ринського діагнозу й у психіатричній службі нашої країни. Особливо це потрібно для діагностики невідкладних та небезпечних станів і надання кваліфікованої допомоги при них (у тому числі й долікарської). Тому є нагальна потреба довести навчальні програми і базові підручники до необхідного рівня, щоб вони відповідали загальним вимогам і правилам роботи. У США затверджено до користування 109 сестринських діагнозів, більшість яких стосується медсестринства в психіатрії.

Ось перелік сестринських діагнозів, прийнятих Північноамериканською діагностичною асоціацією медичних сестер (NANDA) на 10-й конференції в 1992 р., які безпосередньо застосовують у психіатрії і наркології:

- ◆ Адаптація порушена.
- ◆ Безнадійність.
- ◆ Безсилля.
- ◆ Біль.
- ◆ Біль хронічний.
- ◆ Втома.
- ◆ Дефіцит знань, що залежить від психічного стану хворого.
- ◆ Дотримання схеми лікування не ефективне.
- ◆ Затримка сечі.
- ◆ Турботи батьків змінені.
- ◆ Заперечення не ефективне.
- ◆ Запор (звичайний уявний або зумовлений патологією товстого кишечника).
- ◆ Захист змінений.
- ◆ Зміна сприйняття: зорового, слухового, кінестетичного, смакового, тактильного, нюхового.
- ◆ Індивідуальна психофізіологічна адаптація не ефективна.
- ◆ Ковтання порушене.
- ◆ Складність проведення вибору.
- ◆ Конфлікт при виконанні батьківської функції.
- ◆ Моделі сексуальності змінені.
- ◆ Мислительні процеси змінені.
- ◆ Напруження, пов'язане з роллю того, хто допомагає.
- ◆ Порушення особистісної ідентифікації.
- ◆ Пошкодження тіла, високий ризик.
- ◆ Порушення статевої функції.
- ◆ Порушення самооцінки.
- ◆ Порушення здатності самоаналізу, самоспостереження і самопізнання.
- ◆ Порушення формули сну.
- ◆ Порушення схеми тіла.
- ◆ Насилля, високий ризик (спрямоване на себе або інших).
- ◆ Нетримання імперативне.
- ◆ Нетримання психогенне, функціональне.
- ◆ Недостатня самодопомога: купання, гігієна, одягання, догляд, харчування, туалет.

- ◆ Непереносимість діяльності.
- ◆ Недотримання режиму приймання ліків.
- ◆ Обслуговування вдома порушене.
- ◆ Однобічна занедбаність.
- ◆ Отруєння, високий ризик.
- ◆ Посттравматична реакція.
- ◆ Психологічний захист.
- ◆ Психотравма у сфері духовних переживань.
- ◆ Психофізіологічна адаптація в сім'ї (потенціал для особистісного росту, втрата працездатності) не ефективна.
- ◆ Реакція горя передчасна, патологічна.
- ◆ Реакція органів дихання дитини при відлученні від грудей, патологічна.
- ◆ Ріст і розвиток змінені.
- ◆ Самооцінка ситуаційно низька, хронічно низька.
- ◆ Сімейні процеси змінені.
- ◆ Синдром, зумовлений психотравмою в результаті зґвалтування: прихована реакція, складна реакція.
- ◆ Соціальна ізоляція.
- ◆ Соціальна взаємодія.
- ◆ Вербальне спілкування порушене.
- ◆ Страх.
- ◆ Стресовий синдром у зв'язку із зміною людей, які оточують хворого.
- ◆ Терморегуляція неефективна.
- ◆ Тривога.
- ◆ Фізична рухливість порушена.
- ◆ Форми поведінки, продиктовані надмірною увагою до здоров'я.
- ◆ Цілісність шкіри і тканин порушена.

Проте, запроваджуючи сестринський діагноз у психіатричну службу України, потрібно враховувати ряд суттєвих факторів, які свідчать про недоцільність механічного перенесення досвіду психіатрії країн Заходу в наші умови:

1. У США чітко дотримуються класифікації DSM-IV, яка значною мірою “розмиває” нозологізм, а в Україні традиційно функціонує нозологічний напрямок.

2. Загальнобіологічна, загальномедична і теоретична фахова підготовка вітчизняних медсестер є значно вища, ніж у США.

3. Сестринський діагноз у США акцентує увагу лише на окремих проявах, які ускладнюють і порушують життя хворого і людей, які його оточують, без врахування основного синдрому, етіології, патогенезу і динаміки патологічного процесу, що обумовлено недостатнім рівнем теоретичної підготовки медсестер і обумовлює малоосмислений механічний підхід до догляду за хворим, що проводиться за принципом “окремий прояв – конкретний контрзахід”.

4. Сестринські діагнози, прийняті в США, є керівництвом до дії саме медсестер, а тому вони недостатньо інформативні для лікаря-куратора в плані оцінювання динаміки стану хворого в періоди, коли лікар безпосередньо не спостерігає хворого (контакт лікаря з хворими обмежений межами робочого часу, а чергові медсестри спостерігають за ними постійно). Таким

чином, створюється своєрідний штучний розрив між діяльністю лікарів і роботою медсестер, чим порушується принцип єдності функціонування ланок при наданні медичної допомоги.

5. Діяльність медиків у США суворо регламентована інструкціями і діючими стандартами, що зумовлено двома основними факторами:

- ◆ Кожну послугу лікаря і медперсоналу необхідно оплачувати.

- ◆ Будь-яке порушення інструкції практично завжди тягне за собою судове переслідування медиків, це призводить до того, що медики США більше звертають увагу на пильне виконання узаконених стандартів, ніж на поклики совісті й альтруїзму. У нашій ментальності традиційно панує більша довіра до совісті й компетенції медиків, ніж до інструкцій, якими вони користуються. Судові процеси проти медиків у нашій країні – рідкість, а в США це є звичайним і дуже поширеним явищем.

Самі ж американські фахівці із сестринського діагнозу усвідомлюють, що стандартизований перелік сестринських діагнозів NANDA та їх формування є недосконалими. Після випробування доцільності використання стандартних 109 сестринських діагнозів в умовах клініки визнана сестра-фахівець із психіатрії М. Таунсенд уточнила принципи встановлення розширеного обґрунтованого сестринського діагнозу і рекомендувала найбільш важливі діагнози, адаптовані до безпосередніх потреб психіатрії, широко використовувати в практиці.

Згідно з цими рекомендаціями, сестринський діагноз складається з трьох компонентів:

- ◆ Проблеми, пов'язаної із здоров'ям (тобто сам діагноз).

- ◆ Причини проблеми.

- ◆ Сукупності ознак і симптомів або характерних рис, що підтверджують діагноз.

Проблему визначають як реакцію людини на фактичні або потенційні труднощі, які пов'язані із здоров'ям та виявлені медичною сестрою в процесі обстеження. Причинами можуть бути переживання індивіда в минулому, вплив спадкових факторів, шкідливі чинники навколишнього середовища або патофізіологічні зміни в організмі. Основними фактами, які підтверджують наявність проблеми, буде те, що говорить хворий, і те, що спостерігає медична сестра. Приклад розширеного мотивованого сестринського діагнозу: "Проблема, пов'язана із зміною харчування, зумовлена активною відмовою їсти, що підтверджується невживанням їжі, втратою 23 % маси тіла, зниженням тургору шкіри і м'язового тонусу, гіпотермією й аменореєю".

Однак критичний аналіз сутності сестринських діагнозів, типових для умов США, свідчить, що вони здебільшого є надто формальними, обґрунтування – розпливчастим, а багато практичних порад – однобічно акцентуєваними, вони не націлюють медсестру на чітко визначений алгоритм конкретних дій.

Наприклад, пропонується діагноз – порушення особистісної ідентифікації. Цю проблему визначають як нездатність встановити різницю між "Я" і "не Я". Можливими етіологічними факторами розробники вважають:

- ◆ Фіксацію в пресимбіотичній фазі розвитку.

- ◆ Незавершеність розв'язання задачі під час стадії формування "довір'я проти недовір'я".

- ◆ Материнська депривація.

- ◆ Неадекватна сенсорна стимуляція.

Наявність даної проблеми можуть підтверджувати такі факти:

- ◆ Нездатність відділити власні фізіологічні й емоційні потреби від фізіологічних і емоційних потреб інших людей.

- ◆ Підвищений рівень тривоги, що виникає в результаті контакту з іншими людьми.

- ◆ Нездатність віддиференціювати межі власного тіла від тіла інших людей.

- ◆ Повторення слів, які чує хворий, коли їх вимовляють інші люди, або повторення їх рухів.

При встановленні цього діагнозу рекомендують такі практичні поради:

- ◆ Спілкування з дитиною наодинці.
- ◆ Допомогати дитині усвідомлювати свою самостійність при наданні самопомоги, наприклад при одяганні й вживанні їжі.
- ◆ Показувати дитині частини її власного тіла і допомагати називати їх.
- ◆ Поступово підвищувати кількість фізичних контактів, використовувати дотики до тіла хворого, щоб показати різницю між ним і медичною сестрою.
- ◆ Застосування дзеркал, малюнків і фотокарток дитини з метою кращого запам'ятовування нею частин тіла і його меж.

Наведений приклад свідчить про те, що формулювання, визначення і перелік етіологічних факторів не відповідають традиційним вітчизняним поняттям, а практичні рекомендації не мають конкретного алгоритмічного оформлення, тому не дають медичній сестрі чіткого уявлення про конкретні дії.

Доцільність самої ідеї існування сестринського діагнозу є перспективною. Впровадження сестринського діагнозу в практику підвищує соціальний статус медичної сестри, робить її роль значущою в лікувальному процесі. Проте із самого початку необхідно виробити й прийняти установку, згідно з якою “сестринський діагноз існує для хворого, а не хворий є об’єктом для встановлення діагнозу”.

Як уже згадувалось, у США прийнято користуватися рядом медсестринських психіатричних діагнозів. Проте в реальному житті не всі стани, які вимагають сестринського втручання, правильно діагностують. Тому потрібно зберегти виправдану тривалим часом практику широкого і кваліфікованого опису динаміки змін психічного та фізичного стану черговими медсестрами в журналі спостережень. Детальний опис ніколи не замінить стандартного діагнозу. Автори підручника вважають за доцільне, щоб вітчизняні сестринські діагнози були спрямовані в основному на невідкладні й небезпечні для хворого і людей, які його оточують, стани, що обґрунтовують конкретні та усвідомлені алгоритми медичної допомоги, яку забезпечує медична сестра.

Сестринський діагноз підвищує “дисципліну” клінічного мислення медсестри, спонукає її вдосконалювати свої знання, а практичні поради допоможуть їй виконувати конкретні дії в логічному порядку згідно з рекомендованим алгоритмом.

Автори підручника усвідомлюють, що запропонована ними концепція є лише першою спробою зробити посильний внесок у цю проблему (значною мірою на рівні самої постановки питання). Кінцеве вирішення її – справа майбутнього. Життя внесе свої корективи, і в майбутньому, безумовно, विकристалізуються альтернативні підходи щодо вирішення проблеми запровадження сестринського діагнозу в психіатричній службі України.



## **Невідкладні стани в психіатрії і наркології. Типові (найважливіші) медсестринські діагнози. Основні принципи й алгоритми сестринської допомоги**

### **ДІАГНОЗ – ПСИХОМОТОРНЕ ЗБУДЖЕННЯ**

Найчастішим з екстрених станів, які небезпечні для хворого та людей, які його оточують, і вимагають невідкладної медичної допомоги, є так зване **гостре психомоторне збудження**. Це гострий психотичний стан, зумовлений різними психічними захворюваннями, що супроводжується вираженим руховим і мовним збудженням, а також психопатологічною симптоматикою, що становить небезпеку для людей або самого хворого.

Залежно від причини, розрізняють такі основні **види психомоторного збудження** з відповідною клінікою:

**1. Галюцинаторно-маячне.** Збудження виникає внаслідок галюцинаторних і маячних переживань. Особливі збудження визначаються характером галюцинацій і відповідним сюжетом маячних ідей. Трапляється при шизофренії, отруєнні наркотиками з галюциногенною дією, реактивних психозах.

**2. Делірійне.** Збудження в основному викликається інтоксикаціями, інфекційними хворобами, травмами.

**3. Маніакальне.** Збудження супроводжується піднесеним настроєм, надцінними та маячними ідеями переоцінки особистості (величі, багатства тощо), надмірною діяльністю, співами, танцями, декламуванням віршів або виголошенням коротких промов на різну тематику, підвищеним статевим потягом, епізодичною гнівливістю з агресивними тенденціями.

Є характерним для маніакальної фази маніакально-депресивного психозу, маніакальної фази циркулярної форми шизофренії, алкогольного і наркотичного сп'яніння, туберкульозної інтоксикації.

**4. Меланхолійний вибух** – це збудження, зумовлене крайнім загостренням депресивних переживань.

При ньому душевна туга стає непереносимою. Хворий знаходиться в стані депресивного відчаю. Прагнучи обірвати тяжкі душевні муки, він може вдатись до суїцидних дій. Для цього стану є характерним лемент із різко вираженою руховою активністю. Меланхолійний вибух властивий депресивній фазі маніакально-депресивного психозу, інволюційній і реактивній депресії.

**5. Кататонічне і гебефренічне збудження** – це безглузде збудження з кривляннями, клоунізмами і хаотичними асоціальними включеннями в поведінку. Трапляється при відповідних формах шизофренії.

**6. Епілептичне збудження** – це крайній ступінь дисфорії з вираженими агресивними і руйнівними тенденціями. Виникає при епілепсії.

**7. Еректильне збудження** – це немотивоване, хаотичне, безглузде і безпідставне збудження, що з'являється в осіб з вираженою олігофренією.

**8. Афект фізіологічний** – це короткотривала і сильна позитивна або негативна емоція, яка виникає у відповідь на дію внутрішніх чи зовнішніх факторів і супроводжується психомоторним збудженням та вираженими сомато-вегетативними проявами: блідістю або гіперемією шкіри та слизових, тахікардією, підвищенням або зниженням артеріального тиску, загальним тремором, імперативними позивами на акт дефекації тощо.

Свідомість не потьмарюється, людина усвідомлює свої дії. Після закінчення афективної реакції амнезії немає. До фізіологічного афекту схильні особи з психопатією збудливого кола.

**9. Патологічний афект** – це короткочасний психічний розлад, який виникає у відповідь на інтенсивну, несподівану психічну травму і проявляється афективним розрядом на фоні запаморочливого стану свідомості, за яким настають загальна розслабленість, байдужість і, як правило, глибокий сон; супроводжується повною або частковою ретроградною амнезією.

У період запаморочливого стану людина не усвідомлює, що відбувається довкола, не усвідомлює свої дії і не керує ними. За злочин, скоєний у стані патологічного афекту, людина кримінальної відповідальності не несе. Для проведення, судово-психіатричної експертизи медик повинен якомога детальніше зібрати об'єктивний анамнез та описати стан і поведінку людини після виходу із стану афекту.

Тип збудження, причину і тактику нозологічного лікування встановлює лікар-психіатр. Рівень медсестринського діагнозу полягає у встановленні наявності феномена "Психомоторне збудження", а тактика – в наданні невідкладної долікарської допомоги і детальному описі особливостей поведінки хворого в журналі спостереження за пацієнтами.

Невідкладна долікарська допомога полягає в проведенні заходів, якими досягають ліквідації або пом'якшення психопатологічних проявів, і негайній госпіталізації хворого в психіатричну лікарню чи організації екстреної консультації. При наданні допомоги збудженому хворому до прибуття транспорту для його переведення в психіатричну лікарню необхідно забезпечити безпеку пацієнта і людей, які його оточують.

### **Практичні поради** **Алгоритм дій медичної сестри**

◆ Хворого помістити в окрему палату, в якій знаходяться лише особи, які наглядають за ним, а при необхідності й фіксують: медик, працівники міліції, сусіди.

◆ Спостерігачі повинні бути поряд із хворим, щоб своєчасно попередити його спробу вистрибнути у вікно або втекти.

◆ Усі предмети, які хворий може використати для нападу або самогубства, треба забрати і сховати.

◆ При різкому збудженні хворого необхідно негайно іммобілізувати. Щоб пом'якшити удари, які він може нанести, до нього підходять, тримаючи перед собою матрац, товсту ватну ковдру або перину.

◆ Найбільш раціонально фіксувати (знерухомлювати) хворого в ліжку. Для цього достатньо трьох, а в деяких випадках чотирьох, людей, бажано чоловіків. Один тримає ноги вище колін, другий – руки за передпліччя, третій – плечі. Не дозволяється тримати хворого за груди (небезпека перелому ребер) або тиснути на живіт. При необхідності можна тримати за голову: на лоб накласти рушник, і його кінці притиснути до подушки.

◆ Для пом'якшення явищ збудження перед транспортуванням хворому ввести 2-5 мл 2,5 % розчину аміназину внутрішньом'язово або 2-4 мл 2,5 % розчину тизерцину. При відсутності ефекту через 1 год, вже в лікарні, бажано внутрішньом'язово ввести 2-3 мл 1 % розчину мажептілу або 5-7 мл 10 % розчину гексеналу. При делірійному збудженні внутрушньом'язово ввести 2-4 мл 0,5 % розчину седуксену або реланіуму (краще внутрішньовенно).

◆ При госпіталізації хворого необхідно уважно перевірити його речі, щоб він не міг взяти з собою небезпечні предмети.

◆ Для транспортування хворого виділяють людей (медиків, працівників міліції), кількість яких залежить від його стану. В їх обов'язки входить нагляд за хворим, а при необхідності – фіксація його.

◆ Двері автомобільного салону краще зачинити на ключ, щоб хворий не міг вистрибнути на ходу.

## ДІАГНОЗ – ВИСОКИЙ РИЗИК СУЇЦИДУ АБО ГОМОЦИДУ

Особливу небезпеку для життя психічнохворого і людей, які його оточують становлять *суїцидальні і гомоцидні дії*. Це дії особи із психічним захворюванням, спрямовані на самогубство, вбивство незнайомих і знайомих людей, а також своїх родичів і близьких. Основними їх причинами є:

1. Наказові (імперативні) галюцинації, коли голоси наказують хворому вбити конкретну людину.

2. Маячення впливу, переслідування, отруєння, ревнощів, спрямоване на конкретних осіб.

3. Маячні ідеї депресивного хворого про те, що його родичі й знайомі переживають такі ж нестерпні душевні муки, як він сам, призводять до впевненості, що хворий перед самогубством повинен їх умертвити, щоб близькі йому люди не мучились.

4. Прояв моторного автоматизму, коли хворий мимоволі виконує дії суїцидального або гомоцидного характеру, відчуваючи, що його рухами і вчинками керує сила, якій він не може протистояти.

5. Затямарення свідомості: делірій, епілептиформне збудження при запаморочливих станах, патологічний афект, патологічне сп'яніння.

6. Імпульсивні дії. Хворі, схильні до гомоцидних дій, психіатричною ЛКК визнаються соціально небезпечними. Після скоєння гомоцидного акту психічнохворих за рішенням суду примусово лікують у спеціалізованих психіатричних лікарнях.

Про те, що соціально небезпечного хворого виписали з лікарні, необхідно сповістити райвідділ міліції і дільничного лікаря-психіатра для встановлення належного динамічного контролю.

Дільнична медична сестра повинна мати список соціально небезпечних хворих. Вона зобов'язана особливо уважно контролювати своєчасне відвідування ними лікаря-психіатра і приймання ними протирецидивного лікування.

### Практичні поради

У разі виявлення або запідозрення наявності суїцидальних та гомоцидних дій і тенденцій у поведінці хворого медична сестра повинна:

- ◆ Негайно повідомити про це лікаря.
- ◆ Хворого перевести в палату пильного догляду або встановити біля нього індивідуальний цілодобовий пост.
- ◆ Особисті речі такого хворого повинні бути під контролем чергового медперсоналу, щоб попередити нещасні випадки.
- ◆ Конкретну причину і тактику нозологічного лікування встановлює лікар-психіатр.

### ДІАГНОЗ – ВИСОКИЙ РИЗИК НАСИЛЛЯ, СПРЯМОВАНОГО НА ІНШИХ ОСІБ

Визначення: стан, при якому індивід здатний проявляти форми поведінки, небезпечніші для інших осіб.

Характерні симптоми й етіологічні фактори:

1. Агресивна поза; міміка і пантоміміка (напружена поза, стиснуті кулаки, щелепи, словесні погрози тощо).
2. Руйнівна поведінка.
3. Підвищена рухова активність з подразливістю і збудженням.
4. Неточне сприймання ситуації.
6. Напади люті.
7. Виражена дисфорія.
8. Порушення сприймання (галюцинації, ілюзії).
9. Наявність маячення.
10. Стани сплутаної свідомості.

11. Порушення контролю за потягами.
12. Володіння небезпечним предметом (ножем, рушницею тощо).
13. Зловживання алкоголем або наркотиками, сп'яніння й абстиненції.
14. Насилля в анамнезі.

### **Практичні поради**

#### **Алгоритм дії медичної сестри**

- ◆ Найчастіше агресія є наслідком психотичного стану. Потрібно вчасно помічати зміни в психічному стані хворих.
- ◆ Ризик агресії підвищується, коли є доступ до небезпечних предметів. Наслідки агресії стають тяжчими. Заберіть потенційно небезпечні предмети. Суворо дотримуйтеся правил техніки безпеки.
- ◆ Велика кількість подразників посилює неадекватність поведінки. Зменшіть кількість подразників (невелика кількість людей, тиша, слабе освітлення).
- ◆ Дії психічнохворих з агресивними тенденціями нерідко є непередбаченими масштабами самої агресії. Забезпечте достатню кількість помічників для гарантування безпеки під час надання допомоги. Це продемонструє хворому силу і доказ контролю над ситуацією.
- ◆ Тривога є заразною і може передатись від вас хворому, що посилить його агресивні тенденції. Поводьте себе біля нього спокійно, не залякуйте, пригнічуйте в собі страх і тривогу.
- ◆ Агресивна поведінка одного хворого може індукувати аналогічну поведінку в інших. Іzolуйте хворого, який знаходиться в стані збудження.
- ◆ Правильна орієнтація зменшує інтенсивність психотропного збудження. Переривайте періоди неправильної орієнтації і повторно орієнтуйте хворого.
- ◆ Грубе застосування фіксації збуджує хворих. Адекватно використовуйте фіксацію.
- ◆ Психомоторне збудження пом'якшуйте шляхом застосування нейролептиків і транквілізаторів. Точно і своєчасно виконуйте призначення лікаря.
- ◆ Проговорювання переживань зменшує афект. Дайте можливість хворому "викричати" свій гнів.
- ◆ Агресивні дії необхідно попереджувати. Поки стабільно не покращиться стан хворого, він повинен перебувати на режимі суворого нагляду.

#### **ДІАГНОЗ – ВИСОКИЙ РИЗИК СПРЯМОВАНОГО НА СЕБЕ НАСИЛЛЯ**

Визначення: стан, при якому індивід проявляє форми поведінки, небезпечні для нього.

Характерні симптоми й етіологічні фактори:

1. Депресивний настрій.
2. Відчуття власної нікчемності.

3. Гнів, обернений на себе.
4. Неадекватне переживання власної вини.
5. Численні невдачі.
6. Відчуття самотності.
7. Безнадійність.
8. Помилкова інтерпретація дійсності.
9. Прямі або опосередковані заяви про намір здійснити суїцид.
10. Наявність суїцидних дій у минулому.
11. Вирішення справ, складання заповіту; роздавання і дарування свого майна.
12. Наявність галюцинацій.
13. Заяви про безнадійність і безперспективність відносно покращання умов свого життя.
14. Саморуйнівна поведінка (зловживання алкоголем, наркотиками, захоплення азартними іграми).

### **Практичні поради**

#### **Алгоритм дії медичної сестри**

◆ Ризик суїциду значно збільшується, коли хворий поставив перед собою конкретну мету і, особливо, коли в нього були знаряддя і засоби для здійснення самогубства. Потрібно поставити йому ряд прямих запитань: “Чи були у вас думки про самогубство? Якщо так, то що саме Ви планували зробити? Чи були у вас знаряддя і засоби для його здійснення?”.

◆ Безпека хворого є пріоритетом у справі сестринського догляду. Забезпечте йому безпечні умови. Захуйте всі потенційно небезпечні для нього речі (гострі й скляні предмети, шнури, ремені тощо).

◆ У хворого з’являється впевненість і надійність, коли він відчуває, що до нього ставляться, як до людини, що йому приділяє увагу шанована ним особа. Проводьте максимум часу з хворим, якнайбільше з ним розмовляйте.

◆ Обговорення суїцидних переживань із людиною, яка викликає довіру, приносить хворому значне полегшення. Обговорюйте з ним його переживання, намагайтесь довести неадекватність його намірів.

◆ Депресія і суїцидальні форми поведінки є маскою гніву, поверненою на себе. Якщо цей гнів виразити словесно або переключити свою психічну енергію на іншу діяльність, можна буде полегшити переживання, незважаючи на супровідний дискомфорт. Дайте можливість хворому словесно виразити своє незадоволення.

◆ Фізична діяльність знімає приховане нервово-психічне напруження. Стимулюйте фізичну активність хворого (біг “підтюпцем”, боксерський бій з грушею тощо).

◆ Наявність конкретного плану само- і взаємодопомоги під час кризи допомагає попередити суїцидну спробу. Дайте хворому і його родичам телефон “Довіря” служби психологічної допомоги.

## ДІАГНОЗ – ВИСОКИЙ РИЗИК САМОПОШКОДЖЕНЬ

Визначення: стан, при якому індивід має підвищений ризик нанести собі не- смертельну травму.

Фактори, пов'язані з етіологією, і фактори ризику:

1. Анамнестичні відомості про форми поведінки з пошкодженням тіла (кусання, дряпання, удари головою, висмикування волосся).
2. Депресивні стани.
3. Переживання дереалізації.
4. Демонстративна поведінка з метою маніпулювання іншими людьми.
5. Низька самооцінка.
6. Невирішена реакція горя.
7. Напади лютості.
8. Підвищений рівень тривоги.
9. Повторні настирливі скарги, вимоги і прохання.
10. Підвищена рухова активність, збудження, подразливість, неспокій.
11. Дії з нанесенням собі фізичних пошкоджень (різаних ран, опіків, передозування ліків тощо).

### Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

◆ Самопошкодження потрібно попереджувати. Пильно слідкуйте за хворими. Для захисту голови від ударів використовуйте шлем, для запобігання висмикуванню волосся – шапочку і рукавички.

◆ Ігнорування дезадаптивним способом поведінки здебільшого зменшує частоту його використання. При самопошкодженні обробіть рану. Не висловлюйте співчуття і не приділяйте надмірної додаткової уваги.

◆ Безпека хворого є пріоритетом у справі сестринського догляду. Захочіть всі небезпечні предмети. При необхідності застосовуйте тимчасову м'яку фіксацію хворих.

◆ Фізичні вправи є безпечним і ефективним способом послаблення відчуття внутрішнього напруження. Ширше застосовуйте щодо хворого працетерапію. Дайте йому можливість розрядитись, виконуючи фізичні вправи (біг підтюпцем, заняття з боксерською грушею тощо).

◆ Демонстрація хворому доказів контролю за ситуацією зменшує ризик деструктивної поведінки. Забезпечте достатню кількість персоналу, щоб при необхідності показати йому силу.

◆ Адекватне застосування психотропних препаратів проявляє заспокійливу дію на хворого і зменшує ризик деструктивної поведінки. Точно виконуйте призначення лікаря-куратора.

## ДІАГНОЗ – ВИСОКИЙ РИЗИК ТРАВМУВАННЯ

Визначення: стан, при якому індивід має високий ризик пошкоджень, пов'язаний з умовами навколишнього середовища, що взаємодіють із психічним і фізичним станом людини.

*Фактори, пов'язані з етіологією, і фактори ризику:*

1. Органічне ураження головного мозку, що супроводжується такими симптомами:
  - порушення орієнтування і стан сплутаної свідомості;
  - фізична слабкість;
  - епілептичні напади;
  - послаблення зору;
  - психомоторне збудження.
2. Наявність галюцинацій.
3. Наявність маячення.
4. Стани інтоксикації (алкогольної, наркоманічної, токсикоманічної тощо).
5. Абстинентний синдром.
6. Тривога панічного рівня.
7. Нестійкість показників життєво важливих функцій (втрата свідомості, колапс тощо).
8. Психопатія.
9. Дисфорія.
10. Синдром гіперактивності в дітей.

*Характерні симптоми:*

1. Човгання і спотикання.
2. Падіння, зумовлені порушенням координації рухів.
3. Забої об меблі та одвірки.
4. Перебування в умовах низької температури в легкому одязі.
5. Нанесення собі порізів при користуванні гострими предметами.
6. Невдалі спроби запалити газ або залишення його запаленим в анамнезі.
7. Куріння в ліжку, залишення запалених сигарет у різних місцях.
8. Безцільні й некоординовані рухи.
9. Галюцинаторна поведінка.
10. Маячна поведінка.
11. Психомоторне збудження.
12. Ознаки інтоксикації.
13. Гострі ознаки абстиненції.
14. Дезорієнтування в навколишньому середовищі.
15. Психомоторне збудження.
16. Деструктивні форми поведінки.
17. Гнів, спрямований на людей.
18. Спалахи гніву – хворий починає руйнувати предмети (бити посуд, ламати меблі).



## Практичні поради

### Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ Необхідно знати рівень функціонування хворого (його психічний і фізичний стан), щоб розробити план необхідної допомоги. Оцініть психічний і фізичний стан хворого.
- ◆ Безпека хворого є пріоритетом у справі сестринського догляду. Пильно спостерігайте за його поведінкою і станом. Допомагайте хворому під час пересування. Внесіть із кімнати потенційно небезпечні предмети. При необхідності застосуйте тимчасову фіксацію хворого.
- ◆ Порушення орієнтування підвищує рівень травмування. Систематично орієнтуйте хворого в навколишньому середовищі.
- ◆ Надмірна кількість подразників посилює збудження. Зменшіть її.
- ◆ Посильні фізичні навантаження зменшують гіперактивність. Рекомендуйте гіперактивному хворому посильні фізичні навантаження.
- ◆ Адекватне застосування психофармакотерапії зменшує рухову активність хворого. Точно виконуйте призначення лікаря-куратора.

### ДІАГНОЗ – СТАТУС КОНВУЛЬСІЙНИХ НАПАДІВ

Одним із небезпечних для життя хворого станів, які вимагають невідкладної медичної допомоги, є серія або *статус епілептичних* чи *епілептиформних нападів*.

При серійному перебізі судомні напади часто слідуєть один за одним, але поміж конвульсіями хворий отямлюється. При статусі в періоди між конвульсіями він непритомний. За умови ненадання своєчасної медичної допомоги ці стани часто призводять до смерті, основною причиною якої є набряк мозку, при якому заклинаються мигдалики мозочка і паралізується дихальний центр. Головними причинами, які викликають серію або статус конвульсійних нападів, є епілепсія, тяжкі форми еклампсії періоду вагітності або пологів, отруєння (наприклад стрихніном), набряк мозку (наприклад уремична або діабетична кома), черепномозкові травми, тяжкі форми правця, пухлини мозку тощо. Нозологічний діагноз і тактику специфічного лікування встановлює лікар-психіатр. Медична сестра, негайно доповідаючи лікарю про такий стан, формулює діагноз – статус конвульсійних нападів із втраченою свідомістю (вказує кількість нападів під час спостереження).

## Практичні поради

### Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ Негайно сповістити лікаря-куратора, завідувача відділення або чергового лікаря.
- ◆ Покликати на допомогу молодших медсестер або санітарок.

- ◆ Встановити в ліжку бокові бортики, щоб хворий під час чергового нападу не впав і не завдав собі травми.
- ◆ Обкласти бокові бортики матрацами, товстими ковдрами або подушками.
- ◆ Підкласти під хворого надувне судно і клейонку.
- ◆ Порахувати частоту пульсу і поміряти артеріальний тиск.
- ◆ Підключити до доступної поверхневої вени крапельницю з 0,9 % розчином натрію хлориду (перед початком краплинного вливання взяти кров для екстреного біохімічного аналізу, передусім на вміст глюкози й електролітів у крові).
- ◆ Біля ліжка хворого розгорнути переносну підставку з необхідним обладнанням і медикаментами, які потрібно буде вводити. На столику повинні бути: 1) рото-розширювач; 2) язикотримач; 3) 25 % розчин магнію сульфату в ампулах; 4) ампульовані препарати діазепаму (реланіум, седуксен, сибазон); 5) 10 % розчин кальцію хлориду в ампулах по 5 мл; 6) 40 % розчин глюкози в ампулах; 7) гормони кори надниркових залоз в ампулах (преднізолон, ДОКСА тощо); 8) натрію тіопентал або гексенал.
- ◆ Свіжоприготовлений розчин хлоралгідрату для лікувальної мікроклізми.
- ◆ Підготувати назогастральний зонд, шприц Жане, шприц на 20 мл і таблетовані антиконвульсанти для внутрішньогастрального введення за Курловим.
- ◆ Якщо в лікарні є реанімаційне відділення, медична сестра повинна підготувати і забезпечити засоби екстреного транспортування хворого в цей підрозділ спеціалізованої допомоги.
- ◆ Якщо черговий лікар з якоїсь причини затримується (наприклад, знаходиться біля тяжкого хворого), медична сестра повинна внутрішньовенно ввести 20 мг діазепаму (по 4 мл 0,5 % розчину реланіуму, седуксену або сибазону).
- ◆ Категорично заборонено вводити при конвульсійному синдромі камфору. Зі стимуляторів серцево-дихальної системи слід застосувати лише ті препарати, які призначає лікар.

### ДІАГНОЗ – ВІДМОВА (АБО НЕМОЖЛИВІСТЬ) ВЖИВАТИ ЇЖУ

Небезпеку для здоров'я хворого, а іноді й для його життя, становить активна **відмова вживати їжу**, або тривала неможливість її приймати внаслідок безпорадного стану.

Активна відмова вживати їжу, в основному, зумовлена:

1. Наявністю у хворого слухових імперативних галюцинацій, при яких голоси забороняють йому вживати їжу, або слухових галюцинацій, які лякають, що їжа отруєна.
2. Наявністю нюхових і смакових галюцинацій, при яких їжа здається смердючою й огидною (тхне “трупним запахом”, має “огидний смак”).
3. Негативістичною поведінкою хворого.
4. Наявністю маячення отруєння.

5. Наявністю нігілістичного маячення Котара (“шлунок і кишечник всохли”, “їжа не перетравлюється, а тому її не можна їсти”).

6. Наявністю вираженого депресивного синдрому з маячними ідеями самозвинувачення.

7. Наявністю нервової анорексії.

8. Симуляцією психічного захворювання або хвороби шлунково-кишкового тракту.

9. Установча реакція типу надцінних ідей на вживання звичайної в даній популяції їжі представниками деяких релігійних сект (наприклад “Білого братства”, секти “Наступники індуїзму”, мусульман на вживання свинини тощо).

10. Гострий період вираженого абстинентного синдрому в наркоманів.

Основними причинами безпорадного стану, які роблять неможливим приймання їжі, є:

1. Тривалі стани глибокого виключення свідомості (сопор, кома).

2. Тривалі стани вираженого затьмарення свідомості (аменція, делірій, онейроїд).

3. Тотальне слабоумство і стан маразму.

4. Стани вираженого ступору (особливо кататонічного).

5. Неможливість вживати воду і рідку їжу (є характерною ознакою сказу).

Причину відмови і тактику етіопатогенетичного лікування основного захворювання, яке призвело до відмови або неможливості вживати їжу, встановлює лікар-психіатр. Медична сестра, як правило, встановлює один із двох діагнозів на симптоматичному рівні, наприклад:

1. Хворий відмовляється вживати їжу протягом (вказати точно) часу.

2. Хворий неспроможний вживати їжу протягом (вказати тривалість) часу.

Медична сестра повинна стежити за особливостями поведінки такого хворого, щоб надати лікарю максимум об’єктивних даних, які допоможуть йому правильно кваліфікувати причину відмови (або неспроможності) вживати їжу.

### **Практичні поради**

#### **Алгоритм дії медичної сестри**

Маніпуляції проводить досвідчена медична сестра або медсестра, яка допомагає лікарю:

◆ Встановити за хворим режим посиленого нагляду.

◆ Негайно доповісти лікарю.

◆ Перевести хворого в палату посиленого режиму.

◆ Спробувати вмовити хворого поїсти.

◆ З’їсти самій трошки їжі з тарілки хворого, щоб наочно продемонструвати йому безпечність вживання їжі.

◆ Залишити хворого з їжею наодинці (інколи за таких умов хворі “розгальмовуються” і вживають їжу).

◆ Спробувати нагодувати хворого з ложки.

◆ Якщо хворий не вживає рідину більше однієї доби – наводнювати організм за допомогою крапельниць згідно з вказівками лікаря.

◆ Посилити апетит шляхом підшкірного введення інсуліну в невеликих дозах, вказаних лікарем.

◆ Вести контроль за діурезом і спорожненням кишечника.

Якщо хворий не вживає їжу понад 2 доби, слід підготувати все необхідне для штучного годування через назогастральний зонд згідно з інструкціями лікаря.

*Техніка й алгоритм годування через зонд:*

◆ Приготувати стерильний тонкий шлунковий зонд, шприц Жане або лійку, шприц на 20 мл, 600-1000 мл рідкої висококалорійної їжі (молоко, рідка манна каша, сирі яйця, вершки, масло, цукор, мед, сіль, полівітаміни, при потребі – медикаментозні препарати у вигляді розчинів або пігулок, розтертих у порошок). Їжу перемішати до гомогенності й підігріти до 37-40 °С.

◆ Хворого з психомоторним збудженням піддати тимчасовій м'якій фіксації.

◆ Бажано виконувати цю процедуру в положенні хворого сидячи, якщо це неможливо, то його годують у положенні лежачи.

◆ Очистити носові ходи.

◆ Облитий гліцериним, рідким вазеліном або олією зонд ввести на 45-50 см через нижній носовий хід, носоглотку і стравохід у шлунок. Голову хворого при цьому нахилити вперед, щоб зонд спрямувався у стравохід по задній стінці глотки.

◆ Перевірити місцезнаходження зонда. Він повинен знаходитись у шлунку, а не в трахеї чи бронху. Критерії правильності введення зонда: а) при потраплянні зонда в трахею або бронх хворий починає кашляти і синіти; б) коли затиснути носові ходи і закрити рот, а зонд знаходиться в дихальних шляхах, хворий не задихається, а вогник запаленого сірника, піднесеного до кінця зонда, коливається, повторюючи дихальні рухи; в) через зонд влити 20-40 мл підігрітої води або 0,9 % розчину натрію хлориду – якщо зонд знаходиться в дихальних шляхах, хворий закашлюється; г) після цього ввести 50-100 мл повітря за допомогою шприца Жане, у цей час лікар стетофонендоскопом прослуховує шлунок – якщо зонд знаходиться в стравоході, можна почути характерне булькання; д) відтак дробними порціями ввести приготовлену харчову суміш; ж) при ознаках виходу зонда із стравоходу і потрапляння в трахею (закашлювання і посиніння шкірних покривів) годування негайно припинити.

Через лійку або шприцом Жане ввести до 100 мл фізрозчину, щоб ще раз пересвідчитись у правильності положення зонда. Влити поживну суміш, потім – знову фізрозчин або чай для змивання залишків суміші чи ліків зі стінок зонда, після чого зонд плавно і швидко видалити.

Після процедури хворого ще 30-40 хвилин утримують у лежачому положенні. Зондову суміш слід вливати повільно і в помірній кількості, щоб не перевантажувати шлунок і тим самим не викликати блювання.

◆ Годування через зонд проводять один раз на добу або через день. Годування через зонд неприємне для хворого, тому іноді після кількох таких сеансів він може почати їсти самостійно. Але здебільшого цю процедуру доводиться виконувати протягом тривалого часу. В таких випадках хворого періодично повинен оглядати лікар-оториноларинголог.

## ДІАГНОЗ – ХВОРИЙ НЕ ПРИЙМАЄ ЛІКІВ

Деякі хворі з порушеннями психіки відмовляються приймати ліки, або ховають пігулки під язик (за щоку), а потім випльовують.

Основними причинами цього є ті ж стани, що спричиняють відмову (або неможливість) вживати їжу. Сестринський діагноз – хворий не приймає пероральних ліків.

### Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ Доповісти про це лікарю.
- ◆ Роздавати ліки за умов асистування молодшої медичної сестри або санітарки.
- ◆ Медична сестра дає пігулки і воду, щоб запити їх, а асистент за допомогою шпателя або ложки (індивідуальних) ретельно перевіряє простори під язиком і за губами, де хворий може сховати ліки.
- ◆ При неможливості ентерального приймання ліків (вперта відмова, психомоторне збудження, неможливість ковтання) медична сестра повинна поставити перед лікарем питання щодо парентерального їх введення.

## ДІАГНОЗ – ГІПОГЛІКЕМІЧНА КОМА

Серйозну небезпеку для життя хворого може становити затяжна гіпоглікемічна кома, зумовлена проведенням інсулінокоматозної терапії, яку здебільшого застосовують при лікуванні незадавлених форм шизофренії в осіб молодого віку.

Особливо небезпечними є так звані “вторинні гіпоглікемічні коми”. У цих випадках сестринський діагноз такий – гіпоглікемічна кома. Для профілактики цього стану необхідно особливо пильно спостерігати за загальним станом хворого, щоб при тяжкій або атиповій реакції на введення інсуліну швидко й ефективно вивести його із стану гіпоглікемії. Сеанси інсулінокоматозної терапії проводить досвідчена медсестра під контролем лікаря.

### Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ Метод інсулінотерапії, дозу і шлях введення інсуліну, глюкози визначає лікар.
- ◆ Перед кожним сеансом інсулінотерапії медична сестра досліджує шляхом пильного огляду і пальпації стан поверхневих вен, придатних для проведення внутрішньовенних ін’єкцій. При відсутності великих магістральних вен, тромбуванні й спаданні їх проводити інсулінокоматозну терапію не можна, необхідно вставити катетер у підключичну або стегнову вену.

◆ Для проведення інсулінокоматозної терапії можна використовувати лише інсулін із звичайним терміном дії. Застосувати інсуліни пролонгованої дії категорично заборонено.

◆ Перед проведенням сеансу інсулінокоматозної терапії медична сестра контролює випорожнення кишечника і сечового міхура, знімає зубні протези, міряє артеріальний тиск. Про останній негайно доповідає лікарю.

◆ Перевіряє наявність необхідної кількості стерильних шприців, медикаментів, які знадобляться при виведенні хворого з гіпоглікемічного стану або ускладненої коми. При відсутності необхідних медикаментів або обладнання сеанс інсулінокоматозної терапії не проводить.

◆ Натще парентерально вводить інсулін, індивідуальну дозу якого перед кожним сеансом встановлює лікар.

◆ Слідкує, щоб хворий нічого не їв і не вживав солодких напоїв.

◆ Через кожні 15 хв оцінює загальний стан і вимірює артеріальний тиск.

◆ При розвитку початкових явищ гіпоглікемії проводить профілактичну тимчасову м'яку фіксацію хворого (висока ймовірність розвитку психомоторного збудження або конвульсійних нападів).

◆ Після перебування певний час у стані гіпоглікемічної коми або глибокого сопору (глибину виключення свідомості й тривалість її індивідуально визначає лікар) хворого виводять із цих станів. У цьому випадку субалгоритм такий:

– струминно внутрішньовенно вводить 40-80 мл 40 % розчину глюкози;

– після відновлення ковтальних рухів хворому дає випити 300-400 мл цукрового сиропу;

– відтак хворий повинен з'їсти сніданок, багатий на вуглеводи.

◆ Якщо після внутрішньовенного введення 80 мл 40 % глюкози свідомість не прояснюється, медична сестра негайно викликає до хворого лікаря.

◆ Голку шприца в цьому випадку не виймають із вени, а негайно під'єднують до неї крапельницю з 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, а краще – 5 % розчину глюкози.

◆ Доставити в палату до ліжка хворого укладку препаратів із маркуванням "Невідкладна допомога при гіпоглікемічній комі", стерильний назогастральний зонд, ротрозширювач, язикотримач, шприц Жане і лійку.

◆ Подальшими діями і маніпуляціями медичної сестри керує лікар.

◆ Після виходу з коми до нічного сну за хворим пильно стежить медперсонал, тому що можливим є розвиток вторинної гіпоглікемії.

◆ При повторному розвитку ускладненої гіпоглікемічної коми інсулінокоматозну терапію не проводять.

◆ У журнал спостережень записують факт появи коми або глибокого сопору та їх тривалість.

## ДІАГНОЗ – КОЛАПС

Інколи при проведенні психофармакотерапії, зокрема при парентеральному введенні нейролептиків (особливо при внутрішньовенних ін'єкціях), може розвинути *колапс*. При цьому стані хворий різко блідне, розвивається виражена загальна слабкість, тонус м'язів знижується, з'являється запаморочення, може розвинути знепритомнення.

Пульс, як правило, прискорюється, стає м'яким, артеріальний тиск різко знижується (діастолічний тиск може падати до нуля). Якщо хворий стоїть або сидить, він заточується чи падає.

Сестринський діагноз – післяін'єкційний колапс або колаптоїдний стан.

### Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

◆ З'ясувати у хворого або його родичів, чи не приймав він раніше нейролептики і як переносив їх. Якщо хворий погано переносив їх у минулому, про це необхідно доповісти лікарю-куратору.

◆ Перед введенням нейролептиків маніпуляційна сестра зобов'язана мати наготові набір препаратів для виведення хворого із станів колапсу та непритомності (кордіамін, мезатон або адреналін, нашатирний спирт, дофамін, систему для внутрішньовенного введення ліків, 5,0 % розчин глюкози або 0,9 % розчин натрію хлориду, роторозширювач і язикотримач, подушку з киснем, преднізолон).

◆ Хворим, які починають приймати нейролептики, за 20-30 хв до їх введення дають випити кордіамін у краплях або вводять його підшкірно в дозі, призначеній лікарем.

◆ Парентеральне введення нейролептиків (особливо перші ін'єкції) проводять за умови лежачого положення хворого.

◆ Після ін'єкції нейролептика хворий повинен 1 год знаходитись у ліжку.

*Якщо у хворого розвинувся колапс:*

◆ Негайно сповіщають про це лікаря.

◆ Молодша медична сестра або санітарка (чи ходячий хворий) піднімає нижні кінцівки, щоб кров від ніг перемістилась до головного мозку.

◆ Хворому підносять під ніс ватний тампон із розчином нашатирного спирту.

◆ Підшкірно вводять кордіамін, а при значному зниженні артеріального тиску – адреноміметики (адреналін або мезотон).

◆ Дають вдихати кисень (бажано зволожений).

◆ Відкривають вікно або квартиру.

◆ Якщо запав язик – роторозширювачем відкривають рот, а язикотримачем витягують язик назовні, щоб розкрити дихальні шляхи.

◆ При глибокому колапсі негайно підключають систему для внутрішньовенного капання (з 5,0 % розчином глюкози або 0,9 % розчином натрію хлориду).

- ◆ За цей час до хворого підходить лікар, і медична сестра виконує його призначення.
- ◆ Перелік усіх препаратів, які вводять хворому, наводять у листку призначень.

## ДІАГНОЗ – ГОСТРА ЗАТРИМКА СЕЧОВИПУСКАННЯ

У хворих, які приймають антидепресанти, може розвинути *гостра затримка сечовипускання*.

Особливо високий ризик цього ускладнення спостерігають серед хворих чоловіків з інволюційною депресією, в яких є гіперплазія або аденома простати. Сестринський діагноз – гостра затримка сечовипускання.

### Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ З'ясувати у хворого або його родичів, чи не приймав він раніше антидепресанти і які були наслідки. Про гостру затримку сечовипускання доповісти лікарю.
- ◆ Тримати під контролем сечовивипускання хворого.
- ◆ Якщо хворий не мочиться понад 6 год, доповісти про це лікарю.
- ◆ До приходу лікаря підготувати необхідні засоби для катетеризації сечового міхура (стерильний м'який зонд, гліцерин (рідкий вазелін або олію), фурацилін, посудину для сечі, марлеві серветки).
- ◆ Якщо лікар призначить катетеризацію, медична сестра проводить її за допомогою м'якого зонда:
  - за необхідності ввести жінці катетер – стати праворуч від неї, вона лежить на спині з напівзігнутими в колінах і розведеними ногами. Лівою рукою розсунути статеві губи, а правою обробити статеву щілину тампоном, змоченим дезінфекційним розчином (розчином фурациліну). Пінцетом взяти катетер, облитий гліцерином (вазеліном, олією) і ввести через отвір сечівника в сечовий міхур. Поява сечі з катетера, опущеного в посуд, свідчить про те, що він знаходиться в сечовому міхурі. Катетер вийняти дещо раніше, ніж виділиться вся сеча, щоб сечівник промився її залишками;
  - за необхідності катетеризації чоловіка спочатку необхідно дезінфікувати зовнішній отвір сечовивідного каналу. Великим і вказівним пальцями лівої руки розкрити зовнішній отвір сечівника, а правою рукою ввести м'який катетер, попередньо облитий змащувальною речовиною. Катетеризація чоловіків є складнішою процедурою, бо їх сечовивідний канал набагато довший і має два фізіологічні звуження, що створює перешкоду для просування катетера. Якщо катетеризацію за допомогою м'якого катетера провести неможливо, то використовують металевий (це лікарська маніпуляція).



## ДІАГНОЗ – ГАЛЮЦИНАЦІЇ

Визначення: вигадані, несправжні сприймання неіснуючого об'єкта, суб'єкта або явища, що виникають на хворобливій основі й є для хворого дійсним сенсорним відображенням об'єктивної реальності.

*Можливі етіологічні фактори:*

1. Гострі й хронічні психози.
2. Інтоксикація наркотичними, токсикоманічними, лікарськими та іншими речовинами.
3. Депривація сну.

*Характерні риси і симптоми:*

1. Сприймання нереальних об'єктів, суб'єктів або явищ.
2. Поза і міміка “прислуховування”.
3. Немотивований сміх.
4. Немотиваний переляк.
5. Розмова із самим собою.
6. Замовкання під час розмови, щоб прислухатись, придивитись, принохатись тощо.
7. Неадекватні емоції.
8. Неадекватні реакції.
9. Порушення орієнтування в навколишньому світі, власній особі або обставинах.

### Практичні поради

#### Алгоритм дії медичної сестри:

◆ Своєчасне втручання може попередити небезпечні дії хворого. Спостерігайте за його поведінкою. Звертайте увагу на об'єктивні ознаки галюцинацій (поза прислухання, сміх або розмова із самим собою, раптове припинення розмови тощо). При розвитку психомоторного збудження вживайте адекватних заходів.

◆ Безпека хворого є пріоритетом у справі сестринського догляду. Переконайте хворого в безпеці, якщо він реагує страхом на оточуюче.

◆ Зменшення кількості подразників покращує формування правильного сприймання людей. Зменшуйте кількість подразників в обстановці, що оточує хворого (бажані низький рівень шуму, невелика кількість людей, проста обстановка в палаті).

◆ Правильне орієнтування покращує якість сприймання. Не погоджуйтесь механічно з галюцинаторними переживаннями хворого. Переконайте хворого в тому, що його відчуття не справжні.

◆ Ваш дотик до хворого він може сприйняти як загрозливий і відповісти на нього агресією. Не доторкайте до нього. Тримайте дистанцію між собою і хворим.

◆ Позиція доброзичливого ставлення до хворого посилює довіру. Не смійтесь над ним, приділяйте йому увагу.

◆ Переключення уваги хворого зменшує інтенсивність галюцинацій. Постарайтесь відволікати його увагу від галюцинацій.

◆ Підтримка і підбадьорювання хворого вселяє в нього відчуття безпеки. Підтримуйте і підбадьоруйте хворого, в якого з'явилося відчуття дереалізації.

## ДІАГНОЗ – МАЯЧЕННЯ

Визначення: маячними ідеями є несправжні умовиводи і судження, які не відповідають дійсності, виникають на хворобливій основі й не піддаються критиці та корекції.

Єдиною причиною виникнення маячення є психоз, який включає:

1. Висловлювання маячних ідей.
2. Неадекватна поведінка, яка відображає сутність маячного мислення:
  - агресія й дезадантатія;
  - уникання контактів;
  - відмова від їжі, пиття і медикаментів;
  - боротьба з вигаданими переслідувачами;
  - неадекватна настороженість і внутрішня напруженість;
  - неправильна інтерпретація обстановки.

## Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

◆ Передусім дбайте про безпеку хворого і людей, які його оточують. Пильно стежте за поведінкою, маячного хворого, за прийманням ліків і вживанням їжі.

◆ Заперечення маячної впевненості хворого не приносить користі. Це не переконує хворого в неправильності його суджень, а навпаки, посилює віру в його правоту. Не сперечайтесь із ним відносно його маячення, але і не підтримуйте його переконань. Маячні ідеї зникнуть тоді, коли закінчиться психоз.

◆ Розповідь про власні переживання в спокійній обстановці полегшує психічний стан хворого. Дайте йому можливість розповісти про те, що в нього на душі, не насміхаючись над дивними висловлюваннями.

◆ Нерідко ступінь інтенсивності маячення має зв'язок із вираженням тривоги. Навчіть хворого прийомам, за допомогою яких можна зменшити вираження тривоги (глибоке дихання, релаксація, метод “стоп-думок”).

◆ Постійні думки на маячну тематику посилюють маячення. Відволікайте хворого від маячних думок. Якнайбільше розмовляйте з ним про реальні події і реальних людей. Переключайте думки, увагу і діяльність хворого на раціональну діяльність.

## ДІАГНОЗ – ТРИВОГА

Визначення: відчуття незрозумілого неспокою, джерело якого часто не є чітко визначеним або невідоме індивіду.

Етіологічні фактори і характерні симптоми, які підтверджують стан тривоги:

1. Надмірна збудливість.
2. Боягузливість.
3. Відчуття невідповідності й неадекватності.
4. Страх перед невідомим.
5. Неспокій.
6. Безсоння.
7. Послаблення очного контакту.
8. Зосередженість на собі.
9. Зниження уваги.
10. Демонстративна поведінка, яка спрямована на самоусвідомлення.
11. Тахікардія і часте дихання.
12. Страх збожеволіти.
13. Вегетативні розлади.
14. Нічні жахи.

### Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

◆ Зрозуміти стан хворого допомагають довірливі відносини між ним і медичною сестрою. Ставтесь до хворого з істинною повагою.

◆ Діяльність із фізичними навантаженнями зменшує у хворого відчуття внутрішньої напруженості й рівень тривоги і приносить йому користь. Пропонуйте хворому види діяльності, що сприяють зменшенню напруженості й послабленню тривоги (піші прогулянки, біг підтюпцем, спортивні ігри, виконання домашніх обов'язків тощо).

◆ Тривожний хворий часто не усвідомлює наявності тривоги. Нерідко надмірно використовують механізми захисту: проекції і перенесення. Поясніть хворому істинне положення речей. Переконайте його в тому, що потрібно вживати заходів, спрямованих не проти якогось симптому (наприклад безсоння), а проти тривоги. Тривога є заразною. Вона легко передається від однієї людини до іншої. Медична сестра повинна підтримувати атмосферу спокою.

◆ Тривога може породжувати підозрілість і неправильну інтерпретацію вчинків та дій людей, які оточують хворого. Обережно застосовуйте прийом заспокійливого доторкування чи погладжування хворих, який вони можуть сприйняти як агресію.

◆ Безпека хворого є аксіомою в справі сестринського догляду. Суворо дотримуйтесь правил безпеки.

◆ Наявність реального плану дій надає хворому відчуття впевненості, необхідної для того, щоб успішно впоратись із тяжкою ситуацією при можливому її

повторенні. Коли тривога зменшиться, допоможіть хворому створити варіанти адекватних реакцій на відповідну ситуацію, яка може бути в майбутньому. Допоможіть хворому розпізнавати ознаки тривоги, яка зростає.

◆ Застосування діазепамів послаблює сковуючу дію тривоги і полегшує контактування з хворим у процесі лікування. Слідкуйте за своєчасним і точним виконанням лікарських призначень. Поясніть хворому клінічну дію транквілізаторів і можливі побічні явища.

## ДІАГНОЗ – СТРАХ

Визначення: переживання небезпеки, джерело якої хворий вважає реальним.

*Можливі етіологічні фактори:*

1. Специфічні фобії.
2. Перебування в ситуації, з якої важко вийти.
3. Ніяковість перед іншими людьми.

*Характерні симптоми:*

1. Відмова залишатись наодинці.
2. Відмова перебувати в людних місцях.
3. Страх перед певними об'єктами або ситуаціями, які викликають фобії.
4. Розвиток неспокою або подразнення вегетативної нервової системи при дії об'єкта або ситуації, що викликає фобію.

## Практичні поради

### Алгоритм дії медичної сестри

◆ Найбільшим страхом у хворого є страх за своє життя. Переконайте його, що він у безпеці.

◆ Розуміння особливостей сприймання й осмислення хворим об'єкта або ситуації, що викликають фобію, дають можливість створити реальний план допомоги хворому. З'ясуйте психічний стан.

◆ Хворий повинен змиритись із реальною ситуацією (аспекти якої змінити неможливо) перед тим, як робота щодо зменшення страхів почне просуватись вперед. Виясніть разом із хворим, що можна змінити, а що змінити неможливо.

◆ Наявність у хворого вибору дій забезпечує певну міру контролю над ситуацією. Розгляньте з хворим альтернативні рішення стратегії і тактики поведінки.

◆ Вербалізація (проговорювання) переживань допомагає хворому змиритись із своїм положенням. Дайте йому можливість виговоритись.

◆ Страх викликає вегетативну дисфункцію, а розлади вегетатики починають страх. Необхідно ліквідувати або зменшити вегетативні й соматичні розлади, які виникають при наявності страху.

◆ Лікування анксиолітиками зменшує страх. Точно виконуйте призначення лікаря.

◆ Напади серцевого болю обов'язково викликають напади панічного страху. При нападах серцевого болю насамперед необхідно купірувати больовий синдром.

### ДІАГНОЗ – ПОРУШЕННЯ ФОРМУЛИ СНУ

Визначення: зміни часу сну, що викликає у хворого відчуття дискомфорту або заважає йому вести бажаний спосіб життя.

*Можливі етіологічні фактори:*

1. Наявність тривоги.
2. Наявність страху.
3. Ситуаційні кризи.
4. Зміна обстановки.
5. Наявність маячного мислення.
6. Наявність галюцинацій.
7. Наявність депресії.
8. Маніакальний стан та інші форми психомоторного збудження.
9. Відчуття безнадійності.

*Характерні симптоми порушення сну:*

1. Скарги на утруднене засинання.
2. Раннє пробудження.
3. Переривчастий сон.
4. Часте позіхання.
5. Байдужість, апатія.
6. Недостатність енергії.
7. Темні кола під очима.
8. Дрімота без засинання.
9. Бажання заснути протягом дня.
10. Відсутність відчуття відпочинку.

### Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

◆ Перед тим, як запропонувати допомогу, необхідно уточнити дійсний стан. Спостерігайте за схемою його сну. Виявляйте обставини, які впливають на сон хворого.

◆ Порушення сну можуть викликати страхи і тривогу. Виясніть емоційний стан хворого.

◆ У присутність людини, яка викликає довір'я, у хворого виникає відчуття впевненості й безпеки. Сидіть біля нього доти, доки він не засне.

◆ Приймання стимуляторів нервової системи може порушувати сон. Виключіть із харчового раціону хворого всі продукти, які містять кофеїн.

◆ Заспокійливі процедури полегшують засинання. Застосовуйте заспокійливі сестринські процедури (розтирання спини, релаксація під спокійну музику, тепле молоко, тепла ванна тощо).

◆ Людина звикає до стереотипного циклу відпочинку і неспання. Встановіть визначений час для сну і не допускайте відхилень від цього графіка.

◆ Сон астенізованих хворих є поверхневим і чутливим. Зберігайте режим тиші під час нічного сну. Дозволяйте молодшому медичному персоналу починаючи прибирання в палатах після того, як хворі виспляться.

### ДІАГНОЗ – БІЛЬ (ГОСТРИЙ БІЛЬ)

Визначення: стан, при якому людина скаржиться на виражений дискомфорт або неприємні відчуття.

*Можливі етіологічні фактори:*

1. Порушення рівноваги між концентраціями естрогену і прогестерону.
2. Можливі зміни харчування, що включають:
  - дефіцит вітаміну В<sub>6</sub>.
  - коливання рівня глюкози в крові.
  - порушення обміну жирних кислот.
  - дефіцит магнію.
  - дефіцит вітаміну А.
  - непереносимість алкоголю.
3. Затримка рідини.
4. Спазми гладких м'язів.
5. Судинні розлади.
6. Стан втоми.
7. Подразнення оболонки, в яких багато нервових закінчень (перикард, мозкові оболонки, окістя, очеревина тощо).
8. Наявність страху і тривоги.
9. Зниження порога больової чутливості (астенізація).

*Характерні симптоми:*

1. Скарги на біль в деяких ділянках тіла.
2. Характерна міміка (“гримаси болю”).
3. Зміна рухової активності (руховий неспокій або вимушене положення).
4. Наявність об'єктивних ознак: м'язового валику, симптому Щоткіна, симптому Керніга, напруження м'язів тощо.

### Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

◆ Дані обстеження дають змогу створити адекватний план допомоги. Визначіть локалізацію, час, тривалість та інтенсивність болю.

◆ Біль свідчить про небезпеку, він є “сторожем організму”. Перед застосуванням знеболювальних препаратів хворого повинен оглянути лікар, щоб не пропустити гострої патології (наприклад, апендициту).

◆ Втома, стрес, страхи і тривога викликають і посилюють біль. Слідкуйте за режимом відпочинку. Попереджуйте стреси, страхи і тривогу.

◆ Відволікальні процедури зменшують біль. Застосовуйте доступні відволікальні процедури (масаж, теплі ванни тощо).

◆ Адекватне харчування попереджує і зменшує біль. Скорочуйте меню харчування хворого.

◆ Приймання анестетиків, спазмолітиків і психотропних препаратів зменшує біль. Точно виконуйте призначення лікаря.

### ДІАГНОЗ – ХРОНІЧНИЙ БІЛЬ

Визначення: стан, коли хворий відчуває біль протягом тривалого часу (не менше 6 місяців).

Характерні симптоми і скарги, які підтверджують діагноз:

1. Скарги на біль без підтвердження його об’єктивними даними.
2. Соціальна ізоляція хворого, заглиблення його у хворобу.
3. Міміка, що виражає біль.
4. Демонстративно обережне пересування.
5. Відмова від терапевтичних процедур через біль.
6. Вимоги вживати радикальних заходів (наприклад зробити операцію).
7. В анамнезі – звертання до багатьох медиків і цілителів.
8. Надмірне приймання знеболювальних препаратів.

### Практичні поради

#### Алгоритм дії медичної сестри

◆ Сприймання хворого як симулянта чи аграванта заважає встановити належний контакт. Визнавайте те, що біль дійсно існує, хоч джерела його виявити не вдається.

◆ Біль нерідко провокується або посилюється під впливом певного стресогенного фактора. Старайтесь виявити фактор, який викликає або посилює біль.

◆ Проведення відволікальних заходів зменшує фіксацію уваги хворого на больових відчуттях. Приділяйте йому якнайбільше уваги (навіть тоді, коли він не зосереджується на болю). Застосовуйте заспокійливі процедури (наприклад розтирання спини, тепла ванна, грілка). Фіксація уваги на болю посилює його.

◆ Будьте уважні до хворого, але не акцентуйте свою увагу на його болю.

◆ Стан тривоги і страху посилює відчуття болю. Слідкуйте за емоційним станом хворого.

◆ Створюйте хворому умови для занять аутотренінгом, заохочуйте його до цікавої діяльності.

## ДІАГНОЗ – СИНДРОМ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО НАПРУЖЕННЯ

Визначення: синдром передменструального напруження, яке, згідно з МКХ-10, називають передменструальним дисфоричним розладом, проявляється рядом соматичних і емоційних симптомів, що виникають протягом останнього тижня лютеїнової фази менструального циклу і проходять упродовж декількох днів після початку його фолікулярної фази. У більшості жінок ці симптоми виникають за тиждень до початку менструації і зникають через декілька днів після її початку. Даний синдром виникає і в жінок, у яких відсутність менструації зумовлена екстирпацією матки, але збережена функція яєчників.

Для синдрому передменструального напруження характерним є наявність таких симптомів:

1. Виражена афективна лабільність (раптове відчуття суму, туги, плаксивість).
2. Схильність до дисфоричних реакцій із подразливістю і гнівливістю.
3. Виражена тривога з відчуттям напруженості та надмірності.
4. Виражений депресивний настрій із відчуттям безнадійності й розпачу, а також наявністю самоосуджуючих думок.
5. Зникнення інтересу до звичайних видів діяльності й спілкування.
6. Легка фізична і розумова втомлюваність.
7. Суб'єктивне відчуття важкості при спробі зосередитись.
8. Виражена зміна апетиту (або відсутність його, або переїдання, або сильне бажання з'їсти якусь певну страву).
9. Сонливість або безсоння.
10. Ряд інших симптомів, характерних для конкретної жінки: набухання молочних залоз; головний біль, який може нагадувати мігрень; біль у суглобах або м'язах; відчуття здуття живота; непереносимість алкоголю; вугрі; цистит; олігурія; зміни сексуального потягу; забудькуватість; м'язові судоми; суїцидальні думки; набряки.

### Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

◆ Втома посилює симптоми передменструального синдрому. Рекомендуйте жінці адекватний відпочинок і сон, а також уникнення нервово-психічних навантажень у передменструальний період.

◆ Стрес підвищує рівень тривоги, а тривога загострює сприйняття болю. Рекомендуйте жінці уникати стресових ситуацій.

◆ Відволікальні заходи зменшують концентрацію уваги на неприємних відчуттях і переживаннях. Застосовуйте заспокійливі сестринські процедури (розтирання спини, тепла ванна, грілка-подушка). Приділяйте хворій додаткову увагу, багато розмовляйте з нею на різноманітні теми.

◆ Вираження багатьох симптомів синдрому передменструальної напруженості може залежати від характеру їжі.



Поради:

- обмежте приймання жирів (особливо тваринних), молочних продуктів, рафінованого цукру, кухонної солі, кофеїну;
- вживайте продукти, які містять комплексні вуглеводи (овочі, боби, каші, цілісні зерна);
- скоротіть вживання рафінованих цукрів;
- рекомендуйте приймати полівітаміни.

◆ Коли проведення перерахованих вище заходів є неефективним, призначайте медичні препарати. Ліки призначає лікар відповідно до показань.

Медична сестра точно виконує призначення лікаря і пояснює жінці сутність лікування.

### ДІАГНОЗ – ПАТОЛОГІЧНА РЕАКЦІЯ ГОРЯ

Визначення: реакція у відповідь на реальну або уявну втрату, при якій індивід зациклюється на одній із стадій процесу переживання реакцій горя протягом тривалого періоду часу, або стан, коли звичайні симптоми реакції горя перебільшуються до такого ступеня, що порушують функціонування людини в повсякденному житті.

*Можливі етіологічні фактори:*

1. Реальна або уявна втрата важливого суб'єкта або об'єкта.
2. Перевантаження важкими втратами.
3. Переживання вини від втрати.

*Характерні симптоми:*

1. Ідеалізація втраченого.
2. Розумове “переживування” втрати.
3. Лабільність афекту.
4. Зниження уваги.
5. Зменшення інтересу до звичних справ.
6. Зміна звичок, сну, статевої активності.
7. Надмірний гнів.
8. Настирливість в анамнезі.
9. Депресивний настрій.
10. Порушення соціального функціонування.
11. Симптом психічного регресу.
12. Страх самотності.

### Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

◆ Знання вихідних даних є необхідною умовою для створення реального плану допомоги хворому. Зберіть детальний суб'єктивний і об'єктивний анамнез.

◆ Довірливе ставлення до хворого полегшує його стан. Приймайте хворого таким, яким він є. Встановіть із ним довірливі стосунки.

◆ Проговорювання своїх переживань полегшує психічний стан хворого. Дайте йому можливість виговоритись.

◆ Хворий повинен відмовитись від ідеалізації сприймання й надмірного осмислення втрати та прийняти як негативні, так і позитивні її сторони. Стимулюйте хворого переосмислити втрату, обережно вкажіть йому на дійсне положення речей.

◆ Позитивний зворотний зв'язок підвищує самооцінку. Підтримуйте постійний контакт із хворим, дайте йому відчуття, що він користується увагою і повагою.

◆ Інтереси хворого необхідно переключити на іншу діяльність (інколи навіть тимчасово). Переключіть його увагу на дітей, релігію, догляд за іншими хворими, працетерапію, фізичні навантаження.

◆ При недостатньому самоконтролі можливими є суїцидальні спроби і самопошкодження. Постійно спостерігайте за хворим. При необхідності застосовуйте тимчасову фіксацію.

У даному випадку лікують час і зміна установки. Психотропну терапію використовують на етапі надто гострих явищ. Основними є догляд і психотерапевтична робота медсестри, а не “заспокоєння” за допомогою психотропних препаратів.

### ДІАГНОЗ – ІСТЕРИЧНІ ПРОЯВИ

Медсестринська тактика при розвитку у хворого істеричного нападу (алгоритм дій):

1. Під час нападу перевірити реакцію зіниць на світло. Істерія може поєднуватись з іншою патологією, а відсутність реакції на світло свідчить про це.

2. Попросити вийти з палати відвідувачів і ходячих хворих.

3. Порахувати частоту пульсу і поміряти артеріальний тиск.

4. Спробувати перервати напад імперативним окликом.

5. Доповісти про стан хворого лікарю.

6. Дати хворому прийняти слабодіючі препарати із седативною дією (настойку кореня валеріани, краплі Зеленіна тощо).

7. Залишити хворого в спокої наодинці. За умов відсутності глядачів напад проходить швидше. Чим більше “метушитися” біля хворого, тим довше триватиме напад.

## ДІАГНОЗ – АЛКОГОЛЬНЕ СП'ЯНІННЯ

Найчастішими станами в наркології, які потребують невідкладної допомоги, є тяжкі форми простого *алкогольного сп'яніння, алкогольний абстинентний синдром і біла гарячка*.

Невідкладної медичної допомоги потребують сп'янілі з ознаками виключення свідомості (глибоке оглушення, сопор, кома). Відповідним чином формується діагноз – просте алкогольне сп'яніння з вираженим оглушенням, “алкогольний сопор”, “алкогольна кома”. Нерідко за відносно короткий час глибоке оглушення переростає в сопор, а сопор – у кому. Тому найчастіше сестринський діагноз такий – просте алкогольне сп'яніння тяжкого ступеня.

### Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ До сп'янілого негайно викликати лікаря.
- ◆ Сп'янілого роздягають, кладуть у ліжку або каталку, постеливши під нього клеюнку, охолоджене тіло обкладають грілками з температурою 37-38 °С.
- ◆ Голову сп'янілого повертають набік, щоб попередити можливе затікання блювотних мас у трахею.
- ◆ Попередньо досліджують стан життєво важливих функцій (міряють артеріальний тиск, рахують частоту пульсу і встановлюють тип дихання).
- ◆ Якщо сп'янілий може ковтати, йому дають випити 8-10 крапель нашатирного спирту на 30-50 мл води.
- ◆ Протягом 3-4 хв енергійно розтирають руками вухні раковини сп'янілого.
- ◆ Якщо стан сп'янілого не покращується, виконують такі дії:
  - стерильний товстий зонд вводять у шлунок і декілька разів промивають його розчином перманганату калію або звичайною теплою водою;
  - після промивання шлунка в нього заливають 50 мл води з 10 краплями нашатирного спирту;
  - у сечовий міхур вставляють м'який катетер, з'єднаний із сечоприймачем;
  - для об'єктивного оцінювання важкості сп'яніння і вибору об'єму медичної допомоги проводять забір венозної крові для визначення вмісту в ній етилового спирту. Шкіру в ділянці маніпуляції не можна протирати спиртом або іншим засобом, який його містить. Шкіру обробляють розчином фурациліну або 0,9 % розчином натрію хлориду. Забирають 5 мл крові, переливають у пляшечку (наприклад, з-під пеніциліну), герметично її закривають і негайно відсилають у відповідну лабораторію;
  - не виймаючи голку з вени, під'єднують до неї систему для краплинних вливань із 5 % розчином глюкози або 0,9 % розчином натрію хлориду.
- ◆ Відтак медична сестра виконує призначення лікаря.
- ◆ Напоготові в медичної сестри повинні бути: фуросемід (лазикс), аналептики, аскорбінова кислота, ентеросорбенти, роторозширювач і язикотримач.
- ◆ У листок призначень записують препарати, які потрібно ввести хворому.

## ДІАГНОЗ – БІЛА ГАРЯЧКА

Якщо в пацієнта нарастають явища алкогольного абстинентного синдрому, розвивається *алкогольний пределірій*, або *біла гарячка*.

### Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

1. Медична сестра виконує алгоритм дій, спрямованих на купірування алкогольного абстинентного синдрому, профілактику і купірування психозу.
2. Пильно спостерігає за хворими із загрозливим алкогольним анамнезом і явними сомато-вегетативними стигмами, які вказують на зловживання спиртними напоями.
3. Про розвиток симптомів алкогольного абстинентного синдрому (ААС) негайно доповідає лікарю.
4. Уважно слідкує за особливостями нічного сну таких пацієнтів. Безсоння в поєднанні із зростаючою симптоматикою ААС із високим ступенем ймовірності свідчить про загрозу розвитку психозу.
5. Стежить, щоб вдень хворий вживав багато рідини (особливо мінеральні води).
6. Пильно слідкує за прийманням хворим препаратів, призначених лікарем (метронідазолу і карбамезапіну при ААС, снодійних при безсонні, пірроксану або бутирроксану при вегетативних порушеннях).
7. Межею, коли пределірійний стан переростає в психоз, є період, у якому, заклавши очі, хворий “бачить” різні картини. Про це медична сестра негайно доповідає лікарю і обриває початок психозу:
  - згідно з призначеннями лікаря, готує суміш Попова. Для цього призначений снодійний засіб (2-3 разові дози) розтирає в порошок, змішує з 50-60 мл 96 % етилового спирту і доливає 80-100 мл води (або 100-120 мл 40 % горілки). Цю суміш дає випити хворому;
  - хворого піддає тимчасовій м’якій фіксації до ліжка;
  - якщо через 30 хв хворий не засне, викликає медикаментозний сон шляхом парентерального введення, здебільшого внутрішньовенного, відповідних препаратів (діазепамів, натрію оксибутирату, гексеналу або натрію тіопенталу, нейролептиків із вираженою снодійною дією тощо);
  - до вени хворого підключає систему для краплинних вливань;
  - пильно слідкує за функціонуванням серцево-дихальної системи;
  - введенні препарати записує в листок призначень.

### Узагальнення та практичні поради

◆ Невідкладні стани вимагають глибоких знань і стійких практичних навичок. Згідно з феноменом Еббінгауза, більша частина інформації з часом забувається,

тому медична сестра повинна постійно повторювати питання діагностики невідкладних станів і алгоритми дій при них.

◆ Під час надання невідкладної допомоги потрібно попросити сторонніх людей вийти з палати (відвідувачів, ходячих хворих). Присутність людей посилює стресову ситуацію.

◆ Для полегшення швидкого надання невідкладної допомоги потрібно мати заздалегідь приготовлені укладки з набором необхідних препаратів і засобів та інструментарію. Ці укладки треба відповідним чином промаркувати, щоб знати їх призначення.

◆ У коробку з препаратами бажано покласти надруковану інструкцію з типовим алгоритмом дій (в екстремальних ситуаціях можна забути про якусь складову алгоритму).

◆ При наданні невідкладної допомоги не можна розгублюватись і втрачати самовладання.

### **Питання для самоконтролю**

1. Перерахуйте стани в психіатрії і наркології, які вимагають невідкладної медичної допомоги.
2. Назвіть сестринські діагнози невідкладних станів, які найчастіше зустрічаються в психіатрії і наркології.
3. Алгоритм дій медичної сестри при психомоторному збудженні хворого.
4. Перерахуйте основні причини суїцидальних і гомоцидних дій хворих. Алгоритм дій медичної сестри.
5. Алгоритм дій медичної сестри при статусі конвульсійних нападів.
6. Перерахуйте основні причини припинення вживання хворим їжі. Алгоритм дій медичної сестри.
7. Алгоритм назогастрального зондування.
8. Алгоритм медичної сестри при введенні ліків психічнохворому всередину.
9. Алгоритм дій медичної сестри при істеричному нападі.
10. Алгоритм дій медичної сестри при проведенні сеансу інсулінокоматозної терапії.
11. Алгоритм парентерального введення нейролептиків.
12. Алгоритм надання долікарської допомоги при колапсі.
13. Алгоритм дій медичної сестри при гострій затримці сечовипускання. Техніка катетеризації сечового міхура.
14. Медсестринська діагностика гострого нейролептичного синдрому. Алгоритм дій медичної сестри.
15. Алгоритм дій при алкогольному сп'янінні тяжкого ступеня.
16. Алгоритм дій медичної сестри при алкогольному абстинентному синдромі й білій гарячці.

## Основні методи лікування психічних захворювань

### ПСИХОФАРМАКОТРОПНІ ЗАСОБИ

Серед усіх методів лікування психічно хворих найчастіше застосовують психотропні засоби. До них належать препарати мінерального, рослинного і синтетичного походження, що впливають на психічну діяльність людини і тварин.

Залежно від переважної клінічної дії, виділяють такі групи психотропних середників:

1. Нейролептики.
2. Транквілізатори.
3. Антидепресанти.
4. Психостимулятори.

### НЕЙРОЛЕПТИКИ

**Нейролептики** – це група речовин, що здатні на фоні формально збереженої свідомості викликати своєрідне пригнічення емоційно-вольової і психічної активності.

У хворого виникає відчуття спокою, послаблюється внутрішня напруга, зменшується чи зникає психомоторне збудження, настає загальмування із своєрідною байдужістю до всього, що відбувається довкола, і до своєї психопатологічної симптоматики. Останнє – вплив на продуктивну психосимптоматику (галюцинації, маячні переживання, психосенсорні порушення тощо) – є характерною ознакою нейролептиків (на відміну від інших груп психотропних засобів).

Серед препаратів цієї групи в клініці широко використовують ряд препаратів.

**Аміназин** проявляє виражену седативну дію, зменшує рухову активність, розслаблює скелетну мускулатуру, знижує артеріальний тиск, має антигістамінну дію, зменшує проникність капілярів (протизапальна дія), потенціює (посилює) дію наркотичних, снодійних, анальгезивних, місцевоанестезувальних і протисудомних засобів. Це один із найсильніших седативних засобів для зняття психомоторного збудження. Антипсихотична дія, тобто вплив на галюцинації і маячні ідеї, виражена не сильно.

*Показання до застосування:* різні види психомоторного збудження (при шизофренії, хронічних параноїдних і галюцинаторно-параноїдних станах), страх, тривога, безсоння при психозах.

*Побічні дії й ускладнення:* колапс (в перші дві години після прийняття), сухість у роті, тяжкість в епігастральній ділянці (краще приймати після їди), екстрапірамідні порушення (паркінсонізм, дискінезії), тромбофлебіти, нейролептична депресія.

*Середня добова доза (СДД):* 600-800 мг. *Форма випуску (ФВ):* драже по 0,025; 0,050; 0,100 г; ампули по 1,0; 2,0 і 5,0 мл 2,5 % розчину.

**Тизерцин** дуже близький за фармакодинамікою до аміназину. Щодо здатності потенціювати дію наркотичних і анальгезивних засобів і за гіпотензивною дією він у 3-4 рази перевищує аміназин. Депресогенна дія мінімальна. Це один із найменш токсичних нейролептиків, краще переноситься, ніж аміназин.

*Показання:* див. аміназин.

*СДД:* 600-900 мг. ФВ: драже по 0,025 г; ампули по 1 мл 2,5 % розчину.

Психотропна дія **неулептилу** близька до дії аміназину і характеризується чітким гальмівним впливом без стимулювального компонента і слабким антипсихотичним впливом. У літературі відомий як “коректор поведінки”, оскільки добре знімає дратівливість, озлобленість, напруженість, запальність. Ця дія переважає над іншими сторонами психотропної активності.

*Показання:* перш за все різні психопатичні й психопатоподібні стани, порушення поведінки, незалежно від їх нозологічної природи.

*СДД:* 10-30-40 мг. ФВ: капсули по 0,01 г; 4 % розчин для приймання всередину (1 крапля містить 1 мг препарату).

**Лепонекс** (клозепін, азалептин) – це один з останніх нейролептиків із вираженою седативною дією, який застосовують у практиці.

*Показання:* див. аміназин, тизерцин (всі види психомоторного збудження).

Важлива особливість цього препарату – практично повна відсутність екстрапірамідних явищ. Це дуже важливо при цереброорганічній недостатності, коли нейролептична терапія лімітована побічними діями (перш за все екстрапірамідними розладами).

*СДД:* 200-600 мг. ФВ: таблетки по 0,025 і 0,1 г; ампули по 2 мл 2,5 % розчину.

Перераховані препарати мають переважно седативну дію і слабо виражену антипсихотичну дію. Наступні препарати володіють більш вираженою антипсихотичною дією.

**Трифтазин** – це найбільш типовий представник цієї підгрупи. Його психотропні властивості включають сильний загальний антипсихотичний вплив, вибірккову антипсихотичну дію щодо продуктивної психосимптоматики (маячення, галюцинації, синдром психічного автоматизму), помірний стимулювальний ефект.

Антипсихотична дія трифтазину перевищує таку в аміназину в 10 разів.

*Показання:* галюцинаторний, галюцинаторно-параноїдний синдроми, синдром психічного автоматизму в межах різних нозологічних форм.

*СДД:* 20-60 мг. ФВ: таблетки по 0,005 г; ампули по 1 мл 0,2 % розчину.

**Етаперазин** за антипсихотичною дією поступається трифтазину, але має виражену протиблювотну дію (в 10 разів сильнішу від аміназину), його завжди можна знайти в аптеці військовослужбовця. Має вибірккову дію на галюцинаторно-маячні розлади, особливо на вербальний галюциноз, проявляє і стимулювальну дію, тому показаний при ступорозних, апато-абулічних станах, аутизмі, в'ялості, холодності.

*СДД:* 30-80 мг. ФВ: таблетки по 0,004; 0,006 і 0,01.

**Галоперидол** – це один із найактивніших антипсихотичних нейролептиків. За фармакодинамікою він близький до трифтазину, але активніший. Разом із тим, частіше викликає побічні, зокрема екстрапірамідні, розлади.

Його вибіркова дія – на галюцинації і маячні ідеї незалежно від нозологічної належності.

*ФВ:* таблетки по 0,0015; 0,003 і 0,005 г; ампули по 1 мл 0,5 % розчину; 0,2 % розчин для приймання всередину (10 крапель містять 1 мг активної речовини).

Враховуючи, що психічнохворі часто потребують тривалого підтримувального лікування, зручними в користуванні стали нейролептики пролонгованої дії. Широко застосовують такі:

**Модиген-депо** за фармакодинамікою близький до трифтазину.

*ФВ:* ампули по 2 мл 2,5 % суспензії. Вводять по 1-2 мл внутрішньом'язово один раз на 2-3 тижні.

**Флушпірилен** (ІМАП – інтрамускулярний антипсихотик) близький за дією до галоперидолу.

*ФВ:* ампули по 2 мл 0,2 % суспензії. Вводять по 1-3 мл внутрішньом'язово один раз на тиждень.

**Пімозид** (ОРАП – оральний антипсихотик) за фармакодинамікою близький до галоперидолу і флушпірилену.

*ФВ:* таблетки по 0,001; 0,004 і 0,005 г. Приймають по 4-5 мг один раз на добу.

**Семап.** Тривалість дії – до 7 днів. Психотропний ефект складається із слабкої антипсихотичної, помірної стимулювальної і легкої седативної дії.

*ФВ:* таблетки по 0,02 і 0,10 г. Призначають по 40-60 мг один раз на 7 днів.

**Галоперидолу деканоат** – це форма галоперидолу пролонгованої дії.

*ФВ:* ампули по 1 мл (70,52 мг препарату відповідає 50 мг звичайного галоперидолу). Вводять внутрішньом'язово один раз на місяць.

До нового покоління так званих атипових нейролептиків відносяться ріспердол, оланзепін та аріпіпразол.

## ТРАНКВІЛІЗАТОРИ

Із сучасних психотропних засобів найчастіше використовують транквілізатори.

Назва “транквіляре” означає робити спокійним, незворушним. А ще поширені синоніми “антифобічні”, “анксіолітичні”, “атарактики”, “малі транквілізатори” тощо.

На відміну від нейролептиків, вони не мають антипсихотичних властивостей, тобто не діють на галюцинації і маячні ідеї, лише послаблюють страх, напруженість, тривогу, нав'язливість та інші невротичні симптоми, не викликають екстрапірамідних розладів.

**Мепротан** (андаксин, мепробамат) – це перший препарат із цієї групи (синтезований у 1954 р.), який має заспокійливу, антифобічну дію, понижує тонус м'язів,



підвищує сонливість, порушує координацію рухів, сповільнює реакцію на зовнішні впливи (тому протипоказаний водіям транспортних засобів).

*Показаний при різних невротичних станах.*

*ФВ:* таблетки по 0,2 і 0,4 г.

Зараз найчастіше використовують похідні бензодіазепінів.

**Еленіум** (хлордіазепоксид) – перший представник бензодіазепінового ряду. Діє переважно на емоційну сферу, знімає психічне напруження, страх, невпевненість, має добру протисудомну активність.

*Показання:* всі варіанти гіперстенічного типу невротичних і психопатичних порушень із підвищеною збудливістю, дратівливістю, страхом, іпохондрією.

*СДД:* 20-50 мг. *ФВ:* драже по 0,005 г; ампули по 0,1 мл з розчинником (10 мл) для парентерального введення.

**Нігразепам** (еуноктин, радедорм) – це відносно слабкий седативний засіб, але має цінну властивість – сильну снодійну дію, причому сон близький до фізіологічного, не порушує формули сну.

*ФВ:* таблетки по 0,005 і 0,010 г. Приймають за 25-40 хв до сну.

**Феназепам** – це один із найсильніших транквілізаторів. Проявляє сильний вплив на нав'язливість, фобії, іпохондрії, має снодійну, протисудомну, вегетостабілізуювальну дію.

*Показання див еленіум.*

*СДД:* 3-5 мг. *ФВ:* таблетки по 0,0005; 0,0010; 0,0025 г.

**Діазепам** (седуксен, реланіум) добре поєднує гальмівні й стимулювальні впливи. Гальмівна дія проявляється лише в перші дні, а потім змінюється відчуттям бадьорості, незначним підвищенням настрою, активністю. Добре виражена протисудомна дія діазепаму (в 10 разів сильніша, ніж в еленіуму).

*Показання:* різні гіпостенічні прояви при неврозах, невідкладна допомога при істеричному стані, епілептичному статусі, білій гарячці, алкогольній абстиненції тощо.

Можлива психічна залежність.

*СДД:* 15-45 мг. *ФВ:* таблетки по 0,005 г; ампули по 2 мл 0,5 % розчину. Серед інших транквілізаторів у клініці використовуються амізил, оксазепам, медазепам, гідазепам тощо.

## АНТИДЕПРЕСАНТИ

До групи антидепресантів відносять засоби, що усувають симптоми емоційного пригнічення, депресії. Їх широко використовують у клініці при лікуванні депресивних станів у межах різних нозологічних форм.

У дії антидепресантів виділяють щонайменше три компоненти: антидепресивна дія (основний антипсихотичний ефект) і додаткова дія (седативна) і стимулювальна.

Залежності від того, що переважає – седативна чи стимулювальна дія – виділяють дві підгрупи антидепресантів: антидепресанти із седативною й антидепресанти із стимулювальною дією.

До першої підгрупи належить **амітриптилін** (триптизол) – один із найбільш сильних антидепресантів. Покращання настрою поєднується із седативним ефектом.

*Показання:* депресивні стани, особливо з тривогою і підвищеною помисливістю.

*Побічна дія:* виражена холінолітична (атропіноподібна) дія, тому протипоказаний цей засіб при супровідній глаукомі, гіпертрофії простати, атонії сечового міхура. Нерідко з'являються сухість у роті, порушення акомодациї, запаморочення, тремтіння рук.

*СДД:* 150-250 мг. *ФВ:* таблетки по 0,025 г і ампули по 2 мл 1 % розчину. Таку ж дію мають фторацизин, піразидол, азафен. Останній вигідно відрізняється тим, що не має холінолітичної дії, а в піразидолу вона незначна.

Із антидепресантів із стимулювальною дією широко використовують: **імізін** (меліпрамін), який за антидепресивною дією не поступається амітриптиліну, але одночасно проявляє стимулювальний ефект.

*Показаний при загальмованій депресії.* Якщо депресія супроводжується тривогою, напруженням, то можливе загострення цієї симптоматики. Як і амітриптилін, має холінолітичну дію.

*СДД:* 150-200 мг. *ФВ:* таблетки по 0,025 г і ампули по 2 мл 1,25 % розчину.

До цієї підгрупи відносять петиліл, нуредаль, трансамін тощо. Їх призначають у першій половині дня (можливе порушення сну).

## ПСИХОСТИМУЛЯТОРИ

Психостимулятори підвищують розумову діяльність, фізичну працездатність, знімають відчуття втоми, сонливість, прискорюють процеси мислення. Ці препарати можуть спричинити порушення засинання, а також порушення апетиту, тому призначаються лише в першій половині дня.

*Показання:* невротичні та неврозоподібні розлади із млявістю, загальмованістю, астеною, апатією, зниженням працездатності, іпохондричністю.

**Сиднокарб** – це один із найбільш ефективних і безпечних психостимуляторів. Викликає стимулювальний ефект, що сприймається хворим як природне відчуття бадьорості, приплив енергії, підвищення працездатності, може загострити психотичну симптоматику.

*СДД:* 20-30 мг. *ФВ:* таблетки по 0,005; 0,010 і 0,025 г.

**Сиднофен** близький за хімічною структурою до сиднокарбу, але психостимулювальна дія виражена слабше, активізація більш м'яка, не викликає загострення психотичної симптоматики, дратівливості, покращує настрій.

*Показання:* астенічні, астено-депресивні, депресивно-іпохондричні, апатичні й інші невротичні та неврозоподібні стани.

*СДД:* 20-30 мг. *ФВ:* таблетки по 0,005 г.

Таку ж дію мають сапарал, пантокрин, препарати лимоннику, женьшеню, заманихи, аралії, елеутерококу, стеркулії тощо.

## НООТРОПИ

Препарати метаболічної дії (ноотропи) мають спільну властивість – нормалізуючий вплив на процеси тканинного метаболізму в центральній нервовій системі.

Ці засоби широко використовують у терапії астенічних станів різного генезу, при порушеннях пам'яті (судинного, травматичного, інфекційного походження), постінсультних станах, комах різного генезу, інтоксикаціях, розумовій відсталості.

**Аміналон** (гаммалон).

*СДД:* 0,5-1,5.

*ФВ:* таблетки по 0,25 г.

**Піридитол** (енцефабол).

*СДД:* 0,2-0,6.

*ФВ:* таблетки по 0,05; 0,10 і 0,20 г.

**Пантогам**, крім метаболічної, має і протисудомну дію, зменшує моторну збудливість.

*СДД:* 1,5-3,0.

*ФВ:* таблетки по 0,25 і 0,50 г.

**Пірацетам** (ноотропіл).

*СДД:* 2,0-3,0.

*ФВ:* капсули по 0,4 г; таблетки по 0,2 г; ампули по 5 мл 20 % розчину.

## АНТИПАРОКСИЗМАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ

Вибір протипароксизмальних засобів залежить від типу розладів. У лікуванні генералізованих судомних нападів найбільш ефективними є натрію вальпроат (депакін, депакін-хроно), карбамазепін (фінлепсин, карбасан), етосуксимід (суксилеп), гексамідин, фенобарбітал (люмінал).

Для лікування малих нападів застосовують натрію вальпроат (депакін, конвулекс), клоназепам (ривотрил, антелепсин); також можлива комбінація цих препаратів з транквілізаторами. При поліморфних безсудомних пароксизмах (моторних, психомоторних, сенсорних, вегетативних тощо) показані бензонал, карбамазепін (фінлепсин), клоназепам (ривотрил), а також комбінація цих препаратів із транквілізаторами.

**Фенобарбітал.**

*СДД:* 150-200 мг.

*ФВ:* таблетки по 0,05 г.

**Бензонал.**

*СДД:* 400-800 мг.

*ФВ:* таблетки по 0,05 і 0,10 г.

**Гексамідин.**

*СДД:* 0,5-1,5 г.

*ФВ:* таблетки по 0,125 і 0,250 г.

**Карбамазепін** (фінлепсин, стазепін, зептол).

*СДД:* 80-120 мг.

*ФВ:* таблетки по 0,2 г.

**Клоназепам** (антелепсин, ривотрил).

*СДД:* 3-8 мг.

*ФВ:* таблетки по 0,001; 0,002 і 0,0005 г.

**Етосуксимід** (суксилеп).

*СДД:* 1,0-1,5.

*ФВ:* капсули по 0,25 г.

**Депакін** (конвулекс, апілепсин).

*СДД:* 900-1200 мг.

*ФВ:* таблетки по 0,15; 0,2; 0,3; 0,5; капсули по 0,15 і 0,3 г.

## Побічна дія психотропних препаратів

### НЕЙРОЛЕПТИКИ

*Екстрапірамідні симптоми:* паркінсонізм, тремор, окулогирні кризи, ригідність, акінезія.

*Пізня дискінезія:* постійні мимовільні рухи м'язів обличчя, рота, язика.

*Автономні явища:* гіпотензія, пітливість, збільшення маси тіла, анорексія, зниження м'язового тону, закрепи, неспокій, безсоння.

*Антихолінергічна дія:* сухість у роті, затримка сечовипускання, порушення зорового сприймання, нетримання сечі.

*Шкірні реакції:* фоточутливість, дерматити, алергічні реакції.

*Кров і судини:* лейкопенія, апластична анемія, тромбоцитопенія, прискорення ШОЕ, тромбози.

*Важкі ускладнення:* злоякісний нейролептичний синдром, злоякісна гіпертермія.

## ТРАНКВІЛІЗАТОРИ

Найчастіше виникають загальна втома, сонливість, атаксія, рідше закрепи, нетримання сечі, затримка сечовипускання, дизартрія, порушення зору, диплопія, гіпотензія, нудота, сухість у роті, тремор.

Інші рідкісні побічні явища або парадоксальна дія: пригніченість, неспокій, головний біль, зниження лібідо, запаморочення, безсоння, галюцинації, тривога, збудження.

## АНТИДЕПРЕСАНТИ

Антихолінергічна дія: сухість у роті, порушення зору, розлади акомодатції, підвищення внутрішньоочного тиску, закрепи, постуральна гіпотензія, затримка сечовипускання.

З боку центральної нервової системи: неспокій, тремор, дизартрія, безсоння, судоми, загострення психотичної симптоматики.

З боку серцево-судинної системи: гіпотензія, синусова тахікардія, аритмія, порушення атріовентрикулярної провідності.

З боку крові: лейкопенія, агранулоцитоз, тромбоцитопенія. Слід акцентувати увагу на посиленні нагляду за хворими, особливо на початку лікування, через підвищення ризику виникнення суїциду.

## КОРЕКТОРИ

Серед перерахованих побічних дій психотропних засобів найбільш поширеними є неврологічні впливи й ускладнення. Виділяють такі синдроми: акінетогіпертонічний, чи медикаментозний паркінсонізм, гіперкінетогіпертонічний, гіперкінетичний і дискінетичний синдроми.

Акінетогіпертонічний синдром: маскоподібне обличчя, нечасте кліпання, скутість рухів, підвищений тонус м'язів кінцівок, симптом "зубчастого колеса". Можуть викликати такий стан нейролептики і великі дози антидепресантів.

Гіперкінетогіпертонічний синдром. На фоні акінезії і м'язової гіпертонії виникають різні гіперкінетичні розлади: тремор, гіперкінези, акатизія (непосидючість, відчуття "неспокою в ногах"), тасикінезія (потреба рухатись, змінювати положення).

Гіперкінетичний синдром проявляється найчастіше акатизією і тасикінезією, а також різноманітними гіперкінезами (хоресформними, атетоїдними, оральними).

Дискінетичний синдром здебільшого виникає на ранніх етапах нейролептичної терапії і може проявлятися різними пароксизмальними пароксизмами, найчастіше оральними дискінезіями й окулогирними кризами.

Оральні: напруження м'язів язика, ковтальних і жувальних м'язів, виникає неперекорне бажання висунути язик, який ніби не поміщається в роті (**синдром Куленкампа-Тарнова**).

Окулогирні кризи переважно проявляються болісним завертанням очей.

При генералізації дискінезії можуть виникати міоклонії, дистонії поз, іноді з відтінками демонстративності. Рухи при цьому атетозоподібні й хорееподібні. Виникають гіперсаливація, тахікардія, вегетативні чи вегетосудинні порушення.

Для усунення побічної дії психотропних засобів використовують коректори, що мають різну активність та різні відтінки в спектрі дії. В окремих випадках їх доцільно призначати з профілактичною метою одночасно з початком застосування психотропних засобів. Залежно від структури та фармакодинаміки, коректори поділяють на:

- ◆ Похідні пропанолу: циклодол (артан, паркопан, ромпаркін), норакін, ридинол. Це коректори широкого спектра дії, які проявляють виражену центральну холінолітичну (атропіноподібну) дію.

- ◆ Прості амінофіри: димедрол, який проявляє виражену антигістамінну, а також снодійну і слабку антипаркінсонічну дію.

- ◆ Складні монофіри: амізил, тропацин, метамізил. Поряд із помірно антипаркінсонічною дією, проявляють транквілізуючі, гангліоблокуючу та спазмолітичну дію.

- ◆ Похідні фенотіазину: дипразин, фторацизин, динезин (депаркін), які проявляють антипаркінсонічну, центральну холінолітичну і седативну дію.

- ◆ Центральні релаксанти: мідокалм, мепробамат, еленіум, які пригнічують полісинаптичні спинномозкові рефлекси і знижують підвищений тонус скелетних м'язів.

Пароксизмальний дискінетичний синдром вимагає невідкладної допомоги. Використовують коректори в комбінації з кофеїном (2 мл 20 % розчину підшкірно) і аміназином (по 1-2 мл внутрішньом'язово 2,5 % розчину). Одночасно вводять глюкозу з вітаміном С і вітаміном В<sub>1</sub>, хлорид кальцію внутрішньовенно, седуксен внутрішньом'язово.

Лікувати хронічні екстрапірамідні синдроми – тяжке завдання. Вводять великі дози вітамінів, малі дози глюкози, інсуліну. Застосування в практиці ноотропних засобів дозволило добитись суттєвого прогресу в лікуванні цих станів. Призначають тривалий курс (2-3 місяці) ноотропілу (пірацетаму) по 1200- 2400 мг/добу в поєднанні з полівітамініотерапією і коректорами.

### **Інструктаж хворого і членів його сім'ї у зв'язку з лікуванням антипсихотичними препаратами**

- ◆ Необхідно знати про побічні дії психотропних препаратів. Ознайомтесь з інструкціями лікаря-куратора чи медичної сестри при самостійному виконанні лікарських призначень.

- ◆ Постійно носіть із собою листок призначень або інший документ, в якому описано препарати, які ви приймаєте.

- ◆ Під час лікування психотропними препаратами не приймайте алкогольні напої. Ці речовини потенціюють дію один одного. Не приймайте інші ліки без консультації з лікарем, це може зашкодити лікуванню і вашому здоров'ю.

◆ Будьте обережними під час водіння автомобіля і роботи з рухомими механізмами. Приймання психотропних препаратів може викликати сонливість і запаморочення.

◆ Повільно змінюйте лежаче положення на сидяче, щоб попередити раптове зниження кров'яного тиску.

◆ Куріння посилює метаболізм психотропних препаратів, що вимагає іншої дози для досягнення лікувального ефекту. Проконсультуйтеся із лікарем відносно куріння під час приймання цих препаратів.

◆ Негайно повідомте лікаря про появу таких симптомів: біль у горлі, підвищення температури, загальне нездужання, незначна кровотеча, поява синяків від незначних травм, постійні нудота і блювання, виражений головний біль, серцебиття, утруднене сечовипускання, м'язові судороги, тремор, насичений колір сечі, жовтяничність шкіри або склер, порушення координації рухів і висипка на шкірі.

◆ Лікарські препарати можуть зафарбовувати сечу від рожевого до червоно-коричневого кольору. Здебільшого це є звичайним явищем і не є небезпечним.

◆ При попаданні на шкіру рідкого лікарського препарату витріть шкіру негайно, інакше може з'явитись висипка.

◆ При виникненні сухості в роті робіть невеликі ковтки води або смокчіть тверді цукерки.

◆ Тепло одягайтесь у холодну погоду. Не перебувайте довго на вулиці при надто низькій і високій температурі.

◆ Попереджуйте потрапляння на шкіру прямих променів сонця.

◆ Не припиняйте різко приймання препаратів. Точно виконуйте інструкції лікаря щодо курсу лікування.

## **Методи загальнобіологічного впливу при лікуванні психічних захворювань**

Біологічні методи є засобом загального антипсихотичного впливу. Механізм їх дії на організм хворої людини на сьогоднішній день досконало не вивчено. Однак, враховуючи те, що людський організм є складною саморегулювальною системою, дія методів полягає в штучному створенні екстремальної ситуації, коли включаються резервні захисні сили організму, спрямовані на подолання хвороби.

**Інсулінокоматозна терапія.** У зв'язку із широким впровадженням психотропних засобів, інсулінокоматозну терапію в нашій країні в даний час використовують рідше, а за кордоном від неї практично відмовились. Це пов'язано з відносною складністю і трудомісткістю такого лікування (виділення окремої палати, персоналу, особливий режим харчування тощо), та, що важливо, з відстроченням дії на психопатологічну симптоматику.

Психофармакотерапія дає ефект через декілька днів, іноді навіть годин, тоді як при інсулінотерапії він настає через 15-30 днів (при перших коматозних чи субкоматозних станах).

*Недоліки психофармакотерапії:* резистентність хворих, недостатня глибина і тривалість ремісій, часті рецидиви, збільшення кількості хворих із залишковою психопатологічною симптоматикою. Інсулінокоматозна терапія має сильний вплив на симптоматику відносно глибоких рівнів ураження навіть тоді, коли психофармакотерапія виявилась малоефективною. Вона призводить до глибоких і стійких (до кількох років) ремісій, не потребуючи підтримувального лікування.

*Показання до інсулінокоматозної терапії:* гострі стани шизоафективної структури; початок хвороби в молодому віці; мала ефективність психофармакотерапії; резистентність до психофармакотерапії; часті рецидиви захворювання.

*Протипоказання:* органічне ураження головного мозку; гострі та хронічні захворювання внутрішніх органів, які призводять до де- чи субкомпенсації їх функцій (особливо підшлункової залози); судомний синдром.

*Відносні протипоказання:* хронічні захворювання внутрішніх органів у стадії ремісій; погано виражені поверхневі вени.

Згідно з діючим законодавством, інсулінокоматозну терапію, як і інші методи шокового лікування, проводять за згодою хворого (або його близьких, якщо психічний стан пацієнта не дозволяє йому прийняти рішення самостійно) і після висновку ЛКК. Поряд із загальносоматичним обстеженням обов'язково проводять ЕКГ, консультацію терапевта, визначають цукрову криву.

*Традиційний спосіб інсулінокоматозної терапії*

Методика М.Я. Серейського, Н.Н. Зак (1949): починають з 2-4 ОД інсуліну, збільшують дозу по 2-4 одиниці 1 раз на 2-3 дні.

Методика А.Е. Личко (1975): починають із 4 одиниць, щодня підвищують на 8 одиниць, наближаючись до дози, що викликає кому.

*Курс лікування* – 20-30 ком. Закінчують курс лікування поступовим зменшенням дози впродовж 2-3 днів.

*Клінічна картина гіпоглікемії:*

1 стадія – сомнолентності й вегетативних синдромів. Настає через 30-50 хв.

Виникають гіперемія шкірних покривів, потовиділення, відчуття голоду і спраги, серцебиття, неприсмні відчуття в ділянці серця, підвищення АТ на 10-15 мм рт.ст., прискорення пульсу. Тривалість – від 40 хв до 1 год.

2 стадія – оглушення.

Зменшується, а потім і зникає пітливість, настає сон, хворі, прокинувшись, погано орієнтуються, мова дизартрична, можуть бути судомні посмикування м'язів при зниженому м'язовому тонусі, загострення психопатологічної симптоматики, поява тривоги, страху, збудження. Систоличний тиск підвищується з тенденцією до зниження діастолічного. Тривалість – від 40 хв до 1,5 год.

3 стадія – сопор.

В'ялі реакції хворого лише на тривалий і сильний подразник. Спонтанні некоординовані рухи: смоктальні, жувальні, хапальні. Можливі епілептиформні напади та збудження. АТ – 180-200 / 60-70 мм рт.ст. Тахікардія до 120 уд. за 1 хв.



4 стадія – власне кома. Розвивається через 3,5-4 год після підшкірного введення інсуліну.

Повна втрата свідомості й відсутня реакція на звукові подразники, відсутній умовний рефлекс кліпання, в'яла або відсутня реакція зіниць на світло. Цей стан відповідає 2 стадії коми за Боголеповим. Поглиблення даного стану не доцільне. Після купірування коми часто виникає стан ейфорії.

*Побічні ефекти та ускладнення:*

1. Психомоторне збудження.
2. Повторні гіпоглікемії.
3. Затяжні коми.
4. Судомні посмикування.
5. Епілептиформні напади, статус.
6. Флебіти.

Часті повторні гіпоглікемії, коми, які важко купіруються, повторні судомні напади чи епістатус є протипоказанням для продовження інсулінокоматозної терапії.

**Атропінокоматозна терапія.** Питання про клінічні показання до атропінокоматозної терапії та ефективність атропінової коми донині є спірним і до кінця не розв'язаним. Можливо, це пов'язано з технічною складністю методу, необхідністю невідступного лікарського контролю за вираженими соматичними і неврологічними розладами в клінічній картині атропінової коми.

*Основним показанням* на сьогоднішній день є резистентні галюцинаторно-параноїдні стани, особливо при синдромі вербального галюцинозу.

*Протипоказання:* хвороби серцево-судинної системи, туберкульоз легень, патологія печінки, глаукома.

*Проба на чутливість до атропіну:* внутрішньом'язово 0,5 мл 0,1 % розчину сульфату атропіну. Виражена сухість у роті, тахікардія, відчуття сп'яніння вказують на підвищену чутливість до атропіну. В такому випадку лікування починають з мінімальних доз.

У перший день вводять 80-100 мг атропіну підшкірно. Через 2-3 сеанси поступово збільшують дозу на 25-50 мг до того моменту, коли упродовж 40-50 хв після введення атропіну розвивається коматозний стан.

Звичайно коматозна доза атропіну не перевищує 500 мг.

За 30 хв до введення атропіну роблять ін'єкцію 50 мг аміназину для зменшення блювотної реакції і профілактики делірійних розладів.

Атропінова кома характеризується збереженням сухожилкових рефлексів, відсутністю реакції зіниць на світло, зниженням м'язового тону.

Тривалість коми – 3-4 год. Купірують її внутрішньом'язовим введенням 15-30 мг фізостигміну (езерину) у вигляді 0,1 % чи 0,5 % розчину по 8-10 мг через 20-30 хв.

Процедури проводять через день, курс лікування – 15-25 сеансів.

*Побічна дія:* відчуття слабості, в'ялості, розбитості, різь в очах, коливання АТ, стійкий мідріаз, тремор рук. Ускладнення коми: судомні посмикування, затримка дихання.

**Конвульсійна терапія.** На сьогоднішній день, у зв'язку з удосконаленням електроконвульсійної терапії, насамперед апаратів, за допомогою яких її проводять, та простотою її проведення, медикаментозна судомна терапія (камфора, коразол, вдихання індоклону) втратила своє значення. Хоча деякі автори вважають, що судомна терапія коразолом більш щадна для хворого. Коразол вводять внутрішньовенно швидко (1 мл 10 % розчину за секунду). Судомна доза – 5-6 мл. Напад настає через 30 с. Можливим є проведення коразолової судомної терапії в стані наркотичного сну.

**Електроконвульсійна терапія (ЕКТ).** Метод використовують з 1937 року. Зараз ЕКТ проводять за допомогою апаратів “Елікон” та “Філат”. Мінімальну судомну дозу підбирають емпірично суворо індивідуально. Звичайно починають із напруги 80 Вт і експозиції 0,5 с. При відсутності нападу поперемінно збільшують то напругу, то експозицію, сеанс повторюють через 2-3 хв і викликають розгорнутий судомний напад.

При звичайному варіанті ЕКТ електроди накладаються білатерально на скроневу ділянку якомога ближче до межі росту волосся. При монолатеральному варіанті один електрод накладають дещо вище лінії, яка сполучає зовнішній кут ока і зовнішній слуховий прохід, а другий – на 6 см вище першого.

Щоб попередити прикушування язика, вкладають гумовий валик між малими корінними зубами. Під час нападу втримувати хворого не потрібно.

Після судом повертають голову набік для відтоку слини.

Для профілактики ускладнень з боку опорно-рухового апарату ЕКТ проводять на тлі міорелаксантів.

*Показання:* затяжні депресії в межах шизофренії, МДП, інволюційної депресії; неефективність загальноприйнятої терапії; стійкі настирливі стани; терапевтична резистентність (для її подолання); гіпертоксична кататонія.

*Противпоказання:* запальні процеси внутрішніх органів; органічні захворювання головного мозку; онкологічні захворювання; хронічні захворювання внутрішніх органів в стані де- чи субкомпенсації.

Ускладнення ЕКТ з'являються не частіше, ніж при використанні інших методів лікування, здебільшого вони проявляються порушеннями пам'яті (так званий псевдопсихоорганічний синдром, як правило, тимчасового характеру), розладами свідомості різної глибини і тривалості, розладами дихання, аритміями, колапсом, кістковими пошкодженнями.

**Методи екстракорпоральної детоксикації.** До них відносять гемодіаліз та методи сорбційної детоксикації – очищення біологічних рідин від токсичних речовин шляхом екстракорпоральної перфузії через активоване вугілля або синтетичні сорбенти (очищення крові – гемосорбція, плазми – плазмосорбція, лімфи – лімфосорбція).

Найбільш поширений метод – гемосорбція.

Операцію виконують лікарі, які отримали спеціальну підготовку.

*Показання:* інтоксикаційні психози; гіпертоксична шизофренія; психози з явищами токсикозу; злоякісний нейролептичний синдром.

*Протипоказання:* серцево-судинна недостатність; кровотечі.

*Ускладнення:* колапс; кровотечі; гіпотонія.

**Депривація сну** показана при депресивних станах, особливо при депресіях, в структурі яких переважають в'ялість, апатія, загальмованість.

Методика тотальної депривації сну: час неспання – 36-40 год (день, ніч, день), через 2-3 дні сеанс повторюють, усього – 6-8 сеансів.

При частковій депривації сну пацієнти сплять з 21-22 години до 1.30.

**Розвантажувально-дієтична терапія (РДТ)** – це дозоване голодування із вживанням води і подальшим дієтичним харчуванням. Методика розроблена Ю.С. Ніколаєвим.

Невеликі строки голодування мають стимулювальну дію, а при тривалих досягається седативний ефект, який у період відповідного дієтичного харчування змінюється на стимулювальну дію.

Курс РДТ – 15-25 днів. При цьому для попередження гіповітамінозу пацієнти вживають відвар шипшини (вітамін С), а для запобігання явищам ацидозу п'ють лужні мінеральні води. Відповідна дієта включає переважно рослинно-молочні продукти зі зменшеною кількістю солі. Об'єм і енергетична цінність їжі збільшуються поступово. Така дієта має і самостійний лікувальний вплив.

*Показання:* шизофренія з в'ялим перебігом, з резистентністю до психофармакотерапії; підвищена чутливість до нейролептиків (алергія, нейролептичний синдром).

*Протипоказання:* фізичне виснаження організму; активні захворювання внутрішніх органів.

**Одномоментна відміна психотропних засобів.** Використовують при тривалій і вже малоефективній психофармакотерапії. Одномоментна відміна психотропних засобів є сильним біологічним фактором, який викликає швидку перебудову функціонування адаптивних лімбічних систем мозку. Це може призводити до редукції психопатологічної симптоматики (“ефект віддачі”).

Звичайно лікувальний ефект настає в перші 2-3 дні, рідше – на 6-7 день. При стійкому ефекті на 12-14 день можна призначити препарати-пролонги для закріплення позитивного результату.

*Побічні явища:* синдром відміни порушення сну, сомато-вегетативні й неврологічні розлади, нудота, блювання, анорексія, пітливість, екстрапірамідні розлади, які проявляються підвищенням м'язового тону і посиленням тремору. Найбільше вираження – на 3-4 день, редукція – до 6-7 дня. Лікування симптоматичне (переважно “терапія прикриття” транквілізаторами).

**Оперативне лікування** в психіатрії проводять при епілептичній хворобі з вираженими фокальними ознаками, що не піддаються тривалому медикаментозному впливу. Епілептичне вогнище ліквідовують шляхом електрокоагуляції або висікають. Щадний метод – субпіальне відсмоктування кори головного мозку в зоні патологічної активності. Можливе локальне охолодження епілептогенної ділянки хлоретилем.

## Основи сестринської психотерапії

Сьогодні психіатрія все більше звертається до особистості хворого, сприймання пацієнта як громадянина, який має свої інтереси і володіє законними правами. Помітно зменшені соціальні обмеження, котрі ще недавно автоматично наставали за встановленим діагнозом психічного захворювання. Психіатричні лікувальні заклади перестали виконувати свою традиційну роль “ізолятора” осіб з порушеннями психіки і перетворилися на заклади, де створюються всі умови (в тому числі і психологічний клімат), спрямовані не на хворобу, а на особистість хворого. Біологічна терапія психічних розладів, препарати цілеспрямованої дії на “синдром-мішень” стають лише частиною комплексу медико-соціальних заходів, а в деяких випадках взагалі відходять на задній план і на перший виступає психотерапія, реабілітація та ресоціалізація хворих, в тому числі надання допомоги на дому.

Переорієнтація психіатричної служби з “ізоляції” хворих на ділове і психологічне партнерство з ними призвело до необхідності переосмислити роль медичної сестри в системі медичної і соціальної допомоги пацієнтом з психічними порушеннями.

Незважаючи на те, що універсальної моделі медсестринської допомоги в сфері охорони психічного здоров'я і психіатрії поки що не існує, сутність її, в основному, полягає у визначенні, сформульованому Міжнародною радою медичних сестер:

“Медсестринська допомога полягає в тому, щоб сприяти здоров'ю, попереджувати хвороби, забезпечувати догляд за соматичними або хворими з психічними порушеннями і непрацездатними людьми будь-якого віку в усіх лікувальних та інших громадських закладах. Предметом особливої уваги медсестри повинна бути реакція окремої людини, сім'ї або групи людей на дійсно існуючі або можливі порушення здоров'я. Унікальна функція медсестри в її догляді за здоровими або хворими людьми полягає в тому, щоб правильно оцінити їх реакцію на стан їхнього здоров'я і допомогти у діях, котрі ведуть до здоров'я, видужання або до достойної смерті.”

В центрі практичної діяльності медичної сестри, яка працює з пацієнтами з психічними порушеннями, є специфічні психічні реакції і психологічні проблеми хворих, які виникають у них внаслідок психічного захворювання. Таким чином, основною роллю медичних сестер, які обслуговують пацієнтів з психічними порушеннями, є психотерапія і налагодження відповідного догляду за ними.

### **В межах цих основних завдань медична сестра повинна проводити такі види діяльності:**

- ◆ Допомогати хворому чітко визначити проблеми, які негативно впливають на його здатність функціонувати в якості незалежної особистості.
- ◆ Навчати хворого і допомагати йому зберігати та удосконалювати власні можливості і резерви, а також пристосовуватись до нових умов життя, змінених наявністю психічного захворювання.
- ◆ Брати участь у розробці і впровадженні в практику заходів, спрямованих на попередження і усунення ознак психологічної залежності у пацієнтів з психіч-

ними порушеннями, пом'якшувати сприйняття оточуючої їх обстановки. Змінювати жорсткий обмежувальний лікарняний режим на більш вільний ("домашній"), створюючи умови для відпочинку і розвиваючи гуманні взаємовідносини з хворими, які спрямовані на покращання лікувального ефекту.

- ◆ Брати участь у розробці і виконанні індивідуальних програм активної реабілітації та соціальної терапії пацієнтів з психічними порушеннями.

- ◆ Проводити самостійну медичну практику в плані догляду і підтримувальної терапії пацієнтам з психічними порушеннями із стабілізованими хронічними психічними захворюваннями, які знаходяться у будинках-інтернатах системи соціальної допомоги.

- ◆ Проводити необхідне навчання та інструктаж молодшого медичного персоналу, організувати його роботу і керувати ним.

- ◆ В рамках своєї компетенції повинна обстежувати і оцінювати психічний стан хворого із встановленням ситуаційного сестринського діагнозу і наступним проведенням об'рунтованих заходів на сестринському рівні.

- ◆ Виконувати призначення лікаря і, при необхідності, надавати невідкладну долікарську допомогу.

- ◆ Виявляти ранні ознаки погіршення стану хворих, які знаходяться за межами стаціонару, включаючи загрозу самопошкоджень і ризик суїциду, погіршення соматичного стану і можливість загрози для здоров'я і життя навколишніх. Стежити за виконанням вимог техніки безпеки.

- ◆ Налагоджувати і підтримувати ділові зв'язки з сімейними лікарями і родичами хворого, та допомагати їм засвоїти необхідні навички з догляду за пацієнтами, у яких розвинулось психічне захворювання.

- ◆ Вести активне спостереження за виписаними із стаціонару хворими, стежити за належним проведенням підтримувальної і протирецидивної терапії, а при появі ранніх ознак можливого загострення психічного захворювання негайно повідомляти про це дільничного лікаря-психіатра.

Будь-яка діяльність медичної сестри повинна органічно включати в себе елементи психотерапії. Уже сам зовнішній вигляд і робоча форма може мобілізувати і підбадьорити хворого, а може пригнічуюче вплинути на його стан. Якщо медсестра не слідкує за своїм зовнішнім виглядом, у хворого мимоволі з'являється усвідомлений або підсвідомий сумнів, чи здатна вона належним чином доглядати його, що є складовою частиною відповідної установки на лікування і очікування його результатів.

Спокійний, впевнений і тактовний стиль поведінки, грамотна мова без професійного жаргону, лагідне ставлення позитивно впливають на гіпноїдність хворого, навіюють впевненість, що йому приділяють належну увагу і він не стане обтяжливим тягарем для медиків.

Високий професіоналізм у темпі і якості виконання роботи медичної сестри позитивно впливає на душевний стан хворого, укріплює його віру в дієвість всіх ланок медичної допомоги. І навпаки, поспішність або безглузда метушливість, надто виражена млявість (стиль діяльності, котрий прийнято характеризувати словами "спить

на ходу”), відволікання дій і маніпуляцій породжують усвідомлену або підсвідому невпевненість і тривогу за ефективність лікувального процесу.

Велике психотерапевтичне (а поряд з цим психогігієнічне і психопрофілактичне) значення має забезпечення охоронного режиму, що передбачає спокійну обстановку, мінімальне подразнення психіки хворого, забезпечення міцного сну. Тиша у кімнатах, уважне, лагідне ставлення до хворого, підтримка віри у можливість видужання або покращання його стану, контроль за відвідуванням хворих людьми, котрі можуть його збентежити або стомити тривалими і частими візитами, – ось основні умови створення охоронного режиму.

Таким чином, вся робота медичної сестри, починаючи з вимірювання температури і закінчуючи складними процедурами і маніпуляціями, містить елементи психотерапії.

Крім загальнотерапевтичного впливу, медична сестра повинна володіти певними методами спеціальних психотерапевтичних прийомів і бути в достатній мірі ознайомленою з механізмом їх впливу на психічний і загальний стан хворого.

Передусім всі медики, які мають медичну освіту, повинні уміти користуватись раціональною психотерапією. Психотерапевтична бесіда повинна бути спрямованою на роз’яснення хворому його хворобливих відчуттів і переживань. Хворі повинні знати, що є органічні ураження і функціональні прояви. Згідно з феноменом Йореса, інтенсивність суб’єктивно неприємної симптоматики в основному залежить саме від функціональних розладів, які не є небезпечними для життя. Якщо у



Основа психотерапії – співучасть і бажання вникнути в проблеми пацієнта

хворого має місце органічне ураження якогось органа чи системи, потрібно допомогти хворому об’єктивно сприйняти свій дійсний стан, але не перетворювати факт захворювання в трагедію, не панікувати, а підтримувати на належному рівні і постійно пояснювати його можливості.

Комплексна психотерапія повинна органічно включати в себе активуючий ефект (вплив “позитивного лідера” і видужуючого хворого). Медична сестра повинна уміти застосовувати різноманітні методи впливу на психічний і фізичний стан хворого, що поєднують активуючий і відволікаючий ефекти (гігієна і оздоровча гімнастика, диференційована трудо- і культтерапія, стимулюючі фізпроцедури тощо).

Основним видом психотерапії, котрий найчастіше використовує медична сестра у своїй практиці, є проведення *цілеспрямованих бесід* із хворими. Медична



**Людині, яка переживає психотравму, стає легше, коли поряд з нею хтось знаходиться**



**Психотерапія людини з паралічем включає заохочення до навчання самообслуговування та лікувальної фізкультури**

сестра більше, ніж лікар, проводить часу з хворими і повинна раціонально використовувати цей фактор. Проте потрібно завжди пам'ятати, що слово є дієвим засобом впливу на психіку і загальний стан хворого, а тому користуватись ним потрібно уміло. При проведенні бесід психотерапевтичного спрямування необхідно усвідомлено використовувати деякі основні психологічні фактори.

Психологами встановлено, що найкраще і найміцніше запам'ятовується інформація, яка передається спочатку і в кінці розмови. Отже, психотерапевтичну бесіду необхідно закінчувати основною думкою. Важлива інформація повинна бути повтореною два-три рази в різних аспектах. Частіше повторення може викликати підсвідомий ефект “протидії”. Кожна людина має свій індивідуальний ступінь навіювання, внаслідок якого певна частина інформації сприймається мимовільно і без належної критики. Посилують гіпноїдність авторитет медика і відповідний стиль спілкування.

Медична сестра повинна дбати про свій авторитет та імідж, а також про авторитет лікаря. Потрібно пам'ятати про “авторитет друкованого слова”. Медична сестра при можливості повинна давати читати хворим популярну літературу і статті з часописів, що носять пізнавальний і рекомендаційний характер щодо захворювання, яке є у хворого. Непересічне значення має задоволення (“вгамування”) природної потреби людини “виказати”, що її турбує.



**Медична сестра  
повинна стимулювати  
творчість своїх пацієнтів.  
Це один з методів  
мільотерапії**

Медична сестра має більше часу для неформального спілкування з хворим, ніж лікар (особливо в другій половині дня, коли лікарі закінчили свою роботу, а медсестри виконали більшу частину призначень і маніпуляцій). Вислуховувати хворого потрібно в спокійній, бажано інтимній обстановці, виражаючи свої співчуття, розуміння і симпатію. Після того, як медична сестра вислухає хворого, бажано дати оптимістичну настанову психокорегуючого характеру.

Віруючі хворі можуть полегшити свій душевний стан, висповідавшись священикові, або у молитовних звертаннях. Медична сестра повинна поважати релігійні почуття віруючих, але розвінчувати забобони і навколomedичне шарлатанство.

Психологами і психотерапевтами встановлено, що ступінь гіпноїдності значно підвищується у вечірній час і особливо перед сном. Крім цього, під час сну отримана інформація переробляється і міцно засвоюється людиною. Тому вечірня пора є найбільш оптимальною для більшості методів психотерапії, в тому числі і для проведення психотерапевтичних бесід.

Під час нападу “істерик” у хворих з істероїдними рисами поведінки сторонні люди повинні вийти з кімнати, бо метушня і “співчуття” затягують тривалість нападу. І навпаки, бажано, щоб біля хворого з психоастенічними рисами характеру довше залишався “позитивний лідер”.

Дійовими методами психотерапії, які можуть успішно застосовуватись у практичній діяльності медсестер, є нервово-м’язова релаксація, вольова регуляція дихання і автотренінг.

*Методика нервово-м’язової релаксації.* Потрібно зняти або ослабити деталі одягу, які стискають тіло або обмежують рухи. Необхідно зайняти максимально комфортне положення. Повільно зробіть якомога глибший вдих, для цього максимально напружте дихальні м’язи. Після глибокого вдиху розслабтесь і пасивно видихніть все повітря. Відчуйте напруження і розслаблення і зафіксуйте у пам’яті ці відчуття. Зробіть паузу 5-10 сек.

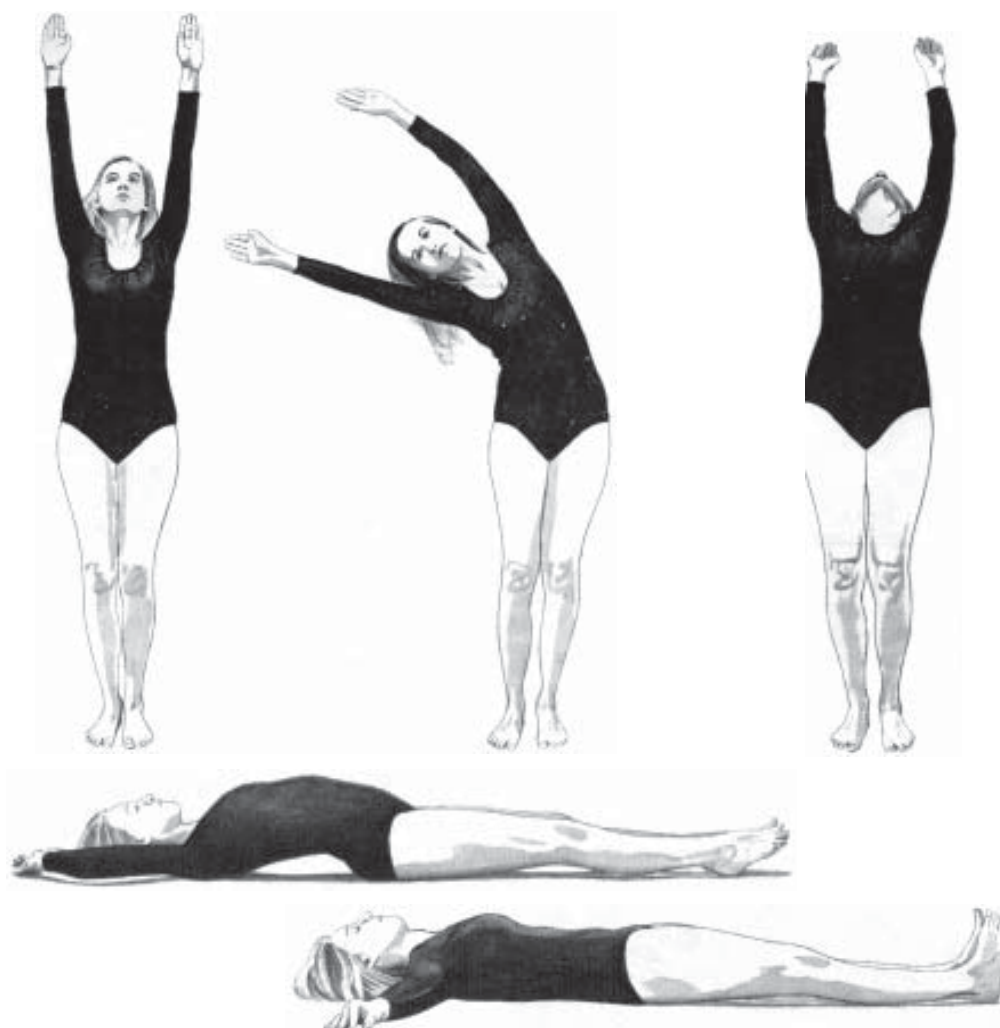
Поставте обидві стопи всією поверхнею на підлогу. Максимально підніміть обидві п’яти, не відриваючи пальців ніг від підлоги. Розслабте м’язи, щоб п’ятки пасивно “упали” на підлогу. Те саме проробіть з пальцями ніг, не відриваючи п’яток



від підлоги. Постарайтесь відчувати поколювання, тепло і, можливо, важкість в нижніх частинах ніг, що є свідченням розслаблення м'язів гомілки (пауза 20 сек).

Випрямте ноги під кутом 90 градусів до тулуба. Відчуйте напруження м'язів живота і передніх м'язів стегон. Розслабте ці м'язи. Потім відірвіть пальці ніг від підлоги, а п'ятки щосили притисніть до неї, ніби ви на пляжі зариваєте п'ятку у пісок. Відчуйте напруження і розслабте ноги. Запам'ятайте відчуття розслаблення м'язів стегон (пауза 20 сек).

Якнайміцніше одночасно стисніть пальці обох рук у кулаки, потримайте кілька секунд і розслабте пальці. Щоб проробити протилежні м'язи, розсуньте якомога ширше "віялом" розправлені пальці рук, а через кілька секунд розслабте їх. Сконцентруйтеся на відчутті тепла і поколювання в кистях рук і передпліччях (пауза 20 сек).



Деякі фізичні вправи для зняття психічного напруження

Максимально підніміть плечі перпендикулярно вгору, ніби бажаєте плечовими суглобами доторкнутись до вух. Потримайте плечі в такому положенні, відчуйте важкість в плечах і розслабтесь. Потім максимально опустіть плечові суглоби вниз і також розслабтесь (пауза 20 сек).

Посміхніться якомога ширше. Через кілька секунд розслабтесь. Міцно стисніть губи, щоб вони зайняли найменшу площу, а потім розслабте їх. Міцно заплющіть очі, а потім вільно розслабте їх. Тримавши очі заплющеними, якомога вище підніміть брови, затримайте таку міміку і розслабтесь (пауза 15 сек).

Таким чином ви розслабили більшість основних м'язів вашого тіла. Для того, щоб переконатись у розслабленні, інструктор перераховує м'язи, а пацієнт розслаблює їх і викликає у себе специфічні відчуття розслаблення: “Ви відчуєте, як розслаблення спускається теплою хвилею по всьому вашому тілу. Відчуйте спочатку розслаблення м'язів лоба: воно спускається вниз до очей, до щік, ви відчуваєте, як розслаблюються щелепи, шия, груди, плечі, як розслаблення сягає кистей рук. Розслаблення спускається до ніг, стегон, гомілок, аж до стоп. Ви відчуваєте важкість у всьому тілі. Це відчуття є приємним. Після певного часу насолодження цим відчуттям ви переходите в свій звичайний стан”.

Одним з дійових видів аутотренінгу є **самонавіювання**. Існує декілька методик самонавіювання, з котрих медична сестра повинна користуватись хоч би методом “короткого заклинання”.

Найбільш типовими формулами навіювання є: “моє тіло легке і приємне”, “моя голова ясна і світла”, “я почуваю себе легко та вільно”, “моє дихання легке та спокійне”, “моє серце працює спокійно та ритмічно”, “з кожним днем мені стає все краще та краще”, “я почуваю себе спокійно”. Потрібно пам'ятати, що при самонавіюванні, як і при навіюванні, не бажано вживати слова “не” (наприклад замість формули “мене не болить голова” бажано використовувати формулу “моя голова легка і ясна”). Кількість повторювань за день може коливатися від 20 і більше. Слід пам'ятати, що повторення формул самонавіювання не повинно бути механістичним та необдуманим, в кожне речення потрібно вдумуватися, вкладати в нього своє бажання та емоції. Психотерапія повинна бути спрямована на конкретну мету.

Великої душевності і такту в поєднанні з високим професіоналізмом вимагає проведення психотерапевтичних заходів при роботі з хворими, у яких захворювання суттєво обмежує звичайні можливості або тривалість самого життя хворого. Якщо хвороба обмежує звичний стиль життя хворого, необхідно акцентувати свою діяльність на заходи, котрі повинні бути спрямованими на перебудову особистісних орієнтирів хворого, примирити його з об'єктивним положенням речей і самого хворого з собою. Хворий не повинен панікувати, а свою життєву енергію повинен спрямовувати не на протест заради самого протесту, а на збереження і тренування залишкових функцій і можливостей організму.

Комплексні психотерапевтичні заходи при лікуванні психічних захворювань повинні сприяти вирішенню наступних завдань:

- ◆ встановлення належного контакту з медиками, позитивне ставлення до діагностичних і лікувальних заходів і обстановки лікувального закладу;



**Танці також можуть  
нести потужний  
психотерапевтичний  
заряд**

- ◆ підтримка навичок самообслуговування і надання допомоги медичному персоналу з обслуговування інших хворих;
- ◆ активне читання хворим художньої літератури і часописів, прослуховування радіопередач, перегляд телепрограм, настільні ігри, музика, пісні, вишивання, малювання і створення художніх виробів тощо;
- ◆ перебудова емоційної установки до конфліктних відношень, усвідомлення факту захворювання і необхідності тривалого лікування, укріплення віри у видужання або покращання стану;
- ◆ відновлення контакту з членами сім'ї, побутової і професійної працездатності;
- ◆ ліквідація окремих хворобливих проявів за допомогою психотерапевтичних заходів.

Хвороби є різні, в тому числі і невиліковні. Людина є єдиною істотою, яка усвідомлює неминучість смерті. Закінчити свій життєвий шлях людина повинна гідно. Неможливо дати уніфікований рецепт поведінки медиків щодо тактики при обслуговуванні невилікованого або помираючого хворого, але в кожному окремому випадку найважливішим є великий такт. Не можна отруювати останній період життя людини. Так, біля хворого, що знаходиться навіть у безсвідомому стані, не повинні звучати ранимі чи образливі слова. Глибина втрати свідомості може змінюватись і хворий може сприймати те, про що біля нього говорять.

В цих та подібних випадках потрібно діяти за принципом або молитовним зверненням.

*Боже,  
дай мені Розум і Душевний спокій прийняти те,  
що я не в силі змінити.  
Мужність – змінити те, що я можу.  
Мудрість – відрізнити одне від другого.*



Одна з дієвих психотерапевтичних методик – спілкування пацієнта з природою

Нарешті, слід відмітити, що хвороба впливає не лише на самого хворого, а і на психічний стан членів його сім'ї і близьких. Тому комплексна психотерапія обов'язково повинна в себе органічно включати і сімейну психотерапію.

Медична сестра повинна орієнтуватись, чи можна взагалі дозволити відвідування хворого, кого можна пускати до хворого, а кого не бажано і скільки часу виділити на побачення, щоб не втомлювати хворого. Близькі і члени сім'ї повинні знати про стан хворого і бути інструктованими щодо бажаної спрямованості бесіди із хворим.

Родичі і близькі хворого повинні отримати від медиків необхідний мінімум знань щодо особливості внутрішньої картини захворювання у конкретного хворого. Якщо у хворого з'явилися ознаки психопатизації, потрібно пояснити родичам сутність цих проявів і переконати в їх минулості, націлити оточуючих не акцентувати свою увагу на тимчасову своєрідну реакцію хворого, обумовлену його хворобою. Одним із важливих завдань сімейної психотерапії повинна бути профілактика психічної залежності родичів.

З методів психотерапії, в яких може брати участь медична сестра або навіть ініціювати самостійне проведення їх після певної професійної підготовки рекомендують такі:

**Арттерапія (АТ).** Метод спирається на ідею Зигмунда Фрейда про те, що внутрішнє "Я" може бути виражене у візуальній формі за допомогою спонтанного малюнка, ліплення, живопису. Арттерапію використовують для звільнення від конфліктів і сильних переживань, пришвидшення творчого процесу, як додаток для інтерпретації і діагностики (тест фантастичної тварини і дерева), силу, що дисциплінує і контролює, засіб розвитку уваги до почуттів.

Арттерапія – це реалізація дійової уяви, а не прояв художнього таланту. Підкреслюється роль сублімації – непрямого задоволення антисоціальних імпульсів (наприклад, дитячі малюнки на тему війни).

Акцентують увагу на вільних асоціаціях і самостійному вивченні значення своєї роботи.

Варіант. Групова АТ: групова фреска, загальний груповий портрет, образ. Стимулюють членів групи довіряти своєму власному сприйняттю і вивчати свої твори як самостійно, так і за допомогою інших членів групи.

**Група танцювальної терапії (ТТ).** Розвиток координації і плавності рухів. Танець демократичний.

Мета: розширення самосвідомості; покращання фізичного стану і пристосованості; можливість взаємодії; розширення сфери усвідомлення власного тіла; розвиток позитивного образу тіла; соціальні новини; вивчення почуттів; створення глибокого групового досвіду.

Фундаментальним для ТТ є взаємодія між тілом і розумом, спонтанними рухами і свідомістю, а також впевненість у тому, що рух відображає особу (згадайте фільм “Службовий роман”, епізод, де секретар (Лія Ахеджакова) демонструє ходу і поведінку своєму шефу).

Керівник групи може бути партнером під час танцю, режисером подій, каталізатором, який полегшує розвиток особи через рух.

**Група тренінгу вміння.** Поведінкову модель навчання створено в лабораторії.

Використовуються такі біхевіористичні поняття, як зосередженість на поведінці; навчальна модель вирішення проблем, основана на засвоєнні важливих для розвитку учасників групи життєвих вмінь.

Оцінювання сильних і слабких сторін навичок впевненості в собі включає застосування основних прав людини, які підтримують впевненість у собі, й шість типів стверджень, що виражають впевненість у собі.

Репетиція поведінки – рольових програм складних ситуацій – є основним методом. Процедура репетиції поведінки складається з моделювання, інструктажу і підкріплення. Для зняття надмірної тривоги часто використовують релаксаційний тренінг і системну десенсибілізацію. Домашні завдання: щоденники і поведінкові завдання. Специфічними для груп тренінгу впевненості є метод “зіпсованої платівки” і метод “наведення туману”.

**Психодрама.** Психодрама з’явилася внаслідок театрального експерименту, початого Морено у Відні, який отримав назву “спонтанний театр”. Морено виявив, що драма може служити терапевтичній меті, що психодраматична дія має перевагу перед вербалізацією в процесі вивчення переживань та формування нових відношень і типів поведінки.

Рольова гра – це одне з основних понять психодрами. На відміну від театру, в психодрамі учасник грає роль в імпровізованій виставі й активно експериментує всіма значними для нього ролями, які він грає в реальному житті. Друге поняття – спонтанність – виділив Морено на основі спостережень за грою дітей. Він вважав, що спонтанність – це той ключ, який може відкрити двері в галузь творчості. Основні ролі в психодрамі: режисер, який є продюсером-терапевтом і аналітиком, пропагандистом, “допоміжне Я” й аудиторія. Психодрама починається з розминки, переходить у фазу дії, під час якої пропагандист організовує виставу, і закінчується фазою наступного обговорення, під час якого психодраматична дія і переживання, які виникли, обговорюються всією групою.

Режисер використовує різні методики для організації вистави: монолог, двійник, обмін ролями і відображення, яке сприяє виникненню і підтримці терапевтичного процесу психодраматичної групи.

**Психокоригувальні групи** – це невелике тимчасове об’єднання людей, які мають свого лідера, загальну мету міжособового спілкування, особистого навчання, росту і саморозкриття. Це структурована взаємодія “тут і тепер”, при якій учасники вивчають те, що з ними відбувається в даний час і в даному місці.

**Т-групи** (група тренінгу) ще називають групами сенситивності.

Особливості, що лежать в основі руху Т-групи: орієнтація на поведінку і суспільні науки, демократичні процеси на противагу авторитетним, здатність встановлювати відносини взаємодопомоги.

Основні поняття Т-груп: лабораторія, в якій навчають, як вчитися, принцип “тут і тепер”.



**Робота з дітьми з психічними порушеннями потребує насамперед любові і намагання зрозуміти їх через ігри**

Навчальна лабораторія акцентує увагу на випробуванні нових видів поведінки в безпечному оточенні.

Проводять навчання, яке включає цикл “уява самого себе – зворотний зв’язок – експеримент” (1. Усвідомлення ситуації. 2. Що відбувається зараз і чому? 3. Аутентичність у

міжособових контактах (розібратися у своїх відчуттях). 4. Модель керівництва побудована на співпраці).

Мета: ріст особи через розширення сфери усвідомлення себе й інших, а також процесів, які відбуваються в Т-групах.

**Групи зустрічей (ГЗ).** На відміну від Т-групи, групи зустрічей акцентують свою увагу не на груповому процесі, а на розвитку навичок міжособової взаємодії з іншими.

Орієнтуються на відчуття єдності. Заняття не планують, а будують на відкритості й емоціях єднання. Спираються на принцип “тут і тепер”, приділяють увагу миттєвим переживанням тепер і не апелюють до минулого досвіду.

**Гештальтгрупи (ГГ)** (гештальт – образ, конфігурація, цілісність, яка складається з окремих частин).

Гештальтпсихологія намагається відповісти, як люди сприймають своє існування.

Метод: керівник групи (сильна та видатна особа) працює з одним членом групи (“гаряче місце”), який знаходиться поряд. Члени групи мовчки спостерігають і проводять ідентифікацію “добровольця” із собою в силу того, що емоційна реакція стає ланцюговою реакцією в інших членів групи, а також індукує адекватні емоції в інших.

Гештальттерапія спрямована на розширення свідомості (усвідомлення), інтеграцію протилежностей, посилення уваги до почуттів, робота з мріями, прийняття відповідальності на себе, переборення опору.

У гештальттерапії основними є ті відчуття і почуття, які охоплюють усіх членів і переважають над іншими відчуттями (гнів, страх, радість, сексуальний потяг). Коли потреба задоволена – гештальт завершений, він втрачає свою значущість і відступає для створення нового гештальту. Інколи гештальт залишається незавершеним (злоба, агресія, що створюють базу для проблем і впливають на психіку).

**Групи тілесної терапії.** В. Райх вважав, що всякий захист як поведінка проявляється напруженням м’язів (тілесна броня) і спертим диханням. Основні поняття тілесної терапії за Александером Лоуеном (засновник біоенергетики): зміна енергії, м’язова броня.

Між фізіологічними перемінними, структурою характеру і типом особи існують тісні зв’язки.

Метод лікування: дихальні вправи для звільнення почуттів, рухові вправи як звільнення енергії (брикання), масаж.

Метод Фельденкрайса – увага на позі тіла, ствердження свого “Я” через позу, поставу.

Метод Александра – вивчення звичних поз і постави та їх корекція.

#### **Загальні правила для груп:**

◆ Кількість членів групи: чотири чоловіки – мінімум для життєдіяльності групи; психоаналітичні групи – 6-8 чоловік, групи особистого росту – 8-15 (до 50 чоловік).

◆ Тривалість заняття – 90 хв.

◆ Групи за статевим складом гетерогенні.

◆ Групи складають люди з різними думками, що призводить до напруги і конфронтації, переборення яких досягають успіхом в оптимальному навчанні й ростом особи.

◆ Фактори лікувального впливу в психокоригувальній групі: єдність, навіювання надії, узагальнення, альтруїзм, надання інформації, численне перенесення (група – сім’я), міжособове навчання (нова поведінка з людьми), розвиток міжособових відносин, імітуюча поведінка, катарсис.

Проводячи будь-який вид психотерапії, завжди пам'ятайте слова Г. Сельє: "... ваша цінність вимірюється здатністю заслужити любов ближнього" і біблійну мудрість: "відносись до інших так, як ти хочеш, щоб вони відносились до тебе".

## **Організація роботи середнього медперсоналу при обслуговуванні хворих із психічними порушеннями в стаціонарі**

Права та обов'язки середнього медичного персоналу, як і персоналу взагалі, регламентуються внутрішнім розпорядком лікарні, зокрема психіатричної чи психоневрологічної (див. додаток 2).

Велике значення, особливо при першій зустрічі з хворим, має зовнішній вигляд медичного працівника. Неохайно вдягнена медсестра не викликає поваги і довіри, а занадто екстравагантні одяг і зачіска, зловживання косметикою і прикрасами нашттовхують на думку про легковажність такої людини. Потрібно пам'ятати, що, згідно з вимогами техніки безпеки, не можна під час роботи носити персні, каблучки, намисто, сережки, браслети. Вигляд цих блискучих предметів, по-перше, посилює психомоторне збудження психічнохворих, а, по-друге, може зацікавити їх, що призводить до тілесних ушкоджень медперсоналу, коли хворий намагається зірвати з нього прикраси. Медичним сестрам необхідно одягати акуратний, чистий халат, волосся потрібно заховати під медичну хустинку чи ковпак.

Медична сестра, яка працює в психіатричному відділенні, повинна бути особливо дисциплінованою. Недопустимими є запізнення на роботу, відлучення з поста, невиконання лікарських призначень. Це може призвести до тяжких і навіть трагічних наслідків.

Не можна під час роботи обговорювати з колегами власні справи, один одного, лікарів та їхні дії. Не рекомендують перешіптуватись між собою, тому що внаслідок властивої психічнохворим підозріливості вони можуть сприйняти сторонню розмову стосовно себе, подумати, що над ними сміються або змовляються проти них.

Важливим моментом є організація правильного міжособового спілкування в колективі й із хворими. Спілкуючись між собою та з молодшим медперсоналом, звертатися потрібно на "ви", по імені й по батькові, навіть до хворих, які через свій психічний стан не можуть оцінити це, пам'ятаючи про спостережливість та висновки щодо дій медсестри інших хворих. У присутності пацієнтів недопустимими є зауваження підлеглим, крики, сварки тощо. При спілкуванні з хворими велике значення мають такі загальнолюдські якості медичного працівника, як витримка, культура, співпереживання тощо. Розмовляти з ними потрібно спокійно, врівноважено, привітно. Недопустимі як грубість, різкість, зневага, так і панібратство, флірт. При спілкуванні з хворими, які можуть висловлювати маячні ідеї різного змісту, недоречними є насміхання, іронія, показова жалість, автоматичне погодження з почутим, тим більше неухважність. Ставлення до хворого з розладами психіки необхідно максимально наблизити до звичайного ставлення, воно повинно бути нейтральним



за емоційною реакцією. Не можна керувати хворими, тому що це може призвести до протидії, посилення збудження. Медична сестра, яка добре знає психіатрію, ніколи не буде ображатися на хворих, розуміючи, що їх неправильна поведінка зумовлена психічним захворюванням. Однак, співчуваючи їм, необхідно проявити і твердість характеру, щоб не допустити порушення лікарняного режиму. Ніколи не потрібно обіцяти хворим те, що не зможете чи навіть не захочете зробити. Це призведе до втрати довіри до вас.

Кожний хворий потребує індивідуального підходу. Потрібно враховувати його вік, культурний рівень, характер хвороби, переживань, тяжкість стану. Але індивідуальний підхід не повинен перетворюватися на простий розподіл хворих на приємних і неприємних.

Випадки нападу на медичний персонал трапляються дуже рідко. Проте розумна обережність і постійна пильність потрібні, коли доводиться мати справу із збудженими хворими або з новоприбулими, хвороба і характер поведінки яких ще не відомі.

Приблизний перелік обов'язків старшої, процедурної та чергової медсестер наведено нижче.

Хворі, які, здавалось би, позбавлені розуму, дуже реагують на доброзичливе ставлення до них. Авторитет медпрацівника залежить не тільки від професійних, а й від загальнолюдських якостей.

Медперсонал повинен уміти помічати навіть найменші зміни в психічному стані хворих, вчасно попереджувати психомотрне збудження, розвиток дисфорії, посилення депресії шляхом заспокійливої чи підбадьорливої бесіди. Про зміну стану хворого необхідно негайно доповісти лікарю-куратору або черговому лікарю.

### **Етико-моральний кодекс медичної сестри.**

“Уже сама назва “медична сестра” (раніше казали “сестра милосердя”), – вважав професор С.С. Вайль, – говорить про те, що хворий чекає власне сестринського ставлення до себе. Медсестра спілкується з ним частіше, і тип її поведінки відчувається хворим безпосередньо. Хоч умови роботи сестер важкі, багато з них самовіддано оточують хворого теплом і турботою, акуратно виконують усі призначення, стараються полегшити страждання”.

Обов'язок – це основа моральних принципів поведінки, що формуються як усвідомлення людиною своїх обов'язків перед іншими людьми та суспільством. Обов'язок, з одного боку, передбачає формальне виконання медичними працівниками своїх професійних і функціональних обов'язків, а з іншого, що особливо важливо, – підпорядкування у своїй діяльності особистих інтересів інтересам громадсько-суспільним.

Поняття “обов'язок” стосовно медичної професії вбирає в себе майже всі елементи лікарської етики: від чесності й скромності в повсякденній роботі до проявів високої мужності й готовності принести себе в жертву для порятунку життя інших у надзвичайних обставинах.

У вітчизняній медицині діяльність медичного працівника трактували як обов'язок, як справу життя, в ній постійно був присутній елемент самопожертви.

Слово “обов'язок” часто ставлять поруч із словом “честь”. Відомі слова знаменитого голландського анатома Н.В. Тульпіуса: “Світячи іншим – згораю сам”, – як ніякі інші, відображають суть категорій обов'язку, совісті та честі в медичній професії.

Слід відродити втрачені значною мірою славу та повагу до милосердя. Медсестра і санітарка повинні бути найлюдинолюбнішим видом професійної діяльності, де панують і перемагають такі людські якості, як терпіння, доброта, ніжність, душевність, яких так не вистачає сучасній медицині.

Ввічливість і увага стосовно хворого – це не тільки правила етикету. Для медика це необхідні риси професійної поведінки. Неввічливе ставлення до хворого, а також і панібратське звертання до нього на “ти”, травмують психіку, негативно впливають на перебіг хвороби. Неувага до хворого може призвести до ще більш тяжких наслідків.

Для медичної сестри не досить бути тільки хорошою, доброю, ввічливою людиною. Вона повинна володіти досить розвинутим інтелектом, глибоко розуміти стан хворого і надавати йому кваліфіковану допомогу.

На цей аспект у діяльності медсестри, а також на вищевказані людські якості, звертали увагу багато вчених-медиків. Сучасний розвиток охорони здоров'я висуває до середнього медпрацівника більш високі вимоги, особливо до його психологічних якостей.

Тому медсестра, займаючись самовихованням, повинна орієнтуватися на модель особистості сучасного спеціаліста-медика (так звану професіограму), в якій узагальнено не тільки необхідні знання, вміння і навички, але і професійно важливі особистісні властивості й психологічні якості.

Звичайно, особистість кожної медсестри індивідуальна, і все ж можна виділити риси, характерні для всіх кращих медичних сестер, зокрема моральні (співчуття, доброзичливість, чесність, працьовитість, самовідданість, терпіння, ввічливість, увага, ласкавість, оптимізм, мужність, рішучість, скромність, принциповість, відчуття власної гідності), естетичні (акуратність, охайність, потяг до святковості, непримиренність до “сірості”), інтелектуальні (ерудованість, спостережливість, логічність, прагнення проникнути в суть явищ, добре володіти мовою).

### **Режим у відділенні психіатричної лікарні**

На основі психічного стану хворого лікар призначає той чи інший режим нагляду за ним.

**Режим “А”** – режим посиленого психіатричного нагляду. Його призначають хворим із соціально небезпечними, суїцидальними тенденціями, хворим, які схильні до втечі; хворим у гострому психотичному стані; й на 10 днів щойно госпіталізованим хворим, характер поведінки яких ще не відомий.

Для хворих, які знаходяться на посиленому психіатричному нагляді, в кожному відділенні виділяють окрему наглядову палату. В цій палаті цілодобово функціонує санітарний пост. Хворі не мають права самостійного виходити з палати та пересуватися по відділенню. Виконання гігієнічних процедур, вживання хворими їжі й приймання ліків контролює санітар.

**Режим “Б”** – режим звичайного психіатричного нагляду. Таких хворих переводять із наглядової палати в звичайну. Вони мають право самостійно пересуватися по відділенню, але не можуть виходити за його межі.

**Режим “В”** – режим часткової довіри до хворих. Їм дозволяють самостійно виходити на прогулянку, в буфет, в лікувально-виробничі майстерні, але забороняють виходити за межі території лікарні.

**Режим “Г”** – режим повної довіри до хворих. Дозволяються поїздки додому з оформленням лікувальних відпусток.

**Режим “Д”** – режим денного стаціонару. Він стосується хворих, які проживають на території району, де розміщений психіатричний стаціонар, і не виявляють небезпечних чи агресивних тенденцій. Цей режим повністю зберігає соціально-родинні зв'язки хворого, що особливо важливо при необхідності тривалого лікування.

У лікарнях перебування (інтернатах) та психіатричного профілю є специфічні особливості обслуговування з метою запобігання небажаним вчинкам з їх боку.

Зокрема, хворим заборонено користуватись у відділенні гострими ріжучими, колючими предметами, скляним посудом тощо, які можна застосувати з метою здійснення соціально небезпечних чи суїцидальних вчинків. Тому хворих при госпіталізації у відділення, при поверненні з прогулянки чи з лікувально-виробничих майстерень необхідно перевірити на наявність таких предметів. Але робити це потрібно ввічливо, пояснивши хворому, що це одна з вимог лікарняного режиму.

### **Приблизний розпорядок дня в психіатричному відділенні**

- 8.00 – підйом;
- 8.00-8.45 – ранкова зарядка;
- 8.15-9.00 – ранковий туалет;
- 9.00-10.00 – сніданок, ранкове приймання ліків;
- 10.00-14.00 – лікувальні процедури, працетерапія;
- 14.00-15.00 – обід, пероральне приймання ліків;
- 15.00-16.00 – тиха година;
- 16.00-18.00 – прогулянка;
- 18.00-19.00 – вечеря, приймання ліків;
- 19.00-21.00 – культзаходи;
- 21.00-21.30 – вечірній чай, приймання ліків, призначених на ніч;
- 21.30-22.00 – вечірній туалет;
- 22.00 – відхід до сну.

## **Розподіл хворих по палатах**

Хворих, яким призначено режим “А”, необхідно помістити в наглядову палату. У міру покращання стану хворих і переведення на інший режим спостереження важливе значення має розподіл їх по палатах. Доцільно помістити хворих у палати, враховуючи однотипність їх інтересів і вік. Хворого, який не вірить у позитивний результат лікування, можна направити в палату видужуючих, щоб змінився його погляд на прогноз захворювання. Недоцільно розміщати в одній палаті хворих з однотипними захворюваннями, щоб попередити взаємоіндукцію, тобто коли один хворий “вишукує” в себе симптоми хвороби іншого, і навпаки. Часте переведення хворих з однієї палати в іншу спричиняє тимчасову дезадаптацію. У деяких випадках таке переведення може бути сприятливим.

Підйом у відділенні повинен проходити організовано. З ранковим підйомом усі хворі, крім тих, кому лікар призначив ліжковий режим, повинні встати, зробити ранкову гімнастику та гігієнічні процедури: вмитися, почистити зуби. За своїм психічним станом не всі хворі роблять це самостійно, тому медсестра повинна простежити за виконанням ранкових процедур. Тих хворих, які не можуть обслуговувати себе самостійно, повинен вмивати молодший медперсонал.

Усім хворим, яких госпіталізували в лікарню, фізично ослабленим, хворим із соматичною патологією, а також тим, кому проводять інсулінотерапію, сульфозинотерапію тощо, протягом 10 днів виконують термометрію. Міряти температуру тіла потрібно під контролем молодшого медперсоналу, бажано електронними термометрами, тому що деякі хворі прагнуть проковтнути термометр з метою суїциду або, розбивши його, уламками скла можуть заподіяти шкоду собі чи іншим.

Голити хворих необхідно безпечною або електричною бритвою в присутності медичного персоналу, причому перукар повинен знати психічний стан хворого зі слів чергової медсестри. Хворі із збереженими навиками самообслуговування голяться електричною чи безпечною бритвою під контролем молодшого медпрацівника.

## **Роздавання ліків**

Медсестра роздає ліки в присутності санітара і залежно від фармакологічної дії (до їди, під час чи після їди). Інколи хворі роблять вигляд, що проковтнули ліки, а, відійшовши від медсестри, випльовують через маячні мотиви або ховають, щоб, назбиравши досить, прийняти одночасно з метою отруєння (самогубства). Тому у хворих, схильних до таких дій, завжди після прийняття ліків треба оглянути ротову порожнину за допомогою шпателя (чи не сховав хворий ліки під язиком, між яснами і щогою). Про відмову від приймання пероральних ліків, якщо не вдається вмовити хворого їх прийняти, потрібно повідомити лікаря з метою призначення ін’єкційних препаратів. При необхідності ін’єкції роблять примусово.

## Годування хворих

Передусім велике значення має розміщення хворих у їдальні. Як правило, за один стіл сідають знайомі між собою хворі, які знаходяться в одній палаті. Доцільно годувати їх у дві зміни: окремо тих, у кого немає грубих психічних відхилень, і окремо хворих із дефектами психіки, щоб вони не викликали огиду один в одного. Завжди при годуванні в їдальні повинні бути присутні медсестра і молодший медпрацівник.

Особливі заходи потрібні при відмові хворих від їжі. Передусім необхідно з'ясувати причину такої відмови. Хворі з маяченням отруєння вважають їжу отруєною, тому доцільно при них самому покуштувати її. При шизофренічному негативізмі треба поставити їжу біля хворого і піти, не звертаючи на нього уваги. В інших випадках потрібно спробувати вмовити його. Якщо ці заходи неефективні, вдаються до примусового годування (детальніше див. розділ «Невідкладні заходи в психіатрії»).

Особливого нагляду вимагають **хворі із суїцидальними, соціально небезпечними (агресивними) тенденціями, а також ті, які схильні до втечі.**

Усі вони знаходяться на режимі посиленого психіатричного спостереження (режим "А"). Суїцидальні наміри часто з'являються при депресіях або впливають із маячних побудов хворого чи галюцинаторних переживань (слухові імперативні галюцинації). У таких хворих щодня треба робити обшук у ліжку під приводом перестилання постелі (бажано при відсутності хворого), забирати металеві, скляні предмети, мотузки тощо.

Що стосується хворих з агресивними тенденціями та схильних до втечі, то вони вимагають особливої пильності з боку медперсоналу. Медсестра повинна зауважувати найменші зміни в психічному стані соціально небезпечних хворих, вчасно повідомляти про це лікаря, щоб попередити психомоторне збудження. Якщо ж збудження вже розвинулось, то санітари повинні накинути на хворого ковдру, сповити його, а потім покласти в ліжку і провести м'яку фіксацію. За допомогою спеціальних широких пасків чи ременів, підклавши під них серветки або рушники (щоб паски не поранили шкіру), вони фіксують хворого до ліжка. Паски накладаються на ділянки гомілковоступневих та зап'ястних суглобів. Простирадлом, протягнутим під руками, фіксують хворого в ділянці грудей. Медсестра відразу ж повинна викликати лікаря-куратора чи чергового лікаря для призначення медикаментів із метою купірування психомоторного збудження. Допускається лише короткочасна фіксація до ліквідації небезпеки для хворого чи людей, які його оточують, у зв'язку з його збудженням та агресією. Фізичну фіксацію обов'язково в максимально короткі терміни необхідно замінити на медикаментозне заспокоєння хворого.

Посиленої уваги вимагають **хворі із судомними нападами.** Часто напад починається раптово, без передвісників, але іноді по змішаному диханню і виразу обличчя досвідчена медсестра визначає початок нападу і встигає вжити відповідних заходів. Якщо хворий впав на підлогу, то його потрібно покласти горілиць, відтягнувши на середину кімнати, між корінні зуби вкласти шпатель,

обмотаний кількома шарами марлі, або скручений в джгут рушник, щоб запобігти прикушенню язика. Під голову кладуть подушку, хворого обличчям повертають у лівий бік, щоб не виникла аспірація слини. Необхідно розстебнути його одягу, щоб не було перешкод для дихання. Не потрібно силою утримувати хворого під час судом (це може призвести до вивихів та переломів), треба лише притримувати його, щоб запобігти травмі. Особливо необхідно спостерігати за хворими на епілепсію вночі, щоб попередити удушення при положенні в них головою до подушки під час судомного нападу чи сноходінні.

Після нападу може розвинути свій своєрідний стан порушеної свідомості з агресивністю та злобою. У таких випадках хворого необхідно тимчасово перевести в наглядову палату.

Великої уваги потребує **поведінка хворих на прогулянці**. Необхідно стежити, щоб хворі не підбирали цвяхи, шматочки скла, каміння тощо. Зрозуміло, що територію майданчика для прогулянок необхідно старанно прибрати.

Побачитися з родичами чи знайомими дозволяють тим хворим, які знаходяться на режимах «В» та «Г». Що стосується інших хворих, то на побаченнях присутній санітар, щоб попередити можливе прохання їх про передачу недозволенних речей. Усі передачі обов'язково перевіряють. Забороняють приносити зіпсовані продукти та недозволені речі.

Важливим обов'язком чергової медсестри є ведення журналу нагляду за хворими. У ньому подається перелік хворих, які знаходяться на посиленому психіатричному нагляді (режим «А»), описується їх поведінка та поведінка тих хворих, стан яких погіршився. До журналу заносяться випадки відмови від їжі, чвар між хворими, випадки агресії хворих, нападів збудження із точним описом їх характеру, висловлювання і прохання окремих хворих.

Здаючи чергування, медсестра доводить до відома лікарів і наступної зміни всі події і потреби відділення, а нова зміна медперсоналу приймає кожного хворого персонально. Особливу увагу при передачі зміни приділяють хворим, поведінка яких змінилася в гірший бік або з'явилася підозра на можливі непрогнозовані дії пацієнтів.

## **Госпіталізм. Роль медичної сестри в попередженні й подоланні госпіталізму серед психічнохворих**

Характерним станом для пацієнтів, які тривалий час лікуються в психіатричних лікарнях, є послаблення або повна втрата суспільних зв'язків, енергія (суттєве зниження енергетичного потенціалу), ангедонія (неможливість пережити приємні та духовні відчуття), моторна загальмованість, бідність мови (словесна і тональна), а також дефіцит уваги. Вираження вищеперерахованих негативних проявів може сягати значного ступеня і призводити до розвитку у хворого повної соціальної дезадаптації, внаслідок чого він не здатний себе обслужити і змушений

постійно перебувати в лікарні. Ці симптоми можуть розвинути внаслідок прогресування шизофренії, органічного ураження головного мозку і негативної дії психофармакотерапії.

Проте не лише вищезгадані фактори призводять до розвитку і прогресування дефіцитарної симптоматики. Велика роль у розвитку вищеописаного стану належить так званому госпіталізму. В основі госпіталізму лежить “розтренування” функціональних систем організму, які відповідають за можливість самообслуговування і підтримку на належному рівні соціальних зв'язків.

Госпіталізм найчастіше розвивається в людей похилого віку, які втратили зв'язок із сім'ями. Після виписування з лікарні їм немає куди повернутись або сімейні обставини є несприятливими. Тривала госпіталізація може призвести до соціальної дезадаптації. Людина втрачає навички ділового й емпатичного спілкування, різко знижується здатність до самообслуговування. Пролікований хворий боїться самотності, втрати того мінімуму контактів, які є в лікарні (з лікарями, медсестрами й іншими хворими). Госпіталізм є одним із факторів підвищення рівня суїцидності. Дезадаптовані хворі після виписування з лікарні нерідко роблять спроби самогубства.

Головним чинником госпіталізму є взаємодія трьох груп факторів:

- ◆ панування в суспільстві страху перед психічнохворими, а також свідомі і підсвідомі переконання у тому, що їх потрібно ізолювати;
- ◆ особливості внутрішньолікарняного режиму і стилю життя психічнохворих із надто низьким рівнем природної стимуляції до самореалізації і збереження особистості;
- ◆ негативні прояви психічної деформації медичних працівників, які працюють у психіатричних лікарнях.

Перший чинник є основним. Традиційно в суспільстві панує явний і підсвідомий страх перед психічнохворими та їх незрозумілою для людей, дивною, а часом і небезпечною поведінкою. Психічне захворювання сприймається, як “знак прокляття”, навіть до членів сім'ї хворого більшість ставляться з недовірою. Основною функцією психіатричних лікарень суспільство вважає ізоляцію “божевільних”. За таких умов негативістичного ставлення до психічнохворих вони просто змушені надто багато часу перебувати в психіатричних лікарнях, де адаптуються до специфічних умов стаціонару і не уявляють собі реального існування поза ним. Уже саме встановлення психіатричного діагнозу автоматично породжує низку соціально-трудова обмежень. Суспільство намагається ізолювати психічнохворих у лікарні або самоізолюватись від цих хворих, прирікає їх на вимушену самотність навіть тоді, коли вони виписані з лікарні й повинні включатись у посильне для них життя.

Реальним шляхом переборення цього фактора є радикальна зміна суспільної свідомості. Люди повинні сприймати психічнохворого таким, яким він є, не звертати нездорової уваги на певні “дивацтва” чи неадекватну поведінку, якщо вона не є небезпечною для людей і самого хворого. Велику роль у цій справі зобов'язані відіграти дільничні психіатричні медичні сестри. Вони повинні навчити членів сім'ї,

близьких хворого і сусідів правильного співжиття з хворим, по-діловому допомагати йому, стежити за дотриманням амбулаторного лікування, уникаючи непорозумінь і конфліктних ситуацій, а не вбачати свою роль лише в тому, щоб вчасно викликати карету швидкої допомоги для чергової госпіталізації хворого.

Дільнична медична сестра повинна тісно співпрацювати з органами соціального захисту, місцевими організаціями Червоного Хреста, релігійними громадами та благодійними фондами, щоб адресно спрямувати їх зусилля на допомогу психічнохворим.

Суспільство повинне подбати про організацію мережі невеликих гуртожитків (так званих “сателітних жител”) для виписаних із лікарні пацієнтів, які не потребують активного лікування. Медичним обслуговуванням цих гуртожитків повинна займатись висококваліфікована медична сестра. Сателітних гуртожитків дуже багато в Голландії. Подекуди вони функціонують і в Україні.

Основними “внутрішньолікарняними” факторами, які сприяють розвитку госпіталізму в психіатричних лікарнях, є:

- ◆ втрата контактів із навколишнім (позалікарняним) світом;
- ◆ нав’язана бездіяльність;
- ◆ авторитарна патерналістська позиція медичного персоналу;
- ◆ обмеження власної ініціативності хворих;
- ◆ втрата родинних зв’язків і друзів;
- ◆ відсутність значущих подій в особистому житті;
- ◆ недостатньо контрольоване приймання психофармакологічних препаратів;
- ◆ убога атмосфера психіатричних лікарень у плані природної стимуляції до діяльності;
- ◆ відсутність реальних життєвих перспектив поза лікарнею;
- ◆ заміна повноцінного комплексного лікування з акцентом на реабілітацію та реадаптацію хворих на ізоляцію в лікарні;
- ◆ відсутність “родинної атмосфери” у відділеннях;
- ◆ недостатнє використання (або навіть повна відсутність) соціотерапії.

Крім вищеперерахованих об’єктивних чинників, важливе значення має третій суб’єктивний фактор, який залежить від установчої психологічної спрямованості роботи медичних працівників. Так, природною потребою людини є прагнення до самоствердження. Можливість керувати іншою людиною, ставитись до неї, як до дитини, зміцнює самоповагу особистості персоналу психіатричної лікарні. Це є один з аспектів підсвідомого психологічного підґрунтя патерналізму в психіатрії. Але самоствердження особистості не за рахунок власного розвитку, а за рахунок гноблення і приниження хворого призводить до зворотного результату – до професійної деформації. Таке своєрідне розуміння власної ваги і ролі в міжособових взаєминах із хворими виявляються у директивній поведінці, безапеляційних та зверхніх судженнях. У вразливої особистості хворого таке ставлення до нього посилює прояви дезадаптації, викликаючи ознаки госпіталізму.



Якщо змінити суспільну свідомість реально можна буде лише в майбутньому, то змінити певну частину внутрішньолікарняних умов, зокрема ставлення медика до хворого і своєї роботи (що дуже важливо), можливо і необхідно вже тепер. У зміні психологічного клімату психіатричних лікарень у кращий бік вирішальна роль належить медичній сестрі. Вона не може відновити втрачені зв'язки хворого з родичами чи близькими, але створення довірливої "сімейної" атмосфери, яка б стимулювала активність хворого, а не пригнічувала б його, повинне бути основою смислу і стилю роботи сучасної медичної сестри.

Таким чином, основним на даному етапі боротьби з госпіталізмом є внутрішня перебудова ставлення медичної сестри до своєї роботи. У центрі уваги медика повинна бути особистість хворого, яку потрібно зберігати і зміцнювати, а не лише його хвороба як мішень для застосування лікарських призначень.

## **Основи психогігієни та психопрофілактики. Профілактика психічних захворювань**

**Психогігієна** – це галузь загальної гігієни, яка вивчає фактори, що забезпечують гармонійний розвиток особистості, й визначає умови для повного прояву її позитивних властивостей у всіх сферах діяльності.

Основним завданням психогігієни є вивчення умов життя (включаючи зовнішнє середовище та конкретні соціальні умови) людини з метою виявлення факторів, які позитивно чи негативно впливають на психічне здоров'я, і розробку на цій основі рекомендацій та нормативів: 1) психогігієнічних умов праці, побуту, відпочинку; 2) психогігієнічного виховання, психічного розвитку, укріплення та збереження психічного здоров'я.

Психогігієнічні заходи визначаються:

- ◆ Віковими особливостями (дошкільний і шкільний вік, професійне навчання, дорослий та похилий).
- ◆ Характером трудової діяльності.
- ◆ Міжперсональними стосунками (внутрішньосімейні, виробничі, соціальні тощо).

Слід підкреслити важливість пропаганди психогігієнічних знань. Цим повинні займатись медичні працівники у сфері своєї діяльності, а також працівники Будинку санітарної освіти, товариства "Знання", медична преса.

**Психопрофілактика** – область психіатрії, метою якої є попередження психічних захворювань, переходу їх у хронічну форму та соціально-трудова реабілітація.

*Загальні принципи профілактики психічних захворювань*

Профілактику психічних захворювань поділяють на первинну, вторинну і третинну.

**1. Первинна профілактика** – це система заходів, яка забезпечує попередження появи психічної хвороби чи формування дисгармонічної структури особистості. Серед цих заходів основними є:

– первинна провізорна профілактика, головною метою якої є охорона психічного здоров'я наступних поколінь; вона ґрунтується на громадських заходах, спрямованих на оздоровлення побуту, праці, життя, створення умов для формування здорової сім'ї та вдосконалення виховання підростаючого покоління, досягнення гармонії розвитку в усіх наступних поколіннях;

– первинна генетична профілактика, головною метою якої є науковий прогноз можливих наслідків спадкових психічних захворювань для психічного здоров'я наступних поколінь; вона створює умови для оздоровлення спадковості без шкоди і дискримінації особи; безпосередньо здійснюється медико-генетичними консультаціями;

– первинна ембріологічна профілактика, спрямована на оздоровлення жінки (гігієна шлюбу і зачаття, гігієна вагітності, охорона процесу запліднення та виключення потенційно небезпечних шкідливих факторів, забезпечення високої якості допомоги при пологах); ці заходи проводять жіночі консультації та заклади родопомочі;

– первинна постнатальна профілактика, яку здійснюють із метою раннього виявлення вад розвитку в новонароджених, проведення своєчасної корекції і системи заходів, що забезпечують поетапний розвиток дитини, підлітка, юнака; поряд із педіатричною службою, в організації цього виду профілактики беруть участь дитячі психіатри, психологи та спеціалісти в галузі фізіології розвитку.

**2. Вторинна профілактика** – це система заходів, спрямованих на попередження небезпечного для життя або несприятливого перебігу психічного захворювання. До цих заходів відносять:

– ранню діагностику, прогноз та попередження небезпечних для життя хворого станів;

– ранній початок лікувально-корективних заходів, швидке досягнення максимально повної ремісії або повної редукції хвороби;

– виключення можливості рецидивного перебігу;

– довготривалу підтримувальну корекцію психіки хворого після хвороби або в період ремісії.

**3. Третинна профілактика** – це система заходів, спрямованих на попередження психічної інвалідизації при затяжному, хронічному перебізі хвороби. При цьому застосовують медикаментозні й коригувальні методи терапії для переривання хронічного перебігу хвороби, покращання умов життя і побуту хворих, систематичного проведення заходів реадптації та активного праце- і побутовлаштування в період ремісії.

## **Психогігієнічні та психопрофілактичні заходи при окремих захворюваннях**

### ***I. Ендогенні захворювання***

#### **1. Шизофренія.**

У зв'язку з невідомою етіологією профілактика практично неможлива. Такі психогігієнічні заходи, як психогігієна виховання, праці, відпочинку та зовнішнього середовища, можуть сприяти попередженню дії факторів, які провокують шизофренію:

- ◆ раннє виявлення та адекватне лікування;
- ◆ підтримувальна протирецидивна терапія психотропними засобами пролонгованої дії (ОРАП, ІМАП, семап, модитен-депо, піпорбіл, галоперидол-деканоат);
- ◆ обрив загострень і рецидивів в амбулаторних умовах, що збільшує тривалість ремісій і зменшує регоспіталізацію;
- ◆ неспецифічна профілактика загострень (попередження психогенно-травмуючих ситуацій, екзогенних шкідливих тощо);
- ◆ соціально-трудова допомога.
- ◆ систематичне поетапне використання медичної, трудової та соціальної реадaptaції.

#### **2. Маніакально-депресивний психоз.**

Причини і механізм розвитку МДП відомі. Тому профілактика зводиться до психогігієнічних заходів, спрямованих на укріплення здоров'я при обтяжливій спадковості – запобігання інфекціям, травмам, організація праці та відпочинку.

Використання солей літію.

Попередження затяжних фаз комплексною терапією, покращання умов життя і праці.

#### **3. Пресенільні та сенільні психози.**

Психогеріатричні заходи (режим праці, запобігання соматичним хворобам, використання геріатричних препаратів, зокрема геровіталю).

Раннє виявлення і лікування, досягнення повної редукції хвороби, підтримувальна корекція психіки, раннє лікування рецидивів.

Соціально-трудова реадaptaція, ліквідація психотравмуючих факторів.

### ***II. Ендогенно-органічні захворювання***

#### **1. Епілепсія.**

Генетична профілактика – попередження шлюбів 2-х осіб, хворих на епілепсію, спостереження за дітьми із обтяженою спадковістю (профілактика сомато-інфекційних захворювань, травм, заборона профілактичних щеплень до 3 років). Охорона здоров'я вагітної і плода в пренатальний період, попередження родових травм та інфекцій у пре- і постнатальний періоди.

Раннє виявлення хворих із пароксизмальними проявами, раціональне лікування, безперервність і довготривалість лікування в комплексі з режимом життя, харчування і психотерапевтичного впливу.

Трудова і соціальна реадaptaція, заборона професій, пов'язаних із транспортом, висотою, рухливими механізмами, водою і вогнем, а також впливом фізичних та інших факторів: перегрівання, нічна робота, довготривалі відрядження.

## **2. Сенільні та пресенільні деменції.**

Психогігієна здорового довголіття (режим праці, відпочинку, боротьба з гіподинамією), попередження сомато- та психогенних захворювань, використання геріатричних засобів, які запобігають передчасному старінню.

Раннє виявлення початкових проявів хвороби та початок лікування транквілізаторами, антидепресантами, досягнення редукції хвороби з подальшою підтримувальною корекцією психіки та обрив рецидивів при ранніх ознаках загострення хвороби. Запобігання соматичним розладам.

Систематичне поетапне використання медичної, трудової та соціальної реадaptaції хворих, догляд і спостереження.

### ***III. Екзогенно-органічні захворювання***

#### **1. Судинні захворювання головного мозку.**

Психогігієнічні заходи спрямовані на дотримання режиму праці й відпочинку осіб похилого віку, попередження впливу шкідливих факторів (алкоголю, куріння, перевтоми, стресів), які сприяють розвитку недостатності мозкової гемодинаміки.

Раннє виявлення (профогляди) і лікування судинних уражень головного мозку спрямовані на покращання мозкового кровообігу – засоби, які покращують загальну гемодинаміку, серцеву діяльність.

Проведення заходів медичної, трудової і соціальної реадaptaції.

#### **2. Психічні порушення у зв'язку з черепномозковою травмою.**

Попередження автодорожніх, виробничих та побутових травм головного мозку, дотримання правил техніки безпеки. Запобігання пологовому травматизму.

Спокій, щадний режим у гострий період травми. Протирецидивне лікування в період віддалених наслідків (біологічні та психологічні методи, стимуляція соціальної активності та трудової діяльності, переорієнтація її на раціональне працевлаштування та установки, сімейна психотерапія).

Соціально-трудова реабілітація (режим праці, побуту, санаторно-курортне лікування).

#### **3. Психічні порушення при інфекційно-органічних захворюваннях головного мозку (сифіліс головного мозку, прогресивний параліч, ВІЛ).**

Провізорна профілактика розповсюдження сифілітичного та ВІЛ-інфікування населення шляхом створення системи суспільних заходів, спрямованих на формування здорової сім'ї та виховання підростаючого покоління. Попередження ембріонального і постнатального інфікування.

Раннє виявлення і діагностика сифілісу та ВІЛ-інфекції на основі клініки та лабораторних досліджень. Активна терапія до повної санації ліквору та виключення рецидивів шляхом повторних курсів лікування.

Оздоровлення побуту, поетапна реадaptaція – медична, професійна, соціальна.

#### *IV. Екзогенні психічні розлади*

##### **Наркоманії (алкоголізм, наркотоксикоманії).**

Первинну профілактику проводять шляхом створення єдиної системи проти вживання наркотиків, освіти, яка включає адміністративно-правові, педагогічні, громадські та медичні аспекти з врахуванням вікових, статевих та професійних особливостей. Особливо слід враховувати ряд факторів: біологічні, які формують несприятливий преморбідний фон (травми, інфекції); індивідуально-психологічні (акцентуація за гіпертичним, нестійким, конформним типами), утруднення соціально-психологічної адаптації, відчуття неповноцінності й відчуження; відсутність розвинених зорових інтересів (перебудова мотиваційної сфери, зміна кола інтересів і сфери спілкування); низька стресова стійкість і високий ступінь залежності від лідера, соціальні (наркоманії в сім'ї, подружня дисгармонія, стреси, інтерперсональні стосунки). Знання груп наркотичних та токсикоманічних речовин, правил їх зберігання, використання, виписування.

Раннє виявлення, організація амбулаторного (мінімального) курсу лікування в три етапи:

1-й етап – купірування абстинентного синдрому, запійного стану і дезінтоксикація (8-10 днів);

2-й етап – протиалкогольна терапія (сенсibiliзувальна, умовнорефлекторна) в поєднанні з психотерапією (1-2 місяці);

3-й етап – підтримувальна терапія (3 роки).

Заходи, спрямовані на покращення умов побуту і мікросоціального клімату, перебудову мотивацій у ранг значущих потреб, педагогічну і медичну корекцію тяжких психологічних переживань неповноцінності, адекватне працевлаштування, запобігання інвалідизації, формування установки на повне утримання від спиртного і соціальної компенсації. Запобігання інвалідизації.

#### *V. Психогенні захворювання*

##### **Неврози і реактивні психози.**

Формування стабільності поведінки та відреагування в стресових і фрустраційних ситуаціях та при хронічних дистресах. Рациональний вибір професії і працевлаштування, дотримання правил гігієни праці, побуту, мікросоціальних стосунків. Організація санітарно-освітніх заходів.

Своєчасне лікування психофармакологічними засобами та психотерапевтичними методами, усунення стресових факторів або позитивна переорієнтація особи на відреагування в стресових та фрустраційних ситуаціях.

Індивідуальні соціально-реабілітаційні заходи, широке використання санаторно-курортного оздоровлення.

#### *VI. Психопатії та затримки психічного розвитку*

##### **Психопатії, олігофренії.**

Профілактику необхідно розпочинати з гігієни шлюбу та вагітності, спрямованої на виключення вад розвитку та формування дефіцитарності і дисгармонії

функціональних систем мозку. В постнатальний період гармонія психіки дитини забезпечується правильним вихованням у сім'ї, школі, лікувально-профілактичних закладах. У цьому напрямку головну роль відіграють санітарно-освітня робота серед молоді й населення та медико-педагогічні заходи, спрямовані на корекцію психопатичних рис та інтелектуального розвитку.

Своєчасна корекція станів декомпенсації за допомогою лікарських, психотерапевтичних та медико-педагогічних методів впливу. В цьому напрямку суттєву роль відіграють медико-педагогічні колективи шкіл-інтернатів для розумово відсталіх дітей з аномаліями психічного розвитку.

Попередження впливу екзогенних факторів, які сприяють декомпенсації психіки, раціональне трудове та побутове влаштування.

### **Реабілітація хворих**

*Розрізняють три етапи реабілітації хворих:*

- ◆ медичний, або відновного лікування;
- ◆ професійний;
- ◆ соціальний.

*Серед форм реабілітації виділяють:*

- ◆ ранню, спрямовану на попередження хронічного перебігу хвороби, дефекту і госпіталізму;
- ◆ пізню, спрямовану на компенсацію дефекту та соціально-трудова пристосування.

### **Основні принципи реабілітації хворих**

◆ Реабілітація є частиною лікувально-профілактичних заходів у системі надання психіатричної допомоги хворим.

◆ Реабілітація являє собою динамічну систему заходів, спрямованих на профілактику інвалідизації і компенсацію дефекту психічної діяльності, раннє й ефективне повернення хворих до праці на основі перебудови стосунків, пристосування та відновлення в професійній, сімейній і суспільних сферах.

◆ Максимально ранній початок проведення реабілітаційних заходів – активний вплив на особистість хворого на всіх етапах лікування і перебігу хвороби з урахуванням клінічних особливостей, біологічних і психологічних факторів в єдності з життєво-пристосувальними і лікувально-біологічними методами впливу.

◆ Поетапність, послідовність і диференційність реабілітаційних заходів, активне використання різних форм – від простих до більш складних. Співпраця хворого з лікарем, середнім і молодшим медичним персоналом.

- ◆ Зв'язок із медичною етикою і деонтологією.

## Агравация, симуляція та дисимуляція

Особливо велику роль відіграє медична сестра в запідозренні і верифікації агравації і симуляції соматичної хвороби пацієнтом. Агравация – це перебільшення або пролонгування симптомів, а симуляція – продукування скарг і симптомів неіснуючих захворювань. Такого роду установочна поведінка, як правило, викликана певними об'єктивними моментами (хворий знаходиться під слідством з приводу скоєного злочину, хоче отримати групу інвалідності, хоче отримувати дефіцитні ліки з гуманітарної допомоги, до яких у нього розвинулась лекоманія, не бажає бути виписаним із стаціонару, бо не має родинних зв'язків або дома на нього чекає гнітюча психотравмуюча обстановка тощо).

Якщо симуляція викрита, необхідно негайно направити симулянта на вірний шлях, але дати йому можливість мирного відступлення, наприклад, видимістю недовготривалого “лікування”, в процесі якого потрібно наголошувати на важливості бажання хворого позбутися хвороби. Цей спосіб буває для симулянта більш легким, ніж викриття симуляції, бо суб'єктивно “його лікували івилікували”, а не викрили брехню.

Лише в тих випадках, коли такий непрямий метод не приносить успіху, потрібно відкрито поговорити з симулянтом, але спочатку без свідків, і настирливо, впевнено, твердо пояснити йому всі невігоди, які принесе йому симуляція і позитивні боки припинення прикидання хворим.

Дисимуляція – це приховування хвороби і її ознак. Часто зустрічається в психіатрії при психозах. В інших спеціальностях вона зустрічається, головним чином, при таких захворюваннях, результати яких дають певні об'єктивні або суб'єктивні невігоди для хворого. При туберкульозі – довге перебування в диспансері, при сифілісі – виявлення контактів, в хірургії – можливість операції. В наш час, коли росте безробіття і скорочують робочі місця, люди, які захворіли, стараються приховати свою хворобу, щоб не потрапити під скорочення штатів в першу чергу.

Чим в більшій мірі вдається позбавити хворого від страху перед обстеженням, лікуванням і наслідками хвороби, тим успішніше вдається попередити дисимуляцію. Звичайно, велике значення мають і соціальні умови.

Якщо у медичної сестри з'явилась підозра щодо установочної поведінки хворого, направленої на агравацию і симуляцію, то бажано за таким хворим встановити делікатний негласний контроль з боку рідних хворого. Здебільшого хворі агравують і симулюють, “розігруючи” рідних і обслуговуючий медперсонал, і знижують пильність при спілкуванні з ними. Якщо підозра медичної сестри щодо агравації або симуляції підтвердилась, вона не має права говорити про це хворому або його родичам та близьким, а повинна обгрунтовано доповісти лікарю, який після цілеспрямованої перевірки у випадку підтвердження установчої поведінки вживе належних заходів. Потрібно пам'ятати, що незаслужене помилкове звинувачення хворого в агравації або симуляції, як правило, глибоко ображає останнього і викликає у нього негативну установку щодо медиків, перебування в стаціонарі і подальшого лікування. В такому випадку важкий моральний стан хворого буде заважати ефективному лікуванню.

## ДОДАТКИ

Додаток 1

### СЛОВНИК ТЕРМІНІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ У ПСИХІАТРІЇ

Абсанс (франц – відсутність) – короткочасне порушення свідомості з амнезією в епілептиків

Абстиненція – утримання від наркотиків, що супроводжується низкою психічних і соматичних розладів.

Агравация – перебільшення хворобливих симптомів.

Аграфія – втрата здатності писати.

Агресія – схильність до нападу.

Адекватний – той, що відповідає даним обставинам і ситуації.

Ажитований – збуджений.

Алексія – втрата здатності читати.

Альтруїзм – протилежність егоїзму, здатність піклуватися про інших.

Аменція – затьмарення свідомості з втратою орієнтації в часі й місці, руховим неспокоєм і подальшою амнезією.

Амімія – відсутність міміки.

Амнезія – втрата пам'яті, забуття.

Анорексія – втрата апетиту, вперта відмова від їжі внаслідок психічної хвороби.

Апатія – байдужість, кволість, емоційна безчуттєвість.

Апраксія – втрата здатності до зв'язаних координованих рухів, виконання дій.

Астазія-абазія – неможливість стояти і ходити, хоч хворий може рухати нижніми кінцівками в ліжку (при істерії).

Астенія – загальна слабкість, виснаження нервової системи.

Атаксія – розлад координації, точності рухів.

Атонія – втрата тону м'язів.

Аура – провісник епілептичного нападу.

Аутизм – самозаглибленість хворого (при шизофренії), послаблення зв'язків із реальністю.

Афект – найвищий ступінь виявлення відчуття (страху, гніву, радості).

Біполярний – двополюсний.

Булімія – патологічне збільшення апетиту, обжерливість.

Галюцинації – сприймання предметів або явищ, яких насправді немає в даний час.

Гіперестезія – підвищена чутливість.

Гіперкінези – мимовільні рухи (сіпання, тремтіння).

Гіпобулія – послаблення волі.

Гіподинамія – зниження м'язової діяльності.

Дебільність – легкий ступінь розумової відсталості.

Деградація – рух назад, поступове погіршення, занепад, втрата якихось властивостей психіки.

Дезорієнтування – нездатність орієнтуватися в часі й просторі.

Делірій – гостра сплутаність свідомості з впливом галюцинацій, дезорієнтуванням і руховим збудженням.

Деменція – набуте слабоумство.

Депресія – пригнічений настрій, нудьга.



Дипсоманія – напад запійного пияцтва.  
Дисимуляція – свідоме приховування хвороби або фізичних вад.  
Дисфорія – стан поганого настрою з підвищеною дратівливістю (в епілептиків).  
Егоцентризм – перебільшена увага до своєї особи.  
Ейдетизм – здатність швидко і точно запам'ятовувати великий обсяг зорових або слухових образів.  
Ейфорія – піднесений, приємний настрій.  
Екзогенний - породжений зовнішніми причинами, умовами.  
Електроенцефалографія – запис біострумів мозку.  
Емоція – почуття.  
Ендогенний – викликаний внутрішніми особливостями організму.  
Ехолалія – повторення хворим сказаних йому слів.  
Ехопраксія – повторення хворим рухів, зроблених кимось.  
Ідіотія – найвищий ступінь уродженого слабоумства (олігофренії).  
Ілюзія – спотворене сприймання хворим предметів або явищ, які реально існують у даний момент.  
Імбцильність – середній ступінь уродженого слабоумства.  
Імпульс – поштовх до дії, форма збудження в нервових волокнах.  
Інволюція – зворотний розвиток, згасання організму.  
Іпохондричне маячення – манія руйнування організму хворого.  
Каталепсія – воскова гнучкість, коли хворий зберігає надану йому позу.  
Катамнез – дані спостереження за хворим після того, як його виписали із стаціонару.  
Кататонія – нерухомість, застигання хворого в одній позі (симптом шизофренії).  
Клептоманія – нав'язливий потяг до крадіжки речей.  
Клімакс – період припинення функції яєчників.  
Кома, коматозний стан – глибоке знепритомнення з втратою рефлексів.  
Коммоція – струс головного мозку.  
Конвергенція – зближення осей очних яблук при погляді на близький предмет.  
Контузія мозку – забиття мозку.  
Координація – узгодженість, упорядкованість довільних рухів.  
Конфабуляція – вигадка при прогалинах пам'яті неймовірних подій.  
Криза – напад болю або спазму судин.  
Летаргія – тривалий глибокий сон.  
Маніакальний стан – стан піднесеного настрою й активності.  
Маразм – фізичний і психічний розпад організму.  
Маячення – патологічні ідеї, висловлювання.  
Меланхолія – похмурий, пригнічений настрій.  
Мутизм – тривале мовчання, функціональна німота в психічнохворих.  
Наркоманія – патологічний потяг до наркотиків і зловживання ними.  
Невроз – функціональне захворювання нервової системи.  
Негативізм – прагнення хворого протидіяти.  
Параноїдна шизофренія – галюцинаторно-маячна форма хвороби.  
Параноя – систематизоване маячення.

Парестезії – відчуття оніміння, повзання мурашок, електричного струму тощо.  
 Персеверація – повторення психічнохворим одного й того самого слова або жесту.  
 Преморбідний – дохворобний.  
 Пресенільний – передстаречий.  
 Псевдогалюцинації – несправжні галюцинації, що сприймаються хворим не ззовні, а «внутрішнім чуттям».  
 Псевдодеменція – несправжнє слабоумство, одна з форм істеричної реакції.  
 Псевдоремінісценції – вигадані, несправжні спогади, які в принципі могли б мати місце.  
 Психастенія – психічна слабкість, форма неврозу.  
 Психогенний – породжений психічною травмою.  
 Психогігієна – гігієна психічного життя.  
 Психопатія – патологічно змінений характер.  
 Психопатологія – симптоматика психічних хвороб.  
 Психопрофілактика – профілактика психічних розладів.  
 Психотерапія – метод лікування впливом на психіку хворого (переконання, навіювання, гіпноз).  
 Пубертатний період – період статевого дозрівання.  
 Реадаптація – можливість пристосування до раніше виконуваної роботи.  
 Реактивні стани – психічні розлади, що виникають під впливом психічної травми.  
 Ремісія – тимчасове поліпшення в перебізі хвороби.  
 Сенільний – старечий.  
 Симуляція – продукування скарг і симптомів захворювань, яких не існує, або вигадування фізичних вад.  
 Синдром – сукупність симптомів.  
 Ситуація – становище; збіг умов і обставин, що створюють відповідне становище.  
 Соматичний – тілесний, фізичний.  
 Сомнамбулізм – сноходіння.  
 Сопор – глибоке виключення свідомості.  
 Спазмofilія – судомні напади в дітей, хворих на рахіт.  
 Спонтанний – мимовільний.  
 Стереотипність – одноманітність, шаблонність, повторення одного і того ж.  
 Ступор – остовпіння, загальмованість.  
 Суїцидальний – той, що стосується самогубства (думки, спроба).  
 Тремор – тремтіння.  
 Тест – стандартне завдання для визначення якоїсь здатності випробовуваного.  
 Фармакогенія – заподіяння хворобливих симптомів побічною шкідливою дією ліків.  
 Фаза – період.  
 Фобія – нав'язливий страх.  
 Циклотимія – легка форма маніакально-депресивного психозу.  
 Циркулярний психоз – маніакально-депресивний психоз із регулярною періодичною зміною фаз.  
 Ятрогенія (ятропсихогенія) – породження необережно сказаним лікарем або особами з медичного персоналу словом думок у хворого про хворобу, якої насправді в нього немає.

## **ПОЛОЖЕННЯ ТА ПРАВИЛА ВНУТРІШНЬОГО ТРУДОВОГО РОЗПОРЯДКУ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХІАТРИЧНОЇ (ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОЇ) ЛІКАРНІ**

### **Загальні положення**

1. Дотримання трудової дисципліни, бережливе ставлення до народного добра, виконання норм праці, підвищення продуктивності праці, професійної майстерності та якості обслуговування хворих є найважливішим обов'язком усіх спеціалістів, працівників і службовців лікарні, лікувально-виробничих майстерень, допоміжного господарства й інших підрозділів, що входять до складу психоневрологічної лікарні. Трудова дисципліна забезпечується свідомим ставленням до праці, методом переконання, а також заохоченням за добросовісну працю. Стосовно несумлінних працівників, то при необхідності проводять заходи дисциплінарного і громадського впливу.

2. Усі питання, пов'язані із забезпеченням і дотриманням правил внутрішнього трудового розпорядку, вирішуються адміністрацією лікарні в межах наданих прав, а у випадках, передбачених діючим законодавством і правилами внутрішнього трудового розпорядку, – разом із профспілковим комітетом.

### **Порядок прийому та звільнення працівників і службовців**

1. При прийомі на роботу адміністрація психіатричної (психоневрологічної) лікарні зобов'язана вимагати від особи:

- показати трудову книжку;
- показати паспорт або свідоцтво про народження для неповнолітніх громадян віком 15-16 років;
- показати військовий квиток тим, хто перебуває на військовому обліку.

Без вказаних документів на роботу не приймають.

При прийомі на роботу, яка вимагає спеціальних знань, адміністрація лікарні має право вимагати від працівників показати диплом або інший документ про одержану освіту чи професійну підготовку.

Вимагати документи, не передбачені дійсними правилами, а також копію диплому заборонено.

Усі громадяни, яких приймають на роботу в лікувально-профілактичну установу (включаючи лікарів і середній медперсонал), на підставі ч. 22 ст. 169 КЗПП України з метою охорони здоров'я населення зобов'язані пройти попередній медичний огляд.

Допуск працівників до заняття медичною, фармацевтичною й іншою трудовою діяльністю проводять відповідно до “Основ законодавства України про охорону здоров'я”.

Прийом на роботу оформляють наказом головного лікаря, який зачитують працівнику під розписку.

Робітник або службовець повинен виконувати доручену йому роботу особисто і не має права доручати її виконання іншій особі, за винятком випадків, що передбачені законом. Адміністрація не може вимагати від працівника або службовця виконання роботи, не обумовленої трудовим договором.

2. До початку роботи, згідно із трудовим договором, адміністрація лікарні зобов'язана:
  - пояснити працівнику його права і функціональні обов'язки, а також суттєві умови праці (посадовий оклад, пільги, умови і режим роботи);
  - ознайомити його з правилами внутрішнього трудового розпорядку;
  - показати працівнику його робоче місце, забезпечити необхідними робочими засобами;
  - проінструктувати працівника щодо правил техніки безпеки, виробничої санітарії і гігієни праці, протипожежної безпеки.
3. На осіб, які прийшли на роботу вперше, заповнюють трудову книжку не пізніше 5 днів після прийому на роботу.
4. Припинити трудовий договір можна тільки на підставі, передбаченій Кодексом законів про працю України.

Робітники і службовці мають право розірвати трудовий договір, укладений на невизначений строк, попередивши про це адміністрацію письмово за 2 тижні. Договір необхідно розірвати у строк, про який просить працівник.

Після закінчення цього строку робітник або службовець має право припинити роботу, а адміністрація зобов'язана видати працівнику трудову книжку і провести з ним розрахунок.

Розірвати трудовий договір з ініціативи адміністрації облікарні не можна без попередньої згоди профкомітету, за винятком випадків, передбачених КЗПП України (сумісники та особи, які працюють за строковим договором).

Припинення трудового договору оформляють наказом адміністрації.
5. У день звільнення адміністрація зобов'язана видати робітнику або службовцю його трудову книжку із записом у ній про звільнення і провести з ним кінцевий розрахунок.

Записи про причини звільнення в трудовій книжці необхідно робити відповідно до формулювання чинного законодавства і посилання на відповідну статтю та пункт КЗПП.

Днем звільнення вважають останній день роботи. При звільненні працівника з ініціативи адміністрації вона зобов'язана в день звільнення видати йому копію наказу про звільнення. В інших випадках копію наказу про звільнення видають за вимогою працівника.

### **Основні обов'язки робітників та службовців**

Робітники і службовці зобов'язані:

1. Працювати чесно і добросовісно.
2. Дотримуватись дисципліни праці, вчасно приходити на роботу, дотримуватись встановленої тривалості робочого часу, використовувати весь робочий день для продуктивної праці, своєчасно і точно виконувати розпорядження адміністрації.
3. Підвищувати продуктивність праці, своєчасно та якісно виконувати роботу по нарядах і завданнях.
4. Дотримуватись виробничої дисципліни, не допускати помилок у роботі, покращувати ефективність лікування хворих.
5. Повністю дотримувати вимог з охорони праці, техніки безпеки, виробничої санітарії, гігієни праці й протипожежної охорони, передбачених відповідними правилами та інструкціями, користуватись виданим спецодягом, спецвзуттям і запобіжними засобами.
6. Підтримувати в порядку і чистоті своє робоче місце, а також підтримувати чистоту у відділенні й на закріпленій території лікарні, передавати змінному працівнику своє робоче місце, обладнання в справному стані.

7. Берегти і зміцнювати державну власність, ефективно використовувати апаратуру, інструменти, бережливо ставитись до матеріалів і спецодягу.

8. Дотримуватись правил деонтології.

9. Гідно поводити себе, не перешкоджати іншим працівникам виконувати їх трудові обов'язки.

10. Проводити заходи щодо негайного усунення причин і умов, які перешкоджають нормальному ритмові роботи (простій, катастрофа), а при відсутності можливостей усунення цих причин своїми силами негайно сповістити про це адміністрацію.

11. Систематично підвищувати свою ділову (виробничу) кваліфікацію.

Коло обов'язків (робіт), які виконує кожен робітник за своєю спеціальністю, кваліфікацією і посадою, визначається затвердженими функціональними обов'язками, кваліфікаційними довідниками посад службовців, а також технічними правилами, посадовими інструкціями і положеннями, затвердженими у встановленому порядку.

### **Основні обов'язки адміністрації**

Адміністрація лікарні зобов'язана:

1. Щоденно приймати чергування чергових лікарів за минулу ніч разом із начмедами з метою одержання повної інформації про стан здоров'я тяжкохворих, забезпечення медикаментами, ліквідації аварій, господарських недоробок тощо.

2. Організовувати працю робітників і службовців так, щоб кожен, відповідно до своєї спеціальності й кваліфікації, мав закріплене за ним певне місце, станок, машину тощо.

3. Своєчасно до початку виконання роботи ознайомлювати робітників і службовців із встановленими завданнями; забезпечувати здорові й безпечні умови праці, справний стан машин, апаратури, інструментів та іншого обладнання, а також запаси матеріалів та інших ресурсів, необхідних для безперервної і ритмічної роботи.

4. Створювати умови для поліпшення лікувального процесу й організувати визначення і впровадження передових методів роботи; вдосконалювати організацію обслуговування хворих; механізувати тяжкі й трудомісткі роботи.

5. Своєчасно розглядати і впроваджувати винахідництво та раціоналізаторські пропозиції, підтримувати і заохочувати новаторство, сприяти технічній творчості.

6. Зміцнювати трудову дисципліну, для чого постійно проявляти вимогливість до робітників; не залишати без уваги жодного проступку підлеглих, планувати і проводити між ними роз'яснювальну роботу, вказувати на велику роль трудового колективу і громадських організацій з цих питань, розвивати критику, самокритику, гласність і систематично інформувати членів колективу.

7. Покращувати умови праці, неухильно дотримуватись законодавства про працю, забезпечити належне технічне обслуговування всіх робочих місць і створити на них умови для роботи, що відповідали правилам охорони праці (правилам з техніки безпеки, санітарним нормам і правилам).

8. Впроваджувати сучасні засоби техніки безпеки, що попереджують виробничий травматизм, забезпечувати санітарно-гігієнічні умови, запобігаючи виникненню професійних та інших захворювань робітників і службовців.

9. Удосконалювати організацію оплати праці з метою посилення матеріальної зацікавленості працівників як у результатах їх особистої праці, так і в загальних підсумках

роботи, забезпечити раціональне використання фонду заробітної плати, фонду матеріального заохочення тощо.

10. Видавати заробітну плату 5-го і 20-го числа кожного місяця.

11. Забезпечити систематичне підвищення ділової (виробничої) кваліфікації працівників, економічних і правових знань, створювати необхідні умови для поєднання роботи з навчанням на виробництві й у навчальних закладах.

12. Сприяти створенню в колективах ділової, творчої обстановки, всіляко підтримувати і розвивати ініціативу й активність працівників, повною мірою використовувати збори, конференції і різні форми громадської самостійності; своєчасно розглядати критичні зауваження, повідомляти про прийняті заходи.

13. Уважно ставитись до потреб і запитів працівників, покращувати їх житлово-побутові умови.

14. Щотижня проводити прийом працівників.

### **Робочий час та його використання**

Для всього персоналу лікарні встановлено 5-денний робочий тиждень з двома вихідними. Робочий день починається о 9.00 годині. Перерва для прийняття їжі – о 13.00 годині.

Тривалість робочої зміни різних категорій працівників визначається графіком роботи, який затверджується адміністрацією, погоджується профспілковим комітетом і доводиться до відома працівників не пізніше 10 днів до початку наступного місяця. Дозволяється тривалість робочої зміни до 12 годин. Працівники чергуються по змінах рівномірно. У п'ятницю робочий день скорочується на 15 хвилин. З метою створення сприятливих умов для медичного обслуговування населення, без збитку для їх виробничої діяльності адміністрація може встановити інший час початку і закінчення роботи окремим категоріям медичних працівників.

Прибувши на роботу, працівники повинні одягнути спецодяг і взуття, підготувати робоче місце, апаратуру, інструменти, чергові служби – прийняти і передати зміну. Завідуючі відділеннями і старші медсестри зобов'язані організувати контроль за явкою на роботу і завершенням роботи. Облік роботи медпрацівників, яких викликають у неробочий час для надання термінової медичної допомоги, здійснюється медсестрою приймального відділення.

Працівника в нетверезому стані адміністрація не допускає до роботи в даний робочий день (зміну), оформляючи це актом.

На цілодобових роботах забороняється залишати роботу до приходу змінного. У разі його неявки робітник або службовець повідомляє про це керівникові, який зобов'язаний негайно вжити заходів щодо заміни іншим працівником.

Надурочні роботи, як правило, не допускаються. У деяких випадках адміністрація може їх допускати, керуючись діючим законодавством і лише з дозволу профспілкового комітету.

З метою раціонального використання робочого часу забороняється:

- відривати робітників і службовців від їх безпосередньої роботи;
- скликати збори і наради з громадських справ.

Черговість надання щорічних відпусток встановлюється адміністрацією лікарні й узгоджується профспілковим комітетом. Графік відпусток складається на кожен календарний рік не пізніше 5 січня поточного року і доводиться до відома всіх робітників та службовців. Один примірник графіка зберігається у відділі кадрів, другий – у структурному підрозділі.

## **Стимулювання за успіхи в роботі**

За зразкове виконання трудових обов'язків, піднесення продуктивності праці, тривалу і бездоганну працю, новаторство і за інші досягнення в роботі застосовуються такі види заохочення:

- оголошення, подяки;
- надання премії;
- нагородження цінним подарунком;
- нагородження почесною грамотою;
- направлення листа-подяки сім'ї працівника.

Заохочення використовують за погодженням з профспілковим комітетом. Стимулювання оголошуються в наказі або розпорядженні, доводяться до відома всього колективу і заносяться в трудову книжку працівника.

Робітникам і службовцям, які успішно і добросовісно виконують свої трудові обов'язки, надаються переваги і пільги у сфері соціально-культурного і житлово-побутового обслуговування (путівки в санаторій, будинки відпочинку, покращання житлових умов і т.д.).

За особливі трудові заслуги робітники і службовці висувуються у вищі органи для нагородження орденами, медалями, почесними грамотами, нагрудними знаками та присвоєння почесних звань.

## **Стягнення за порушення трудової дисципліни**

Порушення трудової дисципліни, тобто невиконання або неналежне виконання з вини працівника покладених на нього трудових обов'язків, тягне за собою накладення дисциплінарного стягнення.

При порушенні трудової дисципліни адміністрація лікарні користується такими дисциплінарними стягненнями:

- догана;
- звільнення з роботи (звільнення як міра дисциплінарного впливу може застосовуватись при систематичному невиконанні робітником чи службовцем обов'язків без поважних причин, покладених на нього правилами внутрішнього розпорядку або трудовим договором, якщо до працівника раніше вживались заходи дисциплінарного або громадського стягнення за прогул (у тому числі відсутність на роботі 3 години протягом робочого дня) без поважних причин, появу на роботі в нетверезому стані, стані наркотичного або токсикоманічного сп'яніння, за розкрадання на робочому місці (в тому числі за дрібні крадіжки) державного або громадського майна, встановленого вироком суду або постановою органу, в компетенції якого входить накладання адміністративного стягнення або проведення заходів громадського осуду).

До накладання стягнення від порушника трудової дисципліни повинно надійти пояснення в письмовій формі. Відмова робітника дати пояснення не є перешкодою для застосування стягнення.

Дисциплінарні стягнення застосовуються адміністрацією безпосередньо за виявленням проступку, але не пізніше одного місяця від дня виявлення, не враховуючи часу хвороби працівника або перебування його у відпустці.

За кожне порушення трудової дисципліни дозволяється застосовувати тільки одне дисциплінарне стягнення.

При накладанні дисциплінарного стягнення необхідно враховувати ступінь важкості скоєного проступку, обставини, при яких порушено правила поведінки, попередню роботу та вчинки працівника.

Дисциплінарне стягнення оголошується в наказі та доводиться до відома робітника під розписку. Із цим наказом ознайомлюються всі працівники лікарні.

Якщо протягом року з дня накладення дисциплінарного стягнення працівник не буде притягуватись до нового дисциплінарного стягнення, то його вважають таким, хто не має стягнення.

Адміністрація може видати наказ про зняття накладеного стягнення, не чекаючи кінця року, коли робітник не допустив нового порушення трудової дисципліни, при тому показав себе добросовісним.

Правила внутрішнього трудового розпорядку набувають юридичної чинності з моменту затвердження їх трудовим колективом на загальних зборах. Зміни в правила вносять аналогічним чином.

Правила внутрішнього розпорядку вивішують у відділеннях у доступному для загального ознайомлення місці.



## **ПОСАДОВІ ІНСТРУКЦІЇ СЕСТРИНСЬКОГО ПЕРСОНАЛУ ПСИХІАТРИЧНИХ ТА ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ ЛІКАРЕНЬ**

### **Головна медсестра**

1. Головна медсестра призначається та звільняється головним лікарем лікарні.
2. Головна медсестра лікарні підпорядковується головному лікарю та його заміснику з лікувальної роботи, виконує всі доручення медичного, адміністративного та господарського порядку.
3. Головна медсестра лікарні виконує такі функції:
  - контролює роботу старших медичних сестер відділень, проведення занять із підвищення кваліфікації та навчання середнього і молодшого медперсоналу у відділеннях;
  - систематично перевіряє виконання медсестрами відділень призначень лікарів;
  - систематично перевіряє ведення медичної документації (листки призначень, журнал нагляду, журнал працетерапії, журнал обліку наркотиків і сильнодіючих препаратів тощо);
  - періодично контролює роботу дітсестер та харчоблоку щодо правильного приготування їжі й санітарний стан;
  - систематично контролює розташування постів та порядок прийому та здачі чергування середнім та молодшим медперсоналом: періодично перевіряє правильність зберігання сильнодіючих та отруйних ліків, стан аптечок у відділах, правильність ведення журналів сильнодіючих, отруйних ліків, які знаходяться на обліку, збереження та використання медикаментів, медичного інструментарію;
  - приймає телефоном та поштою різні запити та заявки з інших закладів та від родичів хворих, допомагає заступнику головного лікаря виконати їх;
  - контролює відправлення хворих в інші лікувальні заклади, при необхідності організовує пости для неспокійних хворих;
  - бере участь в організації лікарняних конференцій медсестер:
    - ◆ очолює та контролює роботу ради сестер лікарні;
    - ◆ разом із завідувачами відділень розбирає випадки порушення трудової дисципліни середнім та молодшим медперсоналом та вносить пропозиції щодо адміністративного стягнення.

### **Палатна (чергова) медсестра психіатричного відділення**

1. Чергова медсестра зобов'язана:
  - здійснювати відповідний догляд та спостереження за хворими;
  - точно виконувати всі призначення лікаря;
  - керувати роботою молодшого персоналу;
  - забезпечувати підтримання у відділенні порядку і чистоти, виконання хворими встановленого для всіх режиму, а молодшим персоналом – своїх обов'язків, передбачених правилами трудового розпорядку.

2. Палатна медсестра може бути використана як для чергування на посту, так і для виконання іншої роботи середнього медичного працівника за вказівкою завідувача відділення.

3. Палатна медсестра підкоряється старшій медсестрі, а при її відсутності в штатах – безпосередньо завідувачу відділення.

4. Палатна медсестра несе позмінні чергування згідно з графіком, затвердженим завідувачем відділення. Якщо хворому необхідно надати екстрену допомогу, старша медсестра викликає на чергування палатну медсестру, враховуючи перепрацьовані години в місячну норму робочого часу.

5. Приймаючи чергування, палатна медсестра перевіряє, чи всі хворі знаходяться у відділенні, чи закриті ванна, вхідні двері тощо, в якому стані знаходяться хворі, які потребують особливого нагляду і спостереження, після чого завіряє прийом чергування підписом.

6. За період чергування палатна медсестра повинна знаходитись серед хворих, заходячи в кабінет лише за ліками або для заповнення щоденника.

7. При відсутності старшої медсестри палатна медсестра супроводжує під час обходу як лікарів, так і чергового лікаря, який відвідує відділення, заносючи в журнал всі зауваження та розпорядження.

8. При відсутності процедурної медсестри чергова медсестра виконує лікарські призначення, перев'язки тощо. Усі призначення чергового лікаря, виконані медсестрою, записуються нею в журнал.

9. При прийманні хворого чергова медсестра відразу з'ясовує його психічний та фізичний стан, особливо звертаючи увагу на тілесні пошкодження та інші хворобливі ознаки, записуючи про все помічене в журнал.

10. Чергова медсестра записує в журнал особливості стану хворих, усі випадки нападу хворих один на одного та на персонал, зміни стану хворих, незвичайні висловлювання.

11. Про зміну стану хворого, що потребує проведення термінових заходів, чергова медсестра повідомляє лікарів відділення, а при їх відсутності викликає чергового лікаря.

12. Чергова медсестра стежить, щоб усі хворі були вмиті, нігті підрізані, щоб неохайні свосчасно приводили себе в порядок, а при виході на прогулянку одягнулися відповідно до погоди.

13. Чергова медсестра слідкує, щоб хворі отримували відповідну дієту, керуючи роздачею їжі хворим, припиняючи всі помічені зловживання, сама годує ослаблених і тих хворих, які відмовляються від їжі. Годування через зонд здійснює в присутності лікаря.

14. При організації післяобіднього чи нічного відпочинку (сну) медсестра стежить, щоб хворі лягали у свої ліжка, а також за тим, щоб білизна була чиста і щоб хворі були тепло вкриті.

15. За розпорядженням лікаря медсестра направляє хворих у супроводі санітарки на прогулянку, в кіно, лікувальні кабінети, лабораторії, а також на побачення з родичами.

16. Чергова медсестра стежить, щоб у відділенні не було предметів, якими хворі можуть завдати собі або людям, які їх оточують, травми.

17. Спостерігаючи за загальним порядком і чистотою у відділенні, медсестра вказує санітарам на ті чи інші виявлені недоліки.

18. Медсестра слідкує, щоб санітари правильно здавали і приймали чергування, розподіляє по постах. Вона повинна приділяти особливу увагу хворим, які потребують особливого нагляду, пояснюючи санітарам, кожному індивідуально, особливості стану та поведінки цих хворих і нагляду за ними.

19. Керуючи роботою молодшого персоналу зміни, чергова медсестра стежить за виконанням ним відповідних інструкцій, виправляючи відразу допущені помилки, особливо

при грубому, різкому ставленні до хворих, злісному невиконанні розпоряджень медсестри, спанні на чергуванні, самовільного виході з відділення тощо, обов'язково записує про це в журнал і подає рапорт завідувачу відділення.

20. Усі зауваження та вказівки щодо неправильної поведінки та недоліків у роботі медсестра повинна робити молодшому персоналу при відсутності хворих.

21. Коли медсестра помітила грубе ставлення обслуговуючого персоналу до хворих, вона повинна усунути винного від роботи, направивши до завідувача відділення або до чергового лікаря.

22. За час чергування медсестра повинна проявляти витримку і дисциплінованість. Усі розпорядження лікарів і старшої медсестри вона зобов'язана виконувати точно й акуратно.

23. Чергова медсестра повинна знати прізвища, імена, по батькові своїх хворих, особливості їх стану та призначені кожному хворому режим і лікування.

24. Чергова медсестра сприяє втягуванню хворих у трудові процеси, турбується про культурно організований відпочинок для них.

25. Чергова медсестра стежить, щоб під час її чергування у відділенні знаходився тільки персонал, зайнятий на чергуванні. Категорично заборонено персоналу, вільному від чергування, приходити у відділення.

26. Чергова медсестра один раз на тиждень зважає хворих і двічі на день міряє температуру тіла тим, кого госпіталізували протягом 3-х днів, іншим пацієнтам – за призначенням лікаря.

28. Чергова медсестра дозволяє йти на прогулянку тим хворим, відносно яких є відповідне розпорядження лікаря.

29. Чергова медсестра контролює, щоб санітарки спостерігали на прогулянці за хворими.

30. Чергова медсестра роздає хворим призначені ліки, забезпечує їх приймання в її присутності, причому не повинна говорити хворим ні назв, ні складу ліків.

31. Чергова медсестра стежить за тим, щоб відвідувачі нічого не передавали хворим без відома лікаря. Про виявлення у хворого заборонених предметів вона повинна негайно повідомити лікаря.

### **Старша медсестра приймального відділення**

Старша медсестра зобов'язана:

1. Складати графіки роботи середнього і молодшого медперсоналу відділення і давати його на затвердження завідувачу відділення.

2. Забезпечувати заміну медичних сестер і санітарок, які не вийшли на роботу.

3. Проводити інструктаж із медичними санітарами, які вперше прийшли на роботу, щодо їх посадових обов'язків.

4. Систематично забезпечувати відділення медикаментами, предметами догляду за хворими, медичним інструментарієм, дезінфікуючими розчинами, стерильними пробірками для крові.

5. Вести облік і дотримувати правил зберігання наркотиків, спирту і сильнодіючих медикаментів.

6. Систематично поповнювати і перевіряти “посиндромні укладки”, своєчасно проводити заміну прострочених медикаментів.

7. Забезпечувати санітарно-протиепідемічний режим у відділенні (вологе прибирання відділення з використанням дезінфікуючих розчинів, маркірування посуду і господарського інвентарю тощо).

8. Контролювати роботу середнього і молодшого медперсоналу, дотримання ним трудової дисципліни.
9. Забезпечувати зберігання майна.
10. Щоденно бути присутньою при передачі чергувань медсестрами і санітарками.
11. Готувати довідки, витяги з журналів реєстрації приймання амбулаторних хворих на вимогу міліції й різних підприємств (на основі запису лікаря) відповідно до встановленого порядку.
12. Систематично працювати над підвищенням своєї кваліфікації.

### **Медсестра приймального відділення**

Медсестра приймального відділення зобов'язана:

1. Готувати робоче місце, одержувати від старшої медсестри всі необхідні медикаменти для маніпуляційного кабінету.
2. Ознайомитися з направленням хворого і супроводжувати його в кабінет чергового лікаря.
3. Усім госпіталізованим хворим, вимірювати температуру тіла, заповнювати паспортну частину в медичній карті стаціонарного хворого, оглядати всіх хворих для виявлення педикульозу.
4. Виконувати призначення лікаря.
5. За вказівкою лікаря викликати консультантів і лаборантів у приймальне відділення.
6. У разі невиконання ургентних консультацій повідомити про це чергового лікаря приймального відділення, щоб він вжив відповідних заходів.
7. Своєчасно передавати телефонограми у відділення міліції, активні виклики – в поліклініку міста, екстрені повідомлення про інфекційні захворювання – в санепідстанцію.
8. Вміти правильно надати невідкладну долікарську допомогу, в тому числі реанімаційну.
9. Проводити забір сечі, блювотних мас і промивних вод для лабораторного дослідження.
10. Ознайомлювати молодший медперсонал із вимогами щодо прибирання маніпуляційного кабінету, приготування матеріалу для стерилізації, чистки інструментів і санітарної обробки хворих.
11. Чітко вести всю документацію відділення.
12. Організувати санітарну обробку хворих, а при необхідності – дезінфекцію їх речей.

### **Медсестра кабінету фізіотерапевтичного відділення та водолікувальниці**

Медсестра зобов'язана:

1. Перед початком роботи перевірити справність апаратури та її заземлення.
2. При виявленні несправності не проводити процедур, а записати в контрольно-технічний журнал і доповісти завідувачу відділення.
3. Госпіталізованого хворого ознайомити з прийманням водолікувальних процедур і поведінкою під час лікування.
4. Процедури проводити за призначенням лікаря з вказаними дозуванням і температурою води від 9.00 до 15.00 год.
5. З 15.00 до 16.00 подати заявку старшій медичній сестрі на придбання потрібних медикаментів. Скласти звіт за робочий день.
6. Після закінчення роботи перевірити, чи виключені крани, і вентиляцію.

### **Старша медична сестра консультативного відділення**

1. Старша медична сестра відділення підпорядковується завідувачу відділення.
2. Старшій медичній сестрі безпосередньо підпорядкований середній та молодший медичний персонал консультативного відділення.
3. Старша медична сестра відділення виконує такі функції:
  - контролює роботу медичних сестер відділення, негайно ліквідує виявлені недоліки, проводить систематичний інструктаж сестер і санітарок;
  - систематично перевіряє виконання медичними сестрами призначень лікарів, санітарний стан кабінетів, коридору, інших приміщень;
  - узгодивши із завідувачем відділення, розробляє графік роботи середнього та молодшого медичного персоналу і подає його на затвердження головному лікарю чи заміснику з лікувальної роботи;
  - забезпечує своєчасну заміну медичних сестер чи санітарок, які з будь-яких причин не вийшли на роботу;
  - організовує роботу щодо проведення профоглядів лікарями-спеціалістами;
  - щоденно контролює своєчасне отримання консультацій;
  - веде облік проведених консультацій;
  - забезпечує своєчасне отримання ліків, стерильних розчинів, очних крапель згідно з призначеними процедурами, контролює їх розподіл;
  - систематично перевіряє шафи з медикаментами і забезпечує збереження всіх медикаментів згідно з діючими інструкціями;
  - систематично перевіряє і забезпечує лікарів-спеціалістів стерильним перев'язувальним матеріалом і медичним інструментарієм.
4. Старша медична сестра консультативного відділення відповідає за роботу середнього та молодшого медичного персоналу:
  - організацію роботи консультативного відділення;
  - своєчасну консультацію хворих;
  - санітарно-гігієнічний стан відділення;
  - зберігання медикаментів, медичного інструментарію, апаратури;
  - наявність стерильного перев'язувального матеріалу і медичного інструментарію.

### **Медсестра соціальної допомоги**

1. Медсестра соціальної допомоги підпорядковується у своїй роботі завідувачу поліклініки.
2. За дорученням лікаря збирає дані про хворого, оформляє документи в різні установи, ознайомлюється з житлово-побутовими умовами хворого.
3. Контролює, щоб не були порушені інтереси хворого, який знаходиться під опікою.
4. Залагоджує житлові, сімейні, службові конфлікти.
5. Бере участь у працевлаштуванні хворого, допомагає в одержанні пенсії, у влаштуванні дітей хворого в дитячий садок тощо.
6. Дає поради соціально-побутового характеру хворому і його рідним.
7. Встановлює контакт із хворим, корегує його можливу неправильну (асоціальну та дезадаптуючу) поведінку.
8. Здійснює динамічний нагляд за хворим за вказівкою дільничного психіатра, забезпечує його явку до лікаря.

9. Підтримує тісний зв'язок із МСЕК.
10. Виступає в суді на захист прав хворого.
11. Підшукує опікуна, старанно його перевіряє, стежить за правильним доглядом хворого опікуном.
12. Бере активну участь у патронажі хворих, відвідує їх один раз а місяць.

### **Обов'язки відповідальної чергової медсестри (пост 1)**

1. Приймає і передає зміну (кількість хворих, ключі, стан хворих, які знаходяться на посиленому режимі, тяжкохворих, хто з хворих не їв, погано спав тощо), передає інструментарій та медикаменти.
2. Доповідає на п'ятихвилинці про зміни, які відбулися протягом чергування.
3. Бере участь в обході лікарів.
4. Проводить консультації (терапевта, окуліста, невропатолога, нейрохірурга, стоматолога, рентген-, фізкабінет, водні процедури).
5. Стежить за чистотою у відділенні.
6. Приймає і виписує хворих.
7. Бере участь у роздаванні медикаментів.
8. Заповнює шафу чергової медсестри лікарськими засобами і необхідним інвентарем (грілки, термометр, клізми, бинти тощо).
9. Переглядає з хворими телепередачі, проводить культтерапію (бесіди, бібліотека, вишивання, в'язання тощо).
10. Розподіляє санітарок по постах (1, 2, 3).
11. Виконує всі маніпуляції, призначені лікарем (які не робить маніпуляційна сестра).
12. Вводить вранці інсулін.

### **Обов'язки другої чергової медсестри (пост 2)**

1. Проводить консультації хворих поза лікарнею.
2. Складає списки хворих на працетерапію в трудові майстерні, допомагає працюючому інструктору зібрати хворих.
3. Відповідає за хворих, які йдуть на харчоблок або на інші роботи.
4. Стежить за чистотою у відділенні.
5. Супроводжує на прогулянки хворих.
6. Годує хворих.
7. Присутня при відвідуванні хворих.
8. Розфасовує медикаменти родичами.
9. Транспортуює хворих у заміську лікарню.
10. Стежить за тим, щоб правильно відправити аналізи в лабораторію.

### **Графік роботи чергової медсестри вдень**

- 8.45-9.00 – приймання чергування у відділенні, знайомство з щойно госпіталізованими хворими.
- 9.00-9.10 – оперативні збори в завідувача відділення.
- 9.10-10.00 – обхід у відділенні.
- 10.00-10.30 – підготовка хворих і відправлення з відділення в ЛВМ.

- 10.30-11.30 – перев’язки хворих, нагляд, участь у їх годуванні (перший сніданок).
- 11.30-12.00 – виконання хворим ін’єкцій (антидепресанти).
- 12.00-13.00 – нагляд за хворими, за їх психічним станом.
- 13.00-13.30 – роздавання медикаментів.
- 13.30-14.00 – бесіда з хворими.
- 14.00-14.45 – обід.
- 14.45-15.00 – виконання ін’єкцій (нейролептики).
- 15.00-17.00 – сонна година для хворих, оформлення медсестринської документації.
- 17.00-18.00 – вимірювання температури, тіла й артеріального тиску, роздавання ліків.
- 18.00-18.30 – вечеря.
- 18.30-19.00 – виконання призначень (нейролептики).
- 19.00-20.50 – описування хворих, здавання чергування.

### **Графік роботи чергової медсестри вночі**

- 19.50-20.00 – приймання чергування у відділенні.
  - 20.00-20.30 – знайомство з госпіталізованими хворими.
  - 20.30-21.00 – бесіди з хворими, роздавання кефіру.
  - 21.00-22.00 – роздавання медикаментів на ніч, ін’єкції, гірчичники, банки й інші процедури.
  - 22.00-24.00 – розфасування медикаментів на наступний день.
  - 24.00-1.00 – прибирання медикаментозної шафи і ящиків із медикаментами.
  - 1.00-2.00 – робота з документацією.
  - 2.00-3.00 – приклеювання аналізів до історії хвороби пацієнта.
  - 3.00-5.00 – нагляд за хворими.
  - 5.00-6.00 – описування хворих у журналі нагляду.
  - 6.00-7.00 – ін’єкції антибіотиків, сульфаніламідів та інших препаратів.
  - 7.00-7.10 – ін’єкції інсуліну.
  - 7.10-7.30 – ранкова гімнастика.
  - 7.30-8.00 – роздавання медикаментів.
  - 8.00-8.30 – ін’єкції нейролептиків.
  - 8.30-9.00 – вимірювання тиску, сніданок, здавання зміни.
- Відповідальна чергова медсестра розподіляє молодший медперсонал по постах.

### **Приблизний перелік обов’язків молодшого медпрацівника на постах**

#### ***Санітарний пост 1***

1. Бере участь у лікарняному обході хворих, які перебувають у палаті посиленого режиму.
2. Стежить за хворими посиленого спостереження, суїцидальними, експертними хворими, хворими із судомними нападами й інформує про їх поведінку чергову медсестру.
3. Стежить за чистотою і зовнішнім виглядом хворих палати постійного спостереження.
4. Перевіряє стан ліжка, одягу хворих на наявність небезпечних предметів.
5. Допомогає медсестрі при виведенні хворих з інсулінового шоку, годує їх.
6. Стежить за вживання їжі хворими палати постійного спостереження.
7. Відповідає за те, щоб підсобні приміщення на посту 1 були закриті на ключ, який повинен знаходитись у неї.
8. З поста 1 санітарка не має права відлучатися.

### ***Санітарний пост 2***

1. Приймання поста (перевірка санітарного стану палат, кімнати побачень, коридору, службових приміщень, приймання і передача ключів від вхідних дверей, ванни, санітарної кімнати).

2. Добре знати хворих, які мають вільний вихід із відділень і які знаходяться на посиленому режимі.

3. Відповідає за вхідні двері (відкриває і закриває).

4. Стежить за поведінкою хворих у коридорі й кімнаті побачень і про неправильну поведінку інформує чергову медсестру.

5. Приймає передачі від родичів хворих і перевіряє їх на наявність недозволених у психіатричному відділенні речей.

6. Контролює поведінку хворих на побаченні з родичами.

7. Відповідає за чистоту в кімнаті побачень, коридорі, ненаглядових палатах.

### ***Санітарний пост 3***

1. Відповідає за підготовку посуду для аналізів.

2. Забір і відправлення аналізів у лабораторію.

3. Здавання і приймання білизни сестрі-господині.

4. Приймання і виписування хворих.

5. У банні дні допомагає банщиці.

6. Бере участь у проведенні консультацій хворим.

7. Відповідає за те, щоб підсобні приміщення на посту 3 були закриті на ключ, який зберігає в себе.



**МІЖНАРОДНА СТАТИСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ  
10-ГО ПЕРЕГЛЯДУ  
(ВООЗ, 1994)**

**F 00-F 09 Органічні та симптоматичні психічні розлади**

- F 00 Деменція при хворобі Альцгеймера
- F 00.0 Деменція при хворобі Альцгеймера з раннім початком
- F 00.1 Деменція при хворобі Альцгеймера з пізнім початком
- F 00.2 Деменція при хворобі Альцгеймера атипична або змішана
- F 00.9 Неуточнена деменція при хворобі Альцгеймера

**F 01 Судинна деменція**

- F 01.0 Судинна деменція з гострим початком
- F 01.1 Багатогнищова судинна деменція
- F 01.2 Підкіркова судинна деменція
- F 01.3 Змішана кіркова та підкіркова судинна деменція
- F 01.4 Інша судинна деменція
- F 01.5 Неуточнена судинна деменція

**F 02 Деменція при інших захворюваннях, що класифіковані в інших розділах**

- F 02.0 Деменція при хворобі Піка
- F 02.1 Деменція при хворобі Крейцфельдта-Якоба
- F 02.2 Деменція при хворобі Гентінгтона
- F 02.3 Деменція при хворобі Паркінсона
- F 02.4 Деменція при хворобі, зумовленій вірусом імунодефіциту людини
- F 02.8 Деменція при інших захворюваннях, що класифіковані в інших розділах

**F 03 Неуточнена деменція**

5-й знак може додаватися для уточнення варіантів деменцій F 00-F 03:

- F xx.0 Без додаткових симптомів
- F xx.1 Інші симптоми, переважно маячні
- F xx.2 Інші симптоми, переважно галюцинаторні
- F xx.3 Інші симптоми, переважно депресивні
- F xx.4 Змішані симптоми

6-й знак може додаватися для уточнення ступеня деменції:

- .xx0 Легка
- .xx1 Помірна
- .xx2 Виражена

**F 04 Органічний амнестичний синдром, не викликаний алкоголем та іншими психоактивними речовинами**

**F 05 Делірій, не викликаний алкоголем та іншими психоактивними речовинами**

- F 05.0 Делірій без деменції

F 05.1 Делірій, який виникає на тлі деменції

F 05.8 Інші типи делірію

F 05.9 Неуточнений делірій

**F 06 Інші психічні розлади, спричинені ураженням головного мозку і його дисфункцією або соматичним захворюванням**

F 06.0 Органічний галюциноз

F 06.1 Органічний кататонічний розлад

F 06.2 Органічний маячний (шизофреноподібний) розлад

F 06.3 Органічні розлади настрою (афективні)

F 06.30 Органічний маніакальний розлад

F 06.31 Органічний біполярний афективний розлад

F 06.32 Органічний депресивний розлад

F 06.33 Органічний змішаний афективний розлад

F 06.4 Органічний тривожний розлад

F 06.5 Органічний дисоціативний розлад

F 06.6 Органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад

F 06.7 Легкий когнитивний розлад

.70 Без зв'язку із соматичним захворюванням

.71 Пов'язаний із соматичним захворюванням

F 06.8 Інші уточнені психічні розлади внаслідок ураження головного мозку і його дисфункції або соматичного захворювання

F 06.9 Неуточнені психічні розлади внаслідок ураження головного мозку і його дисфункції або соматичного захворювання

**F 07 Розлади особистості й поведінки, спричинені ураженням головного мозку і його дисфункцією або соматичним захворюванням**

07.0 Органічний розлад особистості

07.1 Постенцефалітичний синдром

07.2 Посткомоційний синдром

07.8 Інші розлади особистості й поведінки, спричинені ураженням головного мозку і його дисфункцією або соматичним захворюванням

07.9 Неуточнені розлади особистості й поведінки, спричинені ураженням головного мозку і його дисфункцією або соматичним захворюванням

**F 09 Неуточнений органічний або симптоматичний психічний розлад**

**F 10-F 19 Психічні та поведінкові розлади, спричинені прийманням психоактивних речовин**

**F 10 Психічні та поведінкові розлади, спричинені прийманням алкоголю**

**F 11 Психічні та поведінкові розлади, спричинені прийманням опіатів**

**F 12 Психічні та поведінкові розлади, спричинені прийманням коноплі та її похідних**

**F 13 Психічні та поведінкові розлади, спричинені прийманням седативних та снодійних середників**

**F 14 Психічні та поведінкові розлади, спричинені прийманням кокаїну**

- F 15 Психічні та поведінкові розлади, спричинені прийманням інших стимуляторів (у тому числі кофеїну)**
- F 16 Психічні та поведінкові розлади, спричинені прийманням галюциногенних субстанцій**
- F 17 Психічні та поведінкові розлади, спричинені тютюнокурінням**
- F 18 Психічні та поведінкові розлади, спричинені прийманням летких розчинників**
- F 19 Психічні та поведінкові розлади, спричинені прийманням комбінованих, а також невизначених речовин**
  - 4 або 5-й знак використовується для уточнення клінічного стану:
- F 1x.0 Гостра інтоксикація**
  - .00 Неускладнена
  - .01 З травмою або іншим тілесним ушкодженням
  - .02 З іншими медичними ускладненнями
  - .03 З делірієм
  - .04 З розладами сприйняття
  - .05 З комою
  - .06 Із судомами
  - .07 Патологічне сп'яніння
- F 1x.1 Приймання з ускладненнями**
- F 1x.2 Синдром залежності**
  - .20 На даний час утримання
  - .200 Початок ремісії
  - .201 Часткова ремісія
  - .202 Повна ремісія
  - .21 На даний час утримання, але в умовах, що виключають приймання
  - .22 На даний час утримання під медичним наглядом або в режимі замісної терапії
  - .23 На даний час утримання під час лікування препаратами, що викликають відразу або блокують потяг
  - .24 На даний час приймання речовини (активна залежність)
  - .25 Безперервне приймання
  - .26 Епізодичне приймання (дипсоманія)
- F 1x.3 Стан відміни**
  - .30 Без судом
  - .31 Із судомами
- F 1x.4 Стан відміни з делірієм**
  - .40 Без судом
  - .41 Із судомами
- F 1x.5 Психотичний розлад**
  - .50 Шизофреноподібний
  - .51 Переважно маячний
  - .52 Переважно галюцинаторний
  - .53 Переважно поліморфний

- .54 Переважно з депресивними симптомами
- .55 Переважно з маніакальними симптомами
- .56 Змішаний

#### **F 1x.6 Амнестичний синдром**

#### **F 1x.7 Резидуальний і пізній психотичний розлад**

- .70 Епізодичні виникнення стану, який раніше розвивався при прийманні наркотику
- .71 Розлад особистості або поведінки
- .72 Резидуальний афективний розлад
- .73 Деменція
- .74 Інший стійкий когнитивний розлад
- .75 Пізній психотичний розлад
- F 1x.8 Інші психічні та поведінкові розлади
- F 1x.9 Неуточнений психічний або поведінковий розлад

### **F 20-F 29 Шизофренія, шизотипні й маячні розлади**

#### **F 20 Шизофренія**

- F 20.0 Параноїдна шизофренія
- F 20.1 Гебефренічна шизофренія
- F 20.2 Кататонічна шизофренія
- F 20.3 Недиференційована шизофренія
- F 20.4 Постшизофренічна депресія
- F 20.5 Резидуальна шизофренія
- F 20.6 Проста шизофренія
- F 20.8 Інша шизофренія
- F 20.9 Неуточнена шизофренія
- 5-й знак може додаватися для класифікації перебігу:
- F 20.x0 Безперервний
- F 20.x1 Періодичний із наростанням дефекту
- F 20.x2 Періодичний із стабільним дефектом
- F 20.x3 Періодичний ремісивний
- F 20.x4 Неповна ремісія
- F 20.x5 Повна ремісія
- F 20.x8 Інший
- F 20.x9 Перебіг не визначений (термін спостереження – менше 1 року)

#### **F 21 Шизотипний розлад**

- F 22 Хронічні маячні розлади
- F 22.0 Маячний розлад
- F 22.8 Інші хронічні маячні розлади
- F 22.9 Неуточнений хронічний маячний розлад

#### **F 23 Гострі та транзиторні психотичні розлади**

- F 23.0 Гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії
- F 23.1 Гострий поліморфний психотичний розлад із симптомами шизофренії
- F 23.2 Гострий шизофреноподібний психотичний розлад
- F 23.3 Інший гострий, переважно маячний, психотичний розлад
- F 23.8 Інші гострі та транзиторні психотичні розлади

- F 23.9 Неуточнений гострий і транзиторний психотичний розлад
- 5-й знак може додаватися для позначення зв'язку з гострим стресом:
- F 23.x0 Без зв'язку з гострим стресом
- F 23.x1 Із зв'язком з гострим стресом

#### **F 24 Індукований маячний розлад**

#### **F 25 Шизоафективні розлади**

- F 25.0 Шизоафективний розлад, маніакальний тип
- F 25.1 Шизоафективний розлад, депресивний тип
- F 25.2 Шизоафективний розлад, змішаний тип
- F 25.8 Інші шизоафективні розлади
- F 25.9 Неуточнений шизоафективний розлад
- 5-й знак може додаватися для класифікації таких підтипів:
  - .x0 Наявність одночасно афективної і шизофренічної симптоматики
  - .x1 Наявність одночасно афективної і шизофренічної симптоматики при більшій тривалості існування шизофренічних симптомів

#### **F 28 Інші неорганічні психотичні розлади**

#### **F 29 Неуточнені неорганічні психози**

### **F 30-F39 Розлади настрою (афективні)**

#### **F 30 Маніакальний епізод**

- F 30.0 Гіпоманія
- F 30.1 Манія без психотичних симптомів
- F 30.2 Манія з психотичними симптомами
  - .x0 Настрій відповідає психотичним симптомам
  - .x1 Настрій не відповідає психотичним симптомам
- F 30.8 Інші маніакальні епізоди
- F 30.9 Неуточнений маніакальний епізод

#### **F 31 Біполярний афективний розлад**

- F 31.0 Біполярний афективний розлад, поточний гіпоманіакальний епізод
- F 31.1 Біполярний афективний розлад, поточний маніакальний епізод без психотичних симптомів
- F 31.2 Біполярний афективний розлад, поточний маніакальний епізод із психотичними симптомами
  - .x0 Настрій відповідає психотичним симптомам
  - .x1 Настрій не відповідає психотичним симптомам
- F 31.3 Біполярний афективний розлад, поточний епізод легко або помірно вираженої депресії
  - .30 Без соматичного синдрому
  - .31 Із соматичним синдромом
- F 31.4 Біполярний афективний розлад, поточний епізод важкої депресії без психотичних симптомів
- F 31.5 Біполярний афективний розлад, поточний епізод важкої депресії із психотичними симптомами
  - .x0 Настрій відповідає психотичним симптомам

- .x1 Настрій не відповідає психотичним симптомам
- F 31.6 Біполярний афективний розлад, змішаний поточний епізод
- F 31.7 Біполярний афективний розлад, стан ремісії
- F 31.8 Інші біполярні афективні розлади
- F 31.9 Неуточнений біполярний афективний розлад

### **F 32 Депресивний епізод**

- F 32.0 Легкий депресивний епізод
  - .00 Без соматичного синдрому
  - .01 Із соматичним синдромом
- F 32.1 Помірно виражений депресивний епізод
  - .10 Без соматичного синдрому
  - .11 Із соматичним синдромом
- F 32.2 Важкий депресивний епізод без психотичних симптомів
- F 32.3 Важкий депресивний епізод із психотичними симптомами
  - .x0 Настрій відповідає психотичним симптомам
  - .x1 Настрій не відповідає психотичним симптомам
- F 32.8 Інші депресивні епізоди
- F 32.9 Неуточнений депресивний епізод

### **F 33 Рекурентний депресивний розлад**

- F 33.0 Рекурентний депресивний розлад, легкий поточний епізод
  - .00 Без соматичного синдрому
  - .01 Із соматичним синдромом
- F 33.1 Рекурентний депресивний розлад, помірний поточний епізод
  - .00 Без соматичного синдрому
  - .01 Із соматичним синдромом
- F 33.2 Рекурентний депресивний розлад, важкий поточний епізод без психотичних симптомів
- F 33.3 Рекурентний депресивний розлад, важкий поточний епізод із психотичними симптомами
  - .x0 Настрій відповідає психотичним симптомам
  - .x1 Настрій не відповідає психотичним симптомам
- F 33.4 Рекурентний депресивний розлад, стан ремісії
- F 33.8 Інші рекурентні депресивні розлади
- F 33.9 Неуточнений рекурентний депресивний розлад

### **F 34 Постійні розлади настрою (афективні)**

- F 34.0 Циклотимія
- F 34.1 Дистимія
- F 34.8 Інші хронічні розлади настрою (афективні)
- F 34.9 Неуточнений хронічний розлад настрою (афективний)

### **F 38 Інші розлади настрою (афективні)**

- F 38.0 Інші поодинокі розлади настрою (афективні)
  - .00 Змішаний афективний епізод
- F 38 Інші рекурентні розлади настрою (афективні)
  - .10 Рекурентний короточасний депресивний епізод
- F 38.0 Інші уточнені розлади настрою (афективні)

### **F 39 Неуточнені розлади настрою (афективні)**

**F 40-F 48 Невротичні і розлади, пов'язані із стресом, і соматоформні розлади**

**F 40 Фобічні тривожні розлади**

- F 40.0 Агорафобія
  - .00 Без панічного розладу
  - .01 З панічним розладом
- F 40.1 Соціальні фобії
- F 40.2 Специфічні (ізолювані) фобії
- F 40.8 Інші фобічні тривожні розлади
- F 40.9 Неуточнений фобічний тривожний розлад

**F 41 Інші тривожні розлади**

- F 41.0 Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога)
  - .00 Помірна
  - .01 Значна
- F 41.1 Генералізований тривожний розлад
- F 41.2 Змішаний тривожно-депресивний розлад
- F 41.3 Інші змішані тривожні розлади
- F 41.8 Інші уточнені тривожні розлади
- F 41.9 Неуточнений тривожний розлад

**F 42 Обсесивно-компульсивні розлади**

- F 42.0 Розлад з переважанням обсесивних ідей чи роздумів
- F 42.1 Розлад з переважанням настирливих дій (обсесивні ритуали)
- F 42.2 Obsесивні думки та вчинки
- F 42.8 Інші обсесивно-компульсивні розлади
- F 42.9 Неуточнений обсесивно-компульсивний розлад

**F 43 Реакція на важкий стрес і розлади пристосування**

- F 43.0 Гостра реакція на стрес
  - .00 Незначна
  - .01 Помірна
  - .02 Значна
- F 43.1 Посттравматичний стресовий розлад
- F 43.2 Розлади адаптації
  - .20 Короткочасна депресивна реакція
  - .21 Затяжна депресивна реакція
  - .22 Змішана тривожно-депресивна реакція
  - .23 З переважанням розладів інших емоцій
  - .24 З переважанням розладів поведінки
  - .25 Із змішаними розладами поведінки та емоцій
  - .26 З іншими уточненими розладами, що переважають
- F 43.8 Інші реакції на важкий стрес
- F 43.9 Неуточнена реакція на важкий стрес

**F 44 Дисоціативні (конверсійні) розлади**

- F 44.0 Дисоціативна амнезія
- F 44.1 Дисоціативна фуга
- F 44.2 Дисоціативний ступор

- F 44.3 Транс і стан одержимості
- F 44.4 Дисоціативні рухові розлади
- F 44.5 Дисоціативні судоми
- F 44.6 Дисоціативна анестезія та втрата відчуттів
- F 44.7 Змішані дисоціативні (конверсійні) розлади
- F 44.8 Інші дисоціативні (конверсійні) розлади
- .80 Синдром Ганзера
- .81 Множинний розлад особистості
- .82 Транзиторні дисоціативні (конверсійні) розлади в дітей та підлітків
- .83 Інші уточнені дисоціативні (конверсійні) розлади
- F 44.9 Неуточнений дисоціативний (конверсійний) розлад

#### **F 45 Соматоформні розлади**

- F 45.0 Соматизований розлад
- F 45.1 Недиференційований соматоформний розлад
- F 45.2 Іпохондричний розлад
- F 45.3 Автономні соматоформні розлади (дисфункції)
  - .30 Серцево-судинної системи
  - .31 Верхніх відділів шлунково-кишкового тракту
  - .32 Нижніх відділів шлунково-кишкового тракту
  - .33 Дихальної системи
  - .34 Сечостатевої системи
  - .38 Іншого органа чи системи
- F 45.4 Хронічний психогенний больовий розлад
- F 45.8 Інші соматоформні розлади
- F 45.9 Неуточнений соматоформний розлад

#### **F 48 Інші невротичні розлади**

- F 48.0 Неврастенія
- F 48.1 Синдром деперсоналізації-дереалізації
- F 48.8 Інші уточнені невротичні розлади
- F 48.9 Неуточнений невротичний розлад

#### **F 50-F 59 Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і соматичними факторами**

##### **F 50 Розлади, пов'язані з прийманням їжі**

- F 50.0 Нервова анорексія
- F 50.1 Атипова нервова анорексія
- F 50.2 Нервова булімія
- F 50.3 Атипова нервова булімія
- F 50.4 Переїдання, пов'язане з іншими психологічними факторами
- F 50.5 Блювання, пов'язане з прийманням їжі
- F 50.8 Інші розлади, пов'язані з прийманням їжі
- F 50.9 Неуточнені розлади, пов'язані з прийманням їжі

##### **F 51 Порушення сну неорганічного походження**

- F 51.0 Неорганічне безсоння
- F 51.1 Неорганічна гіперсомнія



- F 51.2 Неорганічне порушення ритму сну і неспання
- F 51.3 Сомнамбулізм (сноходіння)
- F 51.4 Нічні страхи
- F 51.5 Кошмарні сновидіння
- F 51.8 Інші порушення сну неорганічного походження
- F 51.9 Неуточнене порушення сну неорганічного походження

**F 52 Статева дисфункція, не викликана органічним розладом чи соматичним захворюванням**

- F 52.0 Недостатність або втрата статевого потягу
- F 52.1 Статева відраза або відсутність статевого задоволення
  - .10 Статева відраза
  - .11 Відсутність статевого задоволення
- F 52.2 Недостатня генітальна реакція
- F 52.3 Розлади оргазму
- F 52.4 Передчасна еякуляція
- F 52.5 Вагінізм неорганічного походження
- F 52.6 Диспарейнія неорганічного походження
- F 52.7 Надмірний статевий потяг
- F 52.8 Інша статева дисфункція, не викликана органічним розладом чи соматичним захворюванням
- F 52.9 Неуточнена статева дисфункція, не викликана органічним розладом чи соматичним захворюванням

**F 53 Психічні та поведінкові розлади, пов'язані з післяпологовим періодом, не класифіковані в інших розділах**

- F 53.0 Легкі психічні та поведінкові розлади, пов'язані з післяпологовим періодом, не класифіковані в інших розділах
- F 53.1 Важкі психічні та поведінкові розлади, пов'язані з післяпологовим періодом, не класифіковані в інших розділах
- F 53.8 Інші психічні та поведінкові розлади, пов'язані з післяпологовим періодом, не класифіковані в інших розділах
- F 53.9 Неуточнений післяпологовий психічний розлад

**F 54 Психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з розладами або захворюваннями, класифікованими в інших розділах**

- F 55 Зловживання речовинами, які не викликають залежності
- F 55.0 Антидепресантами
- F 55.1 Проносими
- F 55.2 Аналгетиками
- F 55.3 Препаратами, що знижують кислотність
- F 55.4 Вітамінами
- F 55.5 Стероїдами і гормонами
- F 55.6 Травами та засобами народної медицини
- F 55.8 Іншими речовинами, які не викликають залежності
- F 55.9 Неуточненими

**F 59 Неуточнені поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними розладами і соматичними факторами**

## **F 60-F 69 Розлади особистості й поведінки в дорослих**

- F 60 Специфічні розлади особистості
- F 60.0 Паранояльний розлад особистості
- F 60.1 Шизоїдний розлад особистості
- F 60.2 Дисоціальний розлад особистості
- F 60.3 Розлади особистості за типом емоційно нестійкої
  - .30 Імпульсивний тип
  - .31 Пограничний тип
- F 60.4 Істеричний розлад особистості
- F 60.5 Ананкастичний розлад особистості
- F 60.6 Тривожний (уникаючий) розлад особистості
- F 60.7 Залежний розлад особистості
- F 60.8 Інші специфічні розлади особистості
- F 60.9 Неуточнений розлад особистості

### **F 61 Змішані та інші розлади особистості**

- F 61.0 Змішані розлади особистості
- F 61.1 Інші зміни особистості

### **F 62 Стійкі зміни особистості, не пов'язані з ушкодженням чи захворюванням головного мозку**

- F 62.1 Стійка зміна особистості після катастрофи
- F 62.2 Стійка зміна особистості після психічної хвороби
- F 62.8 Інші стійкі зміни особистості
- F 62.9 Неуточнені стійкі зміни особистості

### **F 63 Розлади звичок і спонукань**

- F 63.0 Патологічна схильність до азартних ігор
- F 63.1 Патологічна схильність до підпалювання (піроманія)
- F 63.2 Патологічна схильність до крадіжок (клептоманія)
- F 63.3 Трихотиломанія
- F 63.8 Інші розлади звичок і спонукань
- F 63.9 Неуточнені розлади звичок і спонукань

### **F 64 Розлади статевої ідентифікації**

- F 64.0 Транссексуалізм
- F 64.1 Трансвестизм з подвійною роллю
- F 64.2 Розлади статевої ідентифікації в дітей
- F 64.8 Інші розлади статевої ідентифікації
- F 64.9 Неуточнені розлади статевої ідентифікації

### **F 65 Розлади статевої переваги**

- F 65.0 Фетишизм
- F 65.1 Фетишистський трансвестизм
- F 65.2 Ексігібіціонізм
- F 65.3 Вуайеризм
- F 65.4 Педофілія
- F 65.5 Садомазохізм
- F 65.8 Складні розлади статевої переваги
- F 65.9 Неуточнена розлади статевої переваги

**F 66 Психологічні й поведінкові розлади, пов'язані із статевим розвитком та орієнтацією**

- F 66.0 Розлади статевого дозрівання
  - F 66.1 Статева орієнтація, що не задовольняє індивіда (егодистонічна)
  - F 66.2 Розлад статевих відносин
  - F 66.3 Інші розлади психосексуального розвитку
  - F 66.4 Неуточнені розлади психосексуального розвитку
- 5-й знак може застосовуватися для позначення зв'язку з:
- .x0 Гетеросексуальністю
  - .x1 Гомосексуальністю
  - .x2 Бісексуальністю
  - .x8 Іншими, в тому числі препубертатними

**F 68 Інші розлади особистості й поведінки в дорослих**

- F 68.0 Тлумачення соматичних симптомів психологічними причинами
- F 68.1 Навмисне викликання або зображення симптомів фізичної чи соматичної неспроможності (симулятивний розлад)
- F 68.2 Інші уточнені розлади особистості й поведінки в дорослих

**F 69 Неуточнені розлади особистості й поведінки в дорослих**

**F 70-F 79 Розумова відсталість**

**F 70 Легка розумова відсталість**

**F 71 Помірна розумова відсталість**

**F 72 Значна розумова відсталість**

**F 73 Глибока розумова відсталість**

**F 78 Інша розумова відсталість**

**F 79 Неуточнена розумова відсталість**

5-й знак може використовуватися для уточнення ступеня змін поведінки, які супроводжують розумову відсталість:

- F 7x.0 Відсутність або мінімальний ступінь змін поведінки
- F 7x.1 Значні зміни поведінки, що вимагають нагляду або лікування
- F 7x.8 Інші зміни поведінки
- F 7x.9 Без вказання змін поведінки

**F 80-F 89 Розлади психічного (психологічного) розвитку**

**F 80 Специфічні розлади розвитку мови і мовлення**

- F 80.0 Специфічні розлади артикуляції
- F 80.1 Розлади експресивності мови
- F 80.2 Розлади розуміння мови
- F 80.3 Набута афазія з епілепсією (синдром Ландау-Клеффнера)
- F 80.8 Інші розлади розвитку мови і мовлення
- F 80.9 Неуточнені розлади розвитку мови і мовлення

**F 81 Специфічні розлади розвитку шкільних навичок**

- F 81.0 Специфічні розлади орфографії
- F 81.2 Специфічні розлади арифметичних навичок
- F 81.3 Змішані розлади шкільних навичок
- F 81.8 Інші розлади шкільних навичок
- F 81.9 Неуточнені розлади шкільних навичок

**F 82 Специфічні розлади розвитку рухових функцій**

**F 83 Змішані специфічні розлади розвитку**

**F 84 Загальні розлади розвитку**

- F 84.0 Дитячий аутизм
- F 84.1 Атиповий аутизм
  - .10 Атиповість у віці маніфестації
  - .11 Атиповість у симптомах
  - .12 Атиповість як у віці маніфестації, так і в симптомах
- F 84.2 Синдром Ретта
- F 84.3 Інші дезінтегративні розлади дитячого віку
- F 84.4 Гіперактивний розлад, що супроводжується розумовою відсталістю і стереотипними рухами
- F 84.5 Синдром Аспергера
- F 84.8 Інші загальні розлади розвитку
- F 84.9 Неуточнені загальні розлади розвитку

**F 88 Інші розлади психічного (психологічного) розвитку**

**F 89 Неуточнений розлад психічного (психологічного) розвитку**

**F 90-F 98 Розлади поведінки та емоцій, які звичайно розпочинаються в дитячому та підлітковому віці**

**F 90 Гіперкінетичні розлади**

- F 90.0 Розлад активності й уваги
- F 90.1 Гіперкінетичний розлад поведінки
- F 90.8 Інші гіперкінетичні розлади
- F 90.9 Неуточнені гіперкінетичні розлади

**F 91 Розлади поведінки**

- F 91.0 Розлади поведінки, обмежені колом сім'ї
- F 91.1 Розлади поведінки з неправильним процесом соціалізації
- F 91.2 Розлади поведінки з правильним процесом соціалізації
- F 91.3 Опозиційно-девіантний розлад
- F 91.8 Інші розлади поведінки
- F 91.9 Неуточнені розлади поведінки

**F 92 Змішані розлади поведінки та емоцій**

- F 92.0 Депресивний розлад поведінки
- F 92.8 Інші змішані розлади поведінки та емоцій
- F 92.9 Неуточнені змішані розлади поведінки та емоцій

**F 93 Емоційні розлади з початком, специфічним для дитячого віку**

- F 93.0 Страх перед сепарацією в дитячому віці

- F 93.1 Тривожний розлад у вигляді фобії в дитячому віці
- F 93.2 Соціальний тривожний розлад у дитинстві
- F 93.3 Розлади, пов'язані із суперництвом у сім'ї
- F 93.8 Інші емоційні розлади з початком, специфічним для дитячого віку
- F 93.9 Неуточнені емоційні розлади дитячого віку

**F 94 Розлади соціального функціонування з початком, специфічним для дитячого та підліткового віку**

- F 94.0 Елективний мутизм
- F 94.1 Реактивні розлади прив'язаності в дитячому віці
- F 94.2 Розлади прив'язаності в дитячому віці
- F 94.8 Інші розлади соціального функціонування в дитячому віці
- F 94.9 Неуточнений розлад соціального функціонування в дитячому віці

**F 95 Тики**

- F 95.0 Транзиторні тики
- F 95.1 Хронічні моторні або вокальні тики
- F 95.2 Синдром вокальних та рухових тиків (синдром Жиля де ля Туретта)
- F 95.8 Інші тики
- F 95.9 Неуточнені тики

**F 98 Інші поведінкові та емоційні розлади з початком, специфічним для дитячого та підліткового віку**

- F 98.0 Неорганічний енурез
  - .00 Нічний енурез
  - .01 Денний енурез
  - .02 Нічний і денний енурез
- F 98.1 Неорганічний енкопрез
- F 98.2 Розлади, пов'язані з прийманням їжі, в немовлят і дітей
- F 98.3 Розлади, пов'язані з прийманням неїстівного, в немовлят і дітей
- F 98.4 Рухові стереотипії
- F 98.5 Заїкання (затинання)
- F 98.6 Мова із захлинанням
- F 98.8 Інші уточнені поведінкові та емоційні розлади з початком, специфічним для дитячого і підліткового віку
- F 98.9 Неуточнені поведінкові та емоційні розлади з початком, специфічним для дитячого і підліткового віку

**F 99 Неуточнений психічний розлад**

## Зміст

<b>СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ ПІДГОТОВКИ КВАЛІФІКОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ДЛЯ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ (О.С. Чабан)</b> .....	3
<b>ПСИХІАТРІЯ В СИСТЕМІ ЗАГАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ (О.С. Чабан, В.В. Дегтяр)</b> .....	8
<b>ІСТОРИЧНИЙ НАРИС РОЗВИТКУ ПСИХІАТРІЇ У СВІТІ ТА В УКРАЇНІ (О.С. Чабан, В.В. Дегтяр)</b> .....	10
<b>ПРОФЕСІЙНИЙ КОДЕКС МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ (О.С. Чабан)</b> .....	16
<b>ЗАГАЛЬНА ПСИХОПАТОЛОГІЯ</b> .....	19
Порушення сприймання (О.С. Чабан, В.В. Дегтяр) .....	19
Порушення мислення (О.С. Чабан, В.В. Дегтяр, Я.М. Несторович) .....	28
Порушення пам'яті та інтелекту (О.С. Чабан, В.В. Дегтяр, Я.М. Несторович) .....	34
Порушення емоцій (О.С. Чабан, В.В. Дегтяр) .....	38
Порушення вольової діяльності та уваги (О.С. Чабан, В.В. Дегтяр) .....	44
Порушення свідомості (О.С. Чабан, В.В. Дегтяр) .....	51
<b>СПЕЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ</b> .....	56
Соматогенні порушення психіки (В.Т. Яцук) .....	56
Функціональні розлади психіки .....	67
Невротичні психогенні реакції (О.С. Чабан) .....	67
Неврози (невротичні розлади) (О.С. Чабан) .....	70
Реактивні та постстресові психози (О.С. Чабан) .....	78
Психосоматичні захворювання (О.С. Чабан, В.В. Дегтяр) .....	81
Ендогенні психози .....	93
Маніакально-депресивний психоз (біполярний психотичний розлад) (В.В. Дегтяр, В.Т. Яцук) .....	93
Шизофренія (О.С. Чабан) .....	98
Епілептична хвороба (В.В. Дегтяр, В.Т. Яцук) .....	105
Інволюційні психози, що не призводять до слабоумства (В.В. Дегтяр, В.Т. Яцук) .....	113
Психози похилого і старечого віку, які призводять до слабоумства (В.Т. Яцук, Я.М. Несторович) .....	116
Аномалії розвитку особистості (О.С. Чабан, В.В. Дегтяр, С.В. Білоус, Я.М. Несторович) .....	118

Основи наркології .....	129
Просте алкогольне сп'яніння (С.В. Білоус) .....	129
Хронічний алкоголізм (С.В. Білоус) .....	130
Алкогольні психози (О.С. Чабан, С.В. Білоус) .....	132
Токсикоманії і наркоманії (О.С. Чабан, В.В. Дегтяр, С.В. Білоус) .....	138
<b>МЕДСЕСТРИНСЬКА ДІАГНОСТИКА І ДОПОМОГА .....</b>	<b>156</b>
Сучасна концепція сестринського діагнозу (О.С. Чабан) .....	156
Невідкладні стани в психіатрії і наркології. Типові (найважливіші) медсестринські діагнози. Основні принципи й алгоритми сестринської дороги (О.С. Чабан, В.В. Дегтяр) .....	161
Основні методи лікування психічних захворювань (О.С. Чабан, В.В. Дегтяр, Я.М. Несторович) .....	190
Побічна дія психотропних препаратів (Я.М. Несторович, В.В. Дегтяр, О.С. Чабан) .....	196
Методи загальнобіологічного впливу при лікуванні психічних захворювань (С.В. Білоус) .....	199
Основи сестринської психотерапії (О.С. Чабан) .....	204
Організація роботи середнього медперсоналу в прислужуванні хворих із психічними порушеннями в стаціонарі (О.С. Чабан, В.В. Дегтяр) ....	216
Госпіталізм. Роль медичної сестри в попередженні й подоланні госпіталізму серед психічнохворих (О.С. Чабан, В.В. Дегтяр, С.В. Білоус, Я.М. Несторович) .....	222
Основи психогігієни та психопрофілактики. Профілактика психічних захворювань (О.С. Чабан, В.Т. Яцук) .....	225
Агравация, стимуляція та десимуляція (О.С. Чабан, В.В. Дегтяр, В.Т. Яцук) .....	231
<b>ДОДАТКИ .....</b>	<b>232</b>
Додаток 1. Словник термінів, що застосовуються у психіатрії .....	232
Додаток 2. Положення та правила внутрішнього розпорядку працівників і службовців психіатричної (психоневрологічної) лікарні .....	235
Додаток 3. Посадові інструкції середнього медичного персоналу психіатричних та психоневрологічних лікарень .....	241
Додаток 4. Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) ..	249

## **МЕДСЕСТРИНСВОВПСИХІАТРІЇ**

Підручник

За редакцією

*д.м.н. Чабана Олега Созонтовича*

Літературний редактор *Віта Ситар*  
Науковий редактор *Ольга Усинська*  
Технічний редактор *Світлана Сисюк*  
Коректор *Леся Каткаєва*  
Комп'ютерна верстка *Галина Жмурко*  
Художнє оформлення обкладинки *Павло Кушик*

Підписано до друку 13.03.2001. Формат 70x100/16.  
Папір офсетний № 1. Гарнітура Times. Друк офсетний.  
Ум. друк. арк. 21,29. Обл.-вид. арк. 19,01. Наклад 3000. Зам. № 12.

Оригінал-макет підготовлений у відділі комп'ютерної верстки  
видавництва «Укрмедкнига».

Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.  
Надруковано в друкарні видавництва «Укрмедкнига».  
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Свідоцтво про внесення до державного реєстру суб'єктів видавничої справи  
ДК №348 від 02.03.2001 р.