

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МИКОЛАЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ В.О. СУХОМЛИНСЬКОГО**

Кафедра психології

**НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС
НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ**

Для спеціальності: 053 «Психологія»

Автори:

доктор психологічних наук,
професор кафедри психології
Дідух М.Л.

Затверджено на засіданні кафедри психології
Протокол від «27» серпня 2019 року № 1

Зміст навчально-методичного комплексу

1. Титульна сторінка.
2. Зміст НМК.
3. Витяги з ОКХ, ОПП спеціальності.
4. Навчальна програма дисципліни.
5. Робоча програма навчальної дисципліни.
6. Тести
7. Методичні рекомендації та розробки до практичних занять.
8. Методичні матеріали, що забезпечують самостійну роботу студентів.
9. Конспект лекцій з дисципліни.
10. Інструктивно-методичні матеріали до практичних занять.

Витяг із ОПП

Мета курсу «Клініко-соціальна реабілітація»: ознайомити студентів із напрямками психологічної реабілітації та особливостями організації психологічної допомоги особам із психічними розладами; методами і прийомами, необхідними для вирішення практичних завдань психологічної реабілітаційної роботи; сприяти розвитку особистісних та професійних якостей майбутніх практичних психологів, їхньої подальшої самоосвіти.

Завдання курсу «Клініко-соціальна реабілітація»:

- опанувати фундаментальні теоретичні засади реабілітаційної психології та психіатрії;
- сформулювати уявлення про місце реабілітаційної психології та психіатрії в контексті інших психологічних дисциплін, про зв'язок з іншими суміжними дисциплінами;
- ознайомити студентів із основними поняттями та проблемами реабілітаційної психології та психіатрії;
- ознайомити студентів із загальнопсихологічними фундаментальними проблемами, вирішуваними реабілітаційною психологією та психіатрією;
- сформулювати уявлення про класифікацію психічних розладів, критерії психічної норми;
- ознайомити студентів із основними принципами і методами реабілітаційної діяльності психолога в роботі з хворими;
- сформулювати уявлення про методологічні засади та про технологію психологічного супроводу невідкладних психічних станів.

Витяг із ОКХ

У результаті вивчення дисципліни студенти оволодівають такими компетентностями:

Загальнопредметні:

1. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.
3. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
4. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
5. Здатність бути критичним і самокритичним.
6. Здатність приймати обґрунтовані рішення.
7. Здатність генерувати нові ідеї (креативність).
8. Навички міжособистісної взаємодії.
9. Здатність працювати в команді.
10. Здатність реалізувати свої права і обов'язки як члена суспільства, усвідомлювати цінності громадянського (вільного демократичного) суспільства та необхідність його сталого розвитку, верховенства права, прав і свобод людини і громадянина в Україні.
11. Здатність зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності і досягнення суспільства на основі розуміння історії та закономірностей розвитку предметної області, її місця у загальній системі знань про природу і суспільство та у розвитку суспільства, техніки і технологій, використовувати різні види та форми рухової активності для активного відпочинку та ведення здорового способу життя.

Фахові:

1. Здатність оперувати категоріально-понятійним апаратом психології.
2. Здатність до ретроспективного аналізу вітчизняного та зарубіжного досвіду розуміння природи виникнення, функціонування та розвитку психічних явищ.

3. Здатність до розуміння природи поведінки, діяльності та вчинків.
4. Здатність самостійно збирати та критично опрацьовувати, аналізувати та узагальнювати психологічну інформацію з різних джерел.
5. Здатність використовувати валідний і надійний психодіагностичний інструментарій.
6. Здатність самостійно планувати, організовувати та здійснювати психологічне дослідження.
7. Здатність аналізувати та систематизувати одержані результати, формулювати аргументовані висновки та рекомендації.
8. Здатність організовувати та надавати психологічну допомогу (індивідуальну та групову).
9. Здатність здійснювати просвітницьку та психопрофілактичну роботу відповідно до запиту.
11. Здатність дотримуватися норм професійної етики.
12. Здатність до особистісного та професійного самовдосконалення, навчання та саморозвитку.

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МИКОЛАЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ В. О. СУХОМЛИНСЬКОГО**

Факультет педагогіки та психології
Кафедра психології

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор із науково-педагогічної
роботи _____ О.А. Кузнецова
27 серпня 2019 року

**ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ**

Ступінь бакалавра
Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 Психологія
освітня програма Психологія

РОЗРОБНИК ПРОГРАМИ: Савенкова І.І., завідувач кафедри психології.

Програму схвалено на засіданні кафедри психології
Протокол від «27» серпня 2019 року № 1

Завідувач кафедри
психології _____ (Савенкова І.І.)

