

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. *Пиук Н.Г.*;
викладач нервових і психіатричних хвороб Чортківського базового медичного училища *Стефанчук С.С.*

М42 **Медсестринство в психіатрії** / За ред. О.С. Чабана. – Тернопіль: Укр-медкнига, 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, непорозуміння, сугичок 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 обґрунтованих 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 приборника 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 XXI століття.
- ◆ Підняти престиж статусу медичних сестер до належного рівня.
- ◆ Готувати медичних сестер із вищою медичною освітою.

Скільки існує людство, стільки існують і хвороби. Прийнято розрізняти хво-

ПСИХІАТРІЯ В СИСТЕМІ ЗАГАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

роби 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 рази 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

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 улобленці 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 довелось 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, радість, 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 Гіпokrата 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 ста-

дію доннаукового 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 відірвалась 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 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



Спалення “відьми”
(XVI ст.)

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 званий “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 Просвітительства. 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.

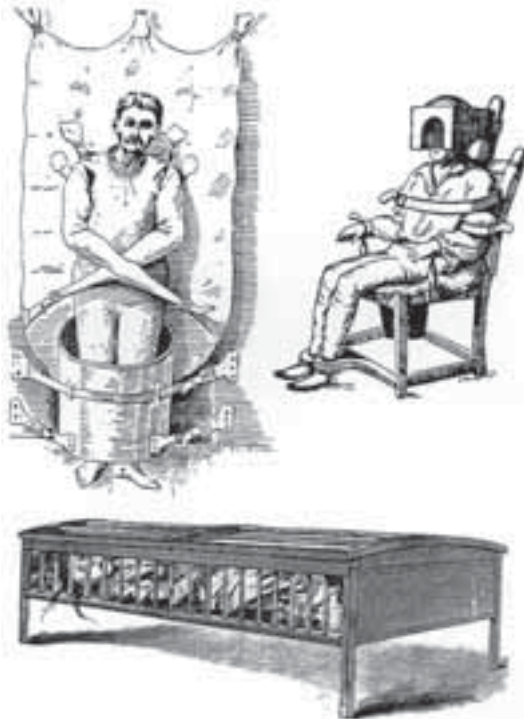
На Русі споконвіку було правилом гуманне ставлення до знедолених, калік і хворих, у тому числі до психічнохворих.

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 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 недопу-



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.)

щення 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 гультяїв 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 академії 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 ве-



Шарко в своїй клініці
(XIX ст.)

лику 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. ХХ 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 обґрунтовану 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 основну частку медичної допомоги в будинках-інтернатах для хворих із дефектами психіки, які не потребують активного лікування.

У практику було запроваджено сучасні методи активного лікування психіч-

нохворих 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.

Основні риси особистості медичної сестри ґрунтуються на засадах гума-

ПРОФЕСІЙНИЙ КОДЕКС МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

нізму 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 скаржитись, 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.

Ілюзія – 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 вдасться 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 “میمомова”, – це порушення мислення на рівні суджень, коли висновок не впливає з передумов, суджень. На поставлене конкретне запитання хворий відповідає зовсім не по суті, логічно необґрунтовано.



Наприклад, на запитання: «Чому Ви не одягаєте білизну?» хворий відповідає: “Чергова 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);

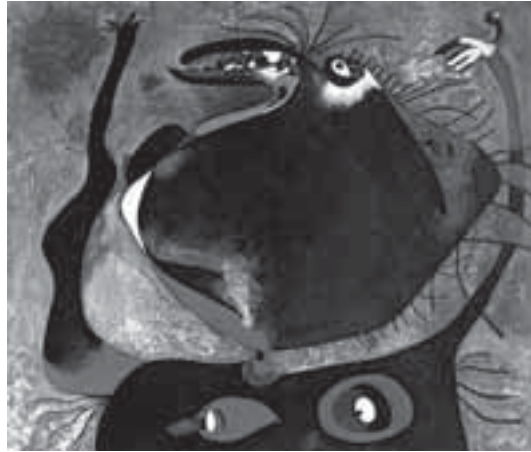


Синдром Кандінського-Клерамбо
(псевдогалюцинації поєднуються
з ідеями стороннього впливу
на тіло пацієнта)

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 параноїальні, параноїдні та парафренні.

Параноїальне 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 “здають” збитків; щоб не трапилось неприємного, в усьому він звинувачує сусідів).

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

Таке маячення характерне для параноїдної форми шизофренії.

Парафренне маячення містить абсурдні фантастичні ідеї величч, 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 ревностів він постійно слідкує за чоловіком чи дружиною, при маяченні переслідування носить із собою знаряддя 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. Переконувати 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 прискореного мислення. Коли воно виникає?
2. Сутність сповільненого мислення, шперрунга. Коли воно з'являється?
3. Розлади мислення за механізмом.
4. У чому полягає відмінність 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, астенічних 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, фуґи, транси, 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. Анетероградна – 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 астенічних станах.

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

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.

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



Олігофренія (хвороба Дауна)



Поведінка пацієнтів з розумовою відсталістю



Деменція органічного генезу

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 теперішні й минулі події, ядро особистості збережене і хворі критично оцінюють свій стан. Вони



Сенільне недоумство

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 астенізації. 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 соматовегетативними 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 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



Малюнки пацієнта, що відображають його депресивно-іпохондричні переживання.

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, 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.

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, закріп; 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 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,

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, безрадсним настроєм; тривожна – плаксивістю, капризністю, негативізмом, руховим неспокоєм.

У дітей дошкільного віку переважають вегетативні і рухові розлади, але їх зовнішній вигляд свідчить про знижений 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 депресій 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, закрепами, сталими іпохондричними скаргами. У хлопчиків часто переважає роздратування, в дівчаток – пригніченість, плаксивість, в'ялість.



Міміка відмежування при депресії

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 психічної 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.



Ейфорія

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 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 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.



Психомоторне збудження при дисфорії

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. Ставитись 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).

Булiмiя проявляється надмірним апетитом, причому відчуття насиченості не настає.

Булiмiя 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 нікчемною, 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 неістивних 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 неврозах, 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 **клептоманія**, **піроманія**, **дромоманія**, **копролалія** і **садистські вбивства**.

Клептоманія – це прагнення красти без будь-яких стимулів і зацікавленості; **піроманія** – це прагнення підпалювати, влаштовувати пожежі; **дромоманія** – це нестримний потяг до бродяжництва; **копролалія** – це потяг до вживання нецензурних виразів; **садистські вбивства** – 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 переключаче 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 гіпертимними 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, 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 звернутись 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



Кататонічний ступор

переходить на м'язи кінцівок і тулуба. Хворий часто лежить в ліжку в ембріональній позі, тонус 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 зниці хворого не реагують на подразники, в тому числі



Симптом “воскоподібної гнучкості”



Онейроїдна кататонія

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 психопатологічний синдром називають **кататонічно-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, перевтоми, 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 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 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 рефлексії ще збережені, називають **сопором**.



Оглушення



Сопор



Кома

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, уремічна, печінкова, посттравматична 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** – короточасні 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. Зовні 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 рухомими,

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. 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 делірії: 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).



Онейроїдні відчуття і переживання в малюнку пацієнта

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 ліжко 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.

Іноколи виникає своєрідна форма присутінкового стану свідомості із зовні впорядкованою поведінкою, так званий **транс**. Такі хворі поводять себе ніби адекватно: йдуть у магазин чи інше місце, купують квиток на транспорт і йдуть 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.

◆ 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 лікарю.

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

Астенічний синдром у чистому вигляді виникає рідко. Здебільшого до нього приєднуються інші. Найчастіше астенічний 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 важко 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 астенічним 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 твердження 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 астенізації 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 астенізації 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 важко 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 настрій, 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** (зне-

притомнення, 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 виийняти 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 розвинутих соматогенні психози з відповідними психічними синдромами.

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

- ◆ 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 розвинутих 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 температурою 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 дотримуватись 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 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,



Психоорганічний синдром



Хворий з органічним ураженням центральної нервової системи

цукровий діабет, черепно мозкові травми. У зв'язку зі значним поширенням венеричних захворювань можна очікувати зростання кількості хворих із прогресивним паралічем і психічними порушеннями внаслідок ВІЧ-інфікування.

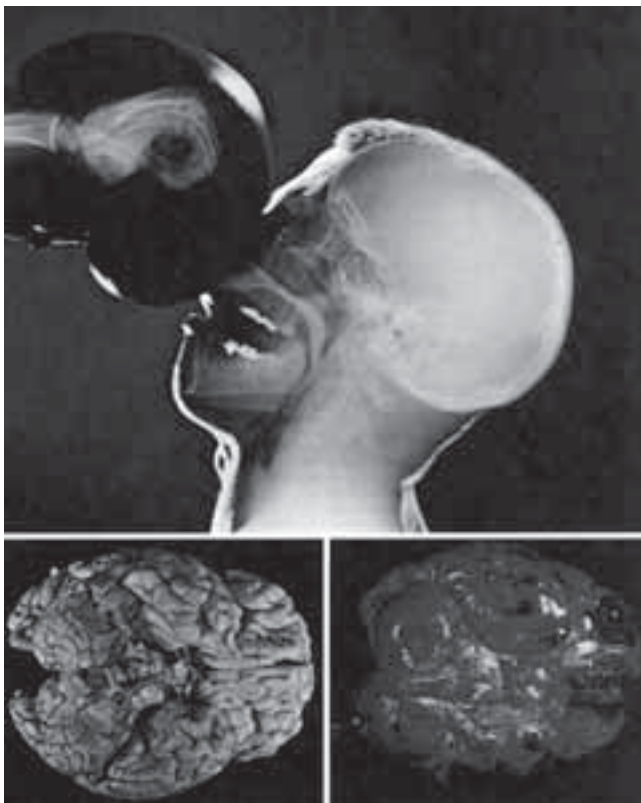
Практично всі ці захворювання при прогресивному перебізі здатні призводити до **корсаківського синдрому**, **енцефалопатії** та психоорганічного синдрому із зниженням пам'яті та інтелекту, яке може сягати рівня деменції. Догляд за такими хворими має певні особливості. Так, хворі на атеросклероз судин 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

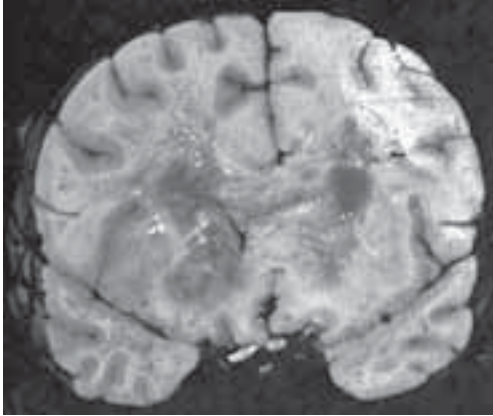
яких може розвинутиись непередбачена діабетична кома. Їжу пацієнти повинні зберігати в холодильнику, але хворі на цукровий діабет деякі продукти із вуглеводами, які легко засвоюються організмом, повинні тримати у своїй тумбочці (цукор, цукерки, мед, варення тощо).

Хворим із черепномозковою 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 на побачення з відвідувачами. У гострий період черепномозкової 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 пост-травматичним 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 ви-



**Черепно-мозкові травми
та їх наслідки**



Пухлина головного мозку

дужання, 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 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, напливом 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 знічними 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. Сухожилльні 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 величчі (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 рефлексорна нерухомість зіниць, 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).



Кретинізм

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 неpsychotичний 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 неpsychotичних і psychotичних 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 астенизованих 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 порушеннях психіки і вміти 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 неспсихотичних порушень психіки, зумовлених соматичними та інфекційними хворобами.
2. Класифікація та клініка варіантів астеничного 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 медичною допомогою і після обстеження дізнались, що в них є небезпечне 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 відчуває 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 астенизації 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).

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 сприймають 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 успішновиліковують, 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 своєрідної вибіркості 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.



Тривожно-фобічні розлади

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.

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 лікування основного захворювання, вирішення проблеми, яка викликає тривогу, або в тих випадках, коли хворий переоцінить свій стан, змиритися 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,



Малюнок пацієнта з тривожно-панічними нападами

ядуху, запаморочення, відчуття нереальності (деперсоналізацію або дереалізацію). Постійно з’являються вторинний страх смерті, боязнь втрати самоконтролю або небезпеки збожеволення. 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 напади 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 (підвищене виснаження, неухважність, 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 почастішення 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 пов’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 лягнути 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 неприязливості 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 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 рефлексорній 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

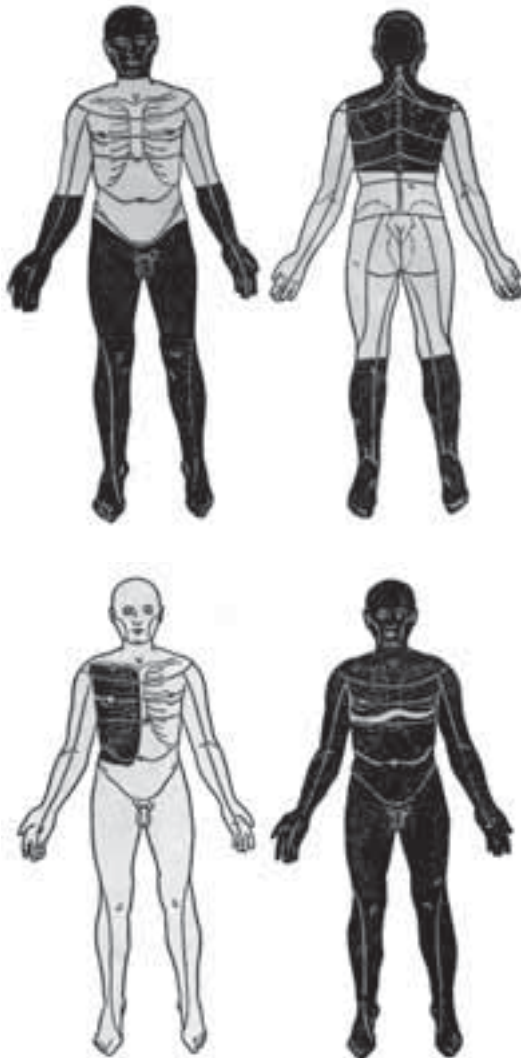
Істеричний напад	Епілептичний напад
<ol style="list-style-type: none"> 1. Починається під час або після хвилювання. 2. Падіння хворого м'яке, без серйозних ушкоджень, оскільки він залишається притомним. Спостерігають лише звуження свідомості зі збереженням інстинктивних захисних механізмів. 3. Різноманітні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

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 цією 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,



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

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;

тазепам, седуксен), надалі рекомендують тонізуючі препарати (настойки 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 неспсихотичним 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.

◆ впершого 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 реадптації 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 (нашатирий 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-трудова дезадаптації хворого, а відтак закінчитися його інвалідністю.

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, образу, 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



Картина хворої з відчуттям страху та паніки

(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: людина 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 коротко, 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 загрозованої 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 гнівливості, може розвинути психомоторне збудження: хворі голосно плачуть, заламують руки, б'ються головою об стіну, роблять спроби самогубства.



Реактивна депресія

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 атипові 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, настойку 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 агравує 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.

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.



Прихована депресія може проявлятися головним болем

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 ендogenousний 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 атиповість болю та неприємних відчуттів.

◆ Наявність розладів вітальних функцій (порушення сну, апетиту, схуднення, статеві 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 судороги, 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 гострий, 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 короткочасні 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, розпирючий, тупий

характер, проте періодично на цьому фоні виникає короткочасний, 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.

Агрипичний 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 неспсихотичній 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.

◆ Вічуття 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 “неспокійних 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, вищепераховані 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 нищеперахованих порушень, які виникають і перебігають нападopodobно у вигляді своєрідних “атак”, із великим ступенем вірогідності вказує на схильність до тривожно-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 синдромукомплексу:

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 леза”;
- 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- тись 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 мл 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 підбраній 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 рен-тною 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 органні 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 якнайшвидшевилікувати 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 посильною 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 карбамазепінової терапії 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, поррахувати 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?
2. Назвіть синоніми прихованої депресії.
3. Перерахувати клінічні варіанти прихованої депресії.
4. Які експериментально-психологічні методики 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 дієнцезального 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.



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



Мімічні прояви маніакального синдрому

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 діб 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 статусу, ні ситуації. Спостерігають тенденцію до захоплення надмірною кількістю косметики і 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 за грудинній 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).



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



Мімічні прояви депресивного синдрому

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

5. Порушується 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 припинитись 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 важкості 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. Долікарська допомога 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 нейрорепресантів і солей літію, з депресивною фазою – антидепресантів (при низькій ефективності антидепресантів застосовують курс електросудомної терапії).

Підтримувальне (протирецидивне) 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 вживати адекватні заходи щодо харчування пацієнтів.

Якщо дільнична медсестра помітила, що у хворого з інтермісією змінились сон, апетит або поведінка, вона повинна викликати до нього психіатра. Це ранні ознаки ймовірного рецидиву захворювання. Профілактичне або раннє лікування чергової фази хвороби є більш ефективним.

Узагальнення та практичні поради

◆ Хворих із психотичними фазами МДП необхідно госпіталізувати в психіатричну лікарню.

◆ Хворих із маніакальною фазою МДП бажано госпіталізувати в різні відділення. Якщо їх помістити в одне відділення, між ними часто можуть виникати конфлікти, нерідко з вираженою агресією.

◆ У хворих із маніакальною фазою МДП розгальмовані статевий та харчовий інстинкти і знижене критичне ставлення до свого стану. Вони схильні порушувати лікарняний режим і морально-етичні норми поведінки. Тому за ними необхідно постійно спостерігати, щоб вчасно вжити адекватні заходи щодо запобігання грубих порушень правил поведінки.

◆ Лікування солями літію нерідко викликає явища інтоксикації, тому що між терапевтичною і токсичною концентраціями літію в крові є вузький діапазон. Першими проявами передозування літію є відчуття розпливчастості предметів перед очима, атаксія, шум у вухах, постійні нудота, блювання та проноси (концентрація літію в сироватці крові – 1,5-2,0 мекв/л).

Питання для самоконтролю

1. Визначення і типи перебігу МДП.
2. Клініка маніакальної фази МДП.
3. Клініка депресивної фази.
4. Особливості нагляду за хворими на МДП.
5. Долікарська допомога при вираженому психомоторному збудженні хворих на МДП.
6. Ознаки отруєння літієм.

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.

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.