Програму погоджено навчально-методичною комісією факультету педагогіки та психології:

Протокол від «27» серпня 2019 року № 1
Голова навчально-методичної комісії факультету _____ (Чугуєва І.Є.)

Програму погоджено навчально-методичною комісією університету

Протокол від «27» серпня 2019 року № 14
Голова навчально-методичної комісії університету _____ (Кузнецова О.А.)

ВСТУП

Програма вивчення варіативної навчальної дисципліни «Клініко-соціальна реабілітація» складена завідувачем кафедри психології Савенковою І. І. відповідно до освітньо-професійної програми підготовки ступеня бакалавр спеціальності 053 Психологія, освітня програма Психологія.

Предметом вивчення навчальної дисципліни є: психологічні особливості реабілітації в клініці та суспільстві осіб з особливими потребами.

Міждисциплінарні зв'язки: вікова психологія, соціальна психологія, загальна психологія, екстремальна психологія, клінічна психологія, патопсихологія, психологія травмуючи ситуацій, психологія сім'ї, нейропсихологія.

1. Мета та завдання навчальної дисципліни

1.1. Метою впровадження курсу є: ознайомлення студентів з основними положеннями цієї навчальної дисципліни, зокрема з її понятійним апаратом, методологією, найбільш загальними відомостями; підготовка студентів до науково обґрунтованого вирішення цілого комплексу актуальних проблем, які покликана вирішувати практична психологія як в клініці, так і в інших установах суспільства; активізація розвитку пізнавальних процесів, реабілітація осіб з порушеннями психічних процесів до досягнення рівня вікової норми.

1.2. Завдання курсу:

1. Оволодіння та подальше вільне оперування професійною термінологією, використовуваною в сфері реабілітаційної психології.
2. Вивчення теоретичних аспектів та практичних алгоритмів соціально-психологічної реабілітації, що сприяють клініко-психологічному супроводу клієнтів із особливими потребами.
3. Формування у студентів навичок проведення первинного та вторинного психологічного обстеження з метою визначення рівня реабілітаційних заходів.
4. Реабілітація осіб з психічними порушеннями: соціальний та клінічний аспект;
5. Реабілітація, спрямована на корекцію порушень пізнавальних психічних процесів: сприяння в формуванні особистісної рішучості, цілеспрямованості та наполегливості;
6. Реабілітація, спрямована на корекцію поведінкової сфери: формування навичок ефективного спілкування та поведінки, розвиток вміння усвідомлювати причини власної поведінки, знаходити конструктивні шляхи для виходу з конфліктних ситуацій;
7. Практична адаптація особи до життя у суспільстві, формування знань і вмінь, що сприяють соціальній адаптації.

1.3. Згідно з вимогами освітньо-професійної програми студент оволодіває такими компетентностями:

I. Загальнопредметні:

- **Працювати самостійно, приймати ініціативу та керувати часом.** Здатність організовувати комплексні завдання протягом певного періоду часу та подавати результат вчасно.

- **Аналіз і синтез.** Здатність до аналізу та синтезу на основі логічних аргументів та перевірених фактів.

- **Гнучкість мислення.** Набуття гнучкого мислення, відкритість до застосування психологічних знань та компетентностей у широкому діапазоні можливих місць роботи та у повсякденному житті.

- **Групова робота.** Здатність виконувати завдання в групі під керівництвом лідера, подібні навички, що демонструють здатність до врахування строгих вимог дисципліни, планування та управління часом.

- **Комунікаційні навички.** Здатність до ефективного комунікування та до представлення складної комплексної інформації у стислій формі усно та письмово, використовуючи інформаційно-комунікаційні технології. Працювати з іншими в мультидисциплінарному та мультинаціональному середовищі.

- **Етичні установки.** Дотримання етичних принципів як з погляду професійної чесності, так і з погляду розуміння можливого впливу досягнень психології на соціальну сферу.

II. Фахові:

- Виявлення осіб, які потребують реабілітації та взаємодії з оточуючими; визначення причин цих труднощів; при потребі, скерування до відповідних фахівців з метою встановлення причин та надання допомоги.

- Виявлення причини соціального неблагополуччя або порушення психічного розвитку людини шляхом проведення реабілітації.

- Виокремлення психодіагностичних критеріїв щодо проведення відповідних реабілітаційних заходів.

- Участь, у межах своєї компетенції, у складанні розробки комплексної клініко-соціальної реабілітаційної роботи з особами з особливими потребами.

- Участь в підготовленні документів для розгляду на засіданнях психолого-медико-педагогічних консультацій, розробки протоколів щодо клініко-соціальної реабілітації пацієнтів у клініці.

- Ознайомлення з висновками і рекомендаціями клінічних психологів-реабілітологів щодо психологічного супроводу осіб із особливими потребами.

- Участь у розробці необхідної програми соціальної адаптації осіб до життя у суспільстві, а саме, розробки реабілітаційних заходів щодо врахування особливостей психічного стану особи при визначенні форм і методів роботи з нею.

- Надання у межах своєї компетенції консультативно-методичної допомоги лікарю-психологу у роботі з особами з особливими потребами.

- Налагодження співпраці з лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу особам із особливими потребами та приймають участь у розробленні індивідуальних соціально-психологічних реабілітаційних заходів.

На вивчення навчальної дисципліни відводиться 90 годин / 3 кредити ECTS.

2. Інформаційний обсяг навчальної дисципліни

Кредит 1. Клініко-соціальна реабілітація осіб із психофізичними порушеннями.

Тема 1. Класифікація осіб із особливими потребами: Поняття «особливі потреби». Психологічний статус людини. Психологічний супровід осіб із вадами в розвитку в умовах інтегрованого (інклюзивного) навчання. Основні напрями роботи психолога-реабітолога, який здійснює реабілітаційні заходи.

Тема 2. Психосоматичні порушення у осіб із особливими потребами та їх психолого-соціальний супровід: Психосоматичні проблеми осіб із особливими потребами. Критерії психологічної діагностики осіб із особливими потребами. Психологічна допомога особам із особливими потребами. Соціальна адаптація осіб із особливими потребами.

Кредит 2. Клініко-соціальна реабілітація осіб із психофізичними порушеннями.

Тема 3. Клініко-соціальна реабілітація осіб із особливими потребами: Психодіагностичні критерії діагностики осіб із особливими потребами. Напрямки реабілітаційних заходів. Комплексна програма клініко-соціальних реабілітаційних заходів. Техніки.

Кредит 3. Психологічний супровід дітей з особливими потребами та реабілітаційні заходи.

Тема 4. Психологічний супровід дітей з порушеннями слуху: Види порушення слухової функції. Характеристика пізнавальної діяльності дітей із порушенням слуху. Характерні помилки у навчанні, яких допускає учень із порушення слуху. Клініко-соціальна реабілітація таких осіб.

Кредит 4. Психологічний супровід дітей з особливими потребами та реабілітаційні заходи.

Тема 5. Психологічний супровід дітей з порушеннями зору: Види порушень зору. Типові відхилення розвитку слабозорих дітей. Особливості психолого-педагогічної роботи з слабозорими дітьми. Поради педагогам і батькам по вихованню дітей з вадами зору. Зорово-моторна [координація](#), дрібна та загальна моторика. Клініко-соціальна реабілітація таких осіб.

Кредит 5. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами

Тема 6. Психологічний супровід дітей з порушенням опорно-рухового апарату: Поняття «ДЦП». Психологічна діагностика дітей при порушеннях функцій опорно-рухового апарату. Дослідження предметної діяльності дитини раннього віку з церебральним паралічем.

Кредит 6. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами

Тема 7. Психологічний супровід дітей з порушеннями уваги: Поняття гіперактивний розлад і дефіцит уваги (ГРДУ). Особливості розвитку емоційно-особистісної сфери дітей із порушенням уваги. Рівень особистісної тривожності (ситуативна тривога). Схильність до агресивної поведінки. Клініко-соціальна реабілітація таких осіб.

3. Рекомендована література

Базова

1. Михаленкова И.А. Практикум по психологии детей с нарушением слуха : [практикум] / И.А. Михаленкова. – Одесса: Речь, 2016. – 96 с.
2. Михайленко М. У згоді зі світом і з собою. Розвиток соціальної впевненості дітей старшого дошкільного віку// Психолог, №3, 2018. – С.32-39.
3. Мартиненко О. А. Як навчити вашу дитину спілкуватися і дружити: [практичний порадник] / О. А. Мартиненко – Х. : Вид-во «Ранок», 2014. – 128 с.
4. Михальский А. В. Психология конструирования будущего : [навчальний посібник] / А. В. Михальский – М.: МГППУ, – 2014. – 192 с.
5. Нестик Т.А. Отношение к времени в малых группах и организациях : [монографія] / Т.А. Нестик. – Москва: Ин-т психологии РАН, 2015. – 293с.
6. Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими потребами в умовах інклюзивного навчання: [Методична збірка] /Авторський колектив: Т.Ю. Островська, Л.Я. Кухаренко, В.В. Левченко, С.Л. Кузнякова, Д.С. Панченко, В.О. Бахаєв, А.І. Патерило – Кременчук, 2014. – 68 с.
7. Туріщева Л. В. Увага! Особливі діти: [Тренінги у педагогічній практиці] / Л. В. Туріщева – Х. : Вид. група «Основа», 2016. – 128 с.
8. Хухлаева О.В. Маленькие игры в большое счастье. Как сохранить психическое здоров'е дошкольника: [Програма] / О.В. Хухлаева, О.Е. Хухлаев, И.М. Первушина – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2014. – 224 с.
9. Цуканов Б.И. Время в психике человека: [Монография] / Б. И. Цуканов. – Одесса: Астропринт, 2016. – 220 с.

Допоміжна література

1. Бондар В. Інтеграція дітей з обмеженими психофізичними можливостями в загальноосвітні заклади: за і проти //Дефектологія. – 2013. – №3. –С.2-5.

2. Выготский Л.С. Основы дефектологии: [ученик для вузов] / Л. С. Выготский. – СПб. : Лань, 2014. – 654 с.
3. Дефектологічний словник : [навчальний посібник] / За редакцією В.І. Бондаря, В.М. Синьова – К. : «МП Леся», 2014. – 528 с.
4. Дмитриев А.А. О некоторых проблемах интегрированного обучения детей с особыми образовательными потребностями // Дефектология. – № 4 – 2015
5. Допплер Д., Лорман Т., Шарма У. Переосмислюючи допоміжні послуги спеціалістів в інклюзивних класах./ Дефектологія – № 3 – 2014.
6. Ильина О.М. Международные нормы об инклюзивном образовании и имплементация их в российскую правовую систему. / Дефектология № 5 – 2018.
7. Интеграция детей – инвалидов в среду здоровых детей.// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития –№9-2014.
8. Ілляшенко Т. Інтеграція дітей з особливими освітніми потребами. / Директор школи –№ 34 – 2015.
9. Ілляшенко Т. Інтеграція дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому навчальному закладі: роль шкільного психолога./ Завуч № 19 – 2016.
10. Ілляшенко Т. Питання інтеграції спеціальної і масової школи та організація допомоги дітям з труднощами в навчанні./ Дефектологія № 1 – 2017.
11. Інклюзивний підхід як основа освіти для всіх дітей./ За матеріалами Всеукраїнського фонду «Крок за кроком». Завуч –№ 2 – 2018.
12. Колупасва А.А. Зasadничі понятійно-термінологічні визначення інклюзивної освіти./ Дефектологія №2 – 2015.
13. Колупасва А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: Монографія. – К. : «Самміт-Книга», 2015. – 272 с.
14. Колупасва А.А. Організаційно-педагогічні умови інтегрування дітей з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітній простір // Дефектологія. - № 4 – 2014. –С.56-62.
15. Колупасва А.А. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: – К.: Університет "Україна", 2014. – 448 с.
16. Малофеев Н.Н. Современному этапу образовательной интеграции – современные инструментальные возможности./ Дефектология – № 6 – 2018.- С.66-74.
17. Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Базовые модели интегрированного обучения./ Дефектология – № 1 – 2018.- С.54-59.
18. Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Интеграция и специальные образовательные учреждения: необходимость перемен. / Дефектология – № 2 – 2018.- С. 23-29.
19. Матвеева М., Миронова С., Гречко Л. Психокорекційна робота в умовах інтегрованого навчання // Дефектологія – № 3 – 2017. – С.55-77.
20. Назарина В. Дитина зі зниженим слухом в інтегрованому класі // Д. – № 4 – 2015.
21. Пасторова А.Ю. Психологические и психофизические характеристики дошкольников с обычным развитием в группах интеграции // Дефектология – № 6 – 2018.
22. Рачова Н. Соціально-педагогічний супровід дітей з особливими потребами./ Дефектолог – №10 – 2017.
23. Соловійов Ю. Інтеграція дітей з відхиленнями у розвитку в сучасне суспільство./ Дефектолог – № 12 – 2017.
24. Сорокин В.М. Специальная психология: Учеб. пособие / Под научн. ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: Речь, 2015 – 216 с.
25. Шевцов А. Методологія соціального реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності./ Завуч – № 19 – 2016.

Інформаційні ресурси

<http://ussf.kiev.ua/>

http://www.pedlib.ru/Books/3/0485/3_0485-72.shtml

<http://www.ikpp.npu.edu.ua/>

<http://edu.resobr.ru/archive/year/articles/1910/>

<http://zakon1.rada.gov.ua/>

<http://www.mon.gov.ua/>

<http://www.canada-ukraine.org/>

<http://www.defectology.ru/>

http://www.education-inclusive.com/uk/project_rationale.php

<http://www.disabilitystudies.ca/>

http://ispukr.org.ua/institut_specialnoyi_pedagogiki_apn_ukrayini.html

4. Форма підсумкового контролю успішності навчання: іспит.

5. Засоби діагностики успішності навчання: контрольна робота (КР), поточне опитування, тестування, ІНДЗ, словник.

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МИКОЛАЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ В. О. СУХОМЛИНСЬКОГО**

Факультет педагогіки та психології
Кафедра психології

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор із науково-педагогічної
роботи _____ О.А. Кузнецова
27 серпня 2019 р.

**РОБОЧА ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ**

Ступінь бакалавра
Галузь знань 5 Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 Психологія
освітня програма Психологія

2019-2020 навчальний рік

Розробник: Савенкова Ірина Іванівна, доктор психологічних наук, завідувач кафедри психології _____ (Савенкова І. І.)

Робоча програма затверджена на засіданні кафедри психології
Протокол № 1 від «27» серпня 2019 р.

Завідувач кафедри _____ (Савенкова І. І.)
«27» серпня 2019 р.

1. Опис навчальної дисципліни
Денна форма навчання

Найменування показників	Галузь знань, освітній ступінь	Характеристика навчальної дисципліни
Кількість кредитів –6	Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки Напрямок підготовки 053 Психологія	Варіативна
		Рік підготовки: 4-й
Індивідуальне науково-дослідне завдання – Розробка програми реабілітаційної роботи з особами, які мають особливі потреби	Спеціальність: 053 «Психологія»	Семестр 7-й
Загальна кількість годин - 180		Лекції
Тижневих годин для денної форми навчання: аудиторних – 2 самостійної роботи студента - 4	Ступінь бакалавра	12 год.
		Практичні, семінарські
		42 год.
		Лабораторні
		-
		Самостійна робота
		126 год.
		Вид контролю: залік

Мова навчання: українська.

Примітка.

Співвідношення кількості годин аудиторних занять до самостійної та індивідуальної роботи становить: для денної форми навчання – 180, 54 год. – аудиторні заняття, 126 год. – самостійна робота. (30% / 70%)

Заочна форма навчання

Найменування показників	Галузь знань, освітній ступінь	Характеристика навчальної дисципліни
Кількість кредитів – 6	Галузь знань 0301 Соціально-політичні науки	Варіативна
		Рік підготовки: 4-й
Індивідуальне науково-дослідне завдання – Розробка програми реабілітаційної роботи з особами, які мають особливі потреби	Спеціальність: 053 «Психологія»	Семестр 7-8-й
Загальна кількість годин - 180		Лекції
	Ступінь бакалавра	6 год.
		Практичні, семінарські
		12 год.
		Лабораторні
		-
		Самостійна робота
		162 год.
Вид контролю: залік		

Мова навчання: українська.

Примітка.

Співвідношення кількості годин аудиторних занять до самостійної та індивідуальної роботи становить: для денної форми навчання – 180 год.: 18 год. – аудиторні заняття, 162 год. – самостійна робота. (20% / 80%)

2. Мета, завдання навчальної дисципліни та очікувані результати навчання

Мета курсу: ознайомлення студентів з основними положеннями цієї навчальної дисципліни, зокрема з її понятійним апаратом, методологією, найбільш загальними відомостями; підготовка студентів до науково обгрунтованого вирішення цілого комплексу актуальних проблем, які покликана вирішувати практична психологія як в освітніх, так і в інших установах суспільства; активізація розвитку пізнавальних процесів, реабілітація психічних процесів до досягнення рівня соціальної адаптації осіб із особливими потребами.

Завдання курсу:

7. оволодіння та подальше вільне оперування професійною термінологією, використовуваною в даній сфері практичної діяльності;
8. вивчення теоретичних аспектів та теоретичних моделей психологічних явищ та процесів, що сприяють клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами;
9. реабілітаційні заходи щодо компенсації порушень емоційної сфери: вивчення та сприяння розвитку вміння розпізнавати, усвідомлювати, інтерпретувати міміку, емоційні стани, почуття свої та інших людей, керувати ними;
10. реабілітаційні заходи щодо компенсації порушень вольової сфери: сприяння в формуванні особистісної рішучості, цілеспрямованості та наполегливості;
11. реабілітаційні заходи щодо компенсації порушень поведінкової сфери: формування навичок ефективного спілкування та поведінки, розвиток вміння усвідомлювати причини власної поведінки, знаходити конструктивні шляхи для виходу з конфліктних ситуацій;
12. клініко-соціальна реабілітація осіб із особливими потребами, що сприяє соціальній адаптації.

Передумови для вивчення дисципліни: загальна психологія, вікова психологія, психодіагностика, психологія тренінгової роботи, нейропсихологія, клінічна психологія, проєктивні методики.

Навчальна дисципліна складається з 6-ти кредитів.

Очікувані результати навчання:

- 1) володіння сучасними технологіями діагностики і організації наукового дослідження в діяльності психолога;
- 2) Здатність організувати та здійснювати психологічну службу.

Згідно з вимогами ОПП студент оволодіває такими **компетентностями:**

I. Загальнопредметні:

- працювати самостійно, приймати ініціативу та керувати часом. Здатність організувати комплексні завдання протягом певного періоду часу та подавати результат вчасно;

- аналіз і синтез. Здатність до аналізу та синтезу на основі логічних аргументів та перевірених фактів;

- гнучкість мислення. Набуття гнучкого мислення, відкритість до застосування психологічних знань та компетентностей у широкому діапазоні можливих місць роботи та у повсякденному житті;

- групова робота. Здатність виконувати завдання в групі під керівництвом лідера, подібні навички, що демонструють здатність до врахування строгих вимог дисципліни, планування та управління часом;

- етичні установки. Дотримання етичних принципів як з погляду професійної чесності, так і з погляду розуміння можливого впливу досягнень психології на соціальну сферу.

II. Фахові:

- виявлення осіб, які потребують реабілітації та взаємодії з оточуючими; визначення причин цих труднощів; при потребі, скерування до відповідних фахівців з метою встановлення причин та надання допомоги;
- виявлення причини соціального неблагополуччя або порушення психічного розвитку людини шляхом проведення реабілітації;
- виокремлення психодіагностичних критеріїв щодо проведення відповідних реабілітаційних заходів;
- участь, у межах своєї компетенції, у складанні розробки комплексної клініко-соціальної реабілітаційної роботи з особами з особливими потребами;
- участь в підготовленні документів для розгляду на засіданнях психолого-медико-педагогічних консультацій, розробки протоколів щодо клініко-соціальної реабілітації пацієнтів у клініці;
- ознайомлення з висновками і рекомендаціями клінічних психологів-реабілітологів щодо психологічного супроводу осіб із особливими потребами;
- участь у розробці необхідної програми соціальної адаптації осіб до життя у суспільстві, а саме, розробки реабілітаційних заходів щодо врахування особливостей психічного стану особи при визначенні форм і методів роботи з нею;
- надання у межах своєї компетенції консультативно-методичної допомоги лікарю-психологу у роботі з особами з особливими потребами;
- налагодження співпраці з лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу особам із особливими потребами та приймають участь у розробленні індивідуальних соціально-психологічних реабілітаційних заходів.

3. Програма навчальної дисципліни

Кредит 1. Клініко-соціальна реабілітація осіб із психофізичними порушеннями

Тема 1. Класифікація осіб із особливими потребами.

Тема 2. Психосоматичні порушення у осіб із особливими потребами та їх психолого-соціальний супровід.

Кредит 2. Клініко-соціальна реабілітація осіб із психофізичними порушеннями

Тема 3. Клініко-соціальна реабілітація осіб із особливими потребами.

Кредит 3. Психологічний супровід дітей з особливими потребами та реабілітаційні заходи

Тема 4. Психологічний супровід дітей з порушеннями слуху.

Кредит 4. Психологічний супровід дітей з особливими потребами та реабілітаційні заходи

Тема 5. Психологічний супровід дітей з порушеннями зору.

Кредит 5. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами

Тема 6. Психологічний супровід дітей з порушенням опорно-рухового апарату.

Кредит 6. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами

Тема 7. Психологічний супровід дітей з порушеннями уваги.

4. Структура навчальної дисципліни
Денна форма навчання

Назви кредитів і тем	Кількість годин					
	Усього	у тому числі				
		л	п	лаб	інд	ср
1	2	3	4	5	6	7
Кредит 1. Психологічний супровід осіб з психофізичними порушеннями						
Тема 1. Класифікація осіб із особливими потребами.	22	2	2	-	-	18
Тема 2. Психосоматичні порушення у осіб із особливими потребами, супровід	8	2	4	-	-	2
Усього:	30	4	6			20
Кредит 2. Психологічний супровід осіб з психофізичними порушеннями						
Тема 3. Клініко-соціальна реабілітація осіб із особливими потребами	30	2	6	-	-	22
Усього:	30	2	6			22
Кредит 3. Психологічний супровід дітей з особливими потребами						
Тема 4. Психологічний супровід дітей з порушеннями слуху.	30	2	7	-	-	21
Усього:	30	2	7			21
Кредит 4. Психологічний супровід дітей з особливими потребами						
Тема 5. Психологічний супровід дітей з порушеннями зору.	30	1	7	-	-	22
Усього:	30	1	7			22
Кредит 5. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами						
Тема 6. Психологічний супровід осіб з порушенням опорно-рухового апарату	30	1	7	-	-	22
Усього:	30	1	7			22
Кредит 6. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами						
Тема 7. Психологічний супровід дітей з порушенням уваги	30	2	7	-	-	21
Усього:	30	2	7			21
Усього годин	180	12	42	-	-	126

Заочна форма навчання

Назви кредитів і тем	Кількість годин					
	Усього	у тому числі				
		л	п	лаб	інд	ср
1	2	3	4	5	6	7
Кредит 1. Психологічний супровід осіб з психофізичними порушеннями						
Тема 1. Класифікація осіб із особливими потребами.	25	1		-	-	24

Тема 2. Психосоматичні порушення у осіб із особливими потребами, супровід	5		2	-	-	3
Усього:	30	1	2			27
Кредит 2. Психологічний супровід осіб з психофізичними порушеннями						
Тема 3. Клініко-соціальна реабілітація осіб із особливими потребами	30	1	2	-	-	27
Усього:	30	1	2			27
Кредит 3. Психологічний супровід дітей з особливими потребами						
Тема 4. Психологічний супровід дітей з порушеннями слуху.	30	1	2	-	-	27
Усього:	30	1	2			27
Кредит 4. Психологічний супровід дітей з особливими потребами						
Тема 5. Психологічний супровід дітей з порушеннями зору.	30	1	2	-	-	27
Усього:	30	1	2			27
Кредит 5. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами						
Тема 6. Психологічний супровід осіб з порушенням опорно-рухового апарату	30	1	2	-	-	27
Усього:	30	1	2			27
Кредит 6. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами						
Тема 7. Психологічний супровід дітей з порушенням уваги	30	1	2	-	-	27
Усього:	30	1	2			27
Усього годин	180	6	12	-	-	162

**5. Теми лекційних занять
Денна форма навчання**

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
Кредит 1. Психологічний супровід осіб з психофізичними порушеннями		
1.	Тема 1. Класифікація дітей з особливими потребами	2
2.	Тема 2. Психосоматичні порушення у осіб із особливими потребами, супровід	2
Кредит 2. Психологічний супровід осіб з психофізичними порушеннями		
3.	Тема 3. Клініко-соціальна реабілітація осіб із особливими потребами	2
Кредит 3. Психологічний супровід дітей з особливими потребами		
4.	Тема 4. Психологічний супровід дітей з порушеннями слуху	2
Кредит 4. Психологічний супровід дітей з особливими потребами		
5.	Тема 5. Психологічний супровід дітей з порушеннями зору	1
Кредит 5. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами		
6.	Тема 6. Психологічний супровід осіб з порушенням опорно-	1

	рухового апарату	
Кредит 6. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами		
7.	Тема 7. Психологічний супровід дітей з порушенням уваги	2
	Разом:	12

Заочна форма навчання

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
Кредит 1. Психологічний супровід осіб з психофізичними порушеннями		
1.	Тема 1. Класифікація дітей з особливими потребами	1
2.	Тема 2. Психосоматичні порушення у осіб із особливими потребами, супровід	
Кредит 2. Психологічний супровід осіб з психофізичними порушеннями		
3.	Тема 3. Клініко-соціальна реабілітація осіб із особливими потребами	1
Кредит 3. Психологічний супровід дітей з особливими потребами		
4.	Тема 4. Психологічний супровід дітей з порушеннями слуху	1
Кредит 4. Психологічний супровід дітей з особливими потребами		
5.	Тема 5. Психологічний супровід дітей з порушеннями зору	1
Кредит 5. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами		
6.	Тема 6. Психологічний супровід осіб з порушенням опорно-рухового апарату	1
Кредит 6. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами		
7.	Тема 7. Психологічний супровід дітей з порушенням уваги	1
	Разом:	6

**6. Темі практичних занять
Денна форма навчання**

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
Кредит 1. Психологічний супровід осіб з психофізичними порушеннями		
1.	Тема 1. Класифікація дітей з особливими потребами	2
2.	Тема 2. Психосоматичні порушення у осіб із особливими потребами, супровід	4
Кредит 2. Психологічний супровід осіб з психофізичними порушеннями		
3.	Тема 3. Клініко-соціальна реабілітація осіб із особливими потребами	6
Кредит 3. Психологічний супровід дітей з особливими потребами		
4.	Тема 4. Психологічний супровід дітей з порушеннями слуху	7
Кредит 4. Психологічний супровід дітей з особливими потребами		
5.	Тема 5. Психологічний супровід дітей з порушеннями зору	7
Кредит 5. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами		
6.	Тема 6. Психологічний супровід осіб з порушенням опорно-рухового апарату	7
Кредит 6. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами		
7.	Тема 7. Психологічний супровід дітей з порушенням уваги	7
	Разом:	42

Заочна форма навчання

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
Кредит 1. Психологічний супровід осіб з психофізичними порушеннями		
1.	Тема 1. Класифікація дітей з особливими потребами	
2.	Тема 2. Психосоматичні порушення у осіб із особливими потребами, супровід	2
Кредит 2. Психологічний супровід осіб з психофізичними порушеннями		
3.	Тема 3. Клініко-соціальна реабілітація осіб із особливими потребами	2
Кредит 3. Психологічний супровід дітей з особливими потребами		
4.	Тема 4. Психологічний супровід дітей з порушеннями слуху	2
Кредит 4. Психологічний супровід дітей з особливими потребами		
5.	Тема 5. Психологічний супровід дітей з порушеннями зору	2
Кредит 5. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами		
6.	Тема 6. Психологічний супровід осіб з порушенням опорно-рухового апарату	2
Кредит 6. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами		
7.	Тема 7. Психологічний супровід дітей з порушенням уваги	2
	Разом:	12

7. Самостійна робота

Денна форма навчання

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
Кредит 1. Психологічний супровід дітей з психофізичними порушеннями		
1.	Тема 1. Класифікація дітей з особливими потребами	18
2.	Тема 2. Психосоматичні порушення у осіб із особливими потребами, супровід	2
Кредит 2. Психологічний супровід дітей з психофізичними порушеннями		
3.	Тема 3. Клініко-соціальна реабілітація осіб із особливими потребами	22
Кредит 3. Психологічний супровід осіб із особливими потребами		
4.	Тема 4. Психологічний супровід дітей з порушеннями слуху	21
Кредит 4. Психологічний супровід осіб із особливими потребами		
5.	Тема 5. Психологічний супровід дітей з порушеннями зору	22
Кредит 5. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами		
6.	Тема 6. Психологічний супровід осіб з порушенням опорно-рухового апарату	22
Кредит 6. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами		
7.	Тема 7. Психологічний супровід дітей з порушенням уваги	21
	Разом:	126

Заочна форма навчання

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
Кредит 1. Психологічний супровід дітей з психофізичними порушеннями		
1.	Тема 1. Класифікація дітей з особливими потребами	24

2.	Тема 2. Психосоматичні порушення у осіб із особливими потребами, супровід	3
Кредит 2. Психологічний супровід дітей з психофізичними порушеннями		
3.	Тема 3. Клініко-соціальна реабілітація осіб із особливими потребами	27
Кредит 3. Психологічний супровід осіб із особливими потребами		
4.	Тема 4. Психологічний супровід дітей з порушеннями слуху	27
Кредит 4. Психологічний супровід осіб із особливими потребами		
5.	Тема 5. Психологічний супровід дітей з порушеннями зору	27
Кредит 5. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами		
6.	Тема 6. Психологічний супровід осіб з порушенням опорно-рухового апарату	27
Кредит 6. Вікові особливості клініко-соціальної реабілітації осіб із особливими потребами		
7.	Тема 7. Психологічний супровід дітей з порушенням уваги	27
Разом:		162

8. Індивідуальне навчально-дослідне завдання

Індивідуальне науково-дослідне завдання складається з двох напрямів:

I – підготовка та захист контрольної роботи (для студентів ЗФН);

II – створення програми комплексної клініко – соціальної реабілітації осіб з особливими потребами (для студентів ДФН).

9. Форми роботи та критерії оцінювання

Рейтинговий контроль знань студентів здійснюється за 100-бальною шкалою:

Шкала оцінювання: національна та ECTS

ОЦІНКА ЄКТС	СУМА БАЛІВ	ОЦІНКА ЗА НАЦІОНАЛЬНОЮ ШКАЛОЮ	
		екзамен	залік
A	90-100	5 (відмінно)	5/відм./зараховано
B	80-89	4 (добре)	4/добре/ зараховано
C	65-79		
D	55-64	3 (задовільно)	3/задов./ зараховано
E	50-54		
FX	35-49	2 (незадовільно)	Не зараховано

Форми поточного та підсумкового контролю.

Поточний контроль здійснюється під час проведення практичних занять; має на меті перевірку рівня підготовки студентів до виконання конкретної роботи. Види поточного контролю: усне та письмове опитування, тестування, самоконтроль, складання схем, таблиць, опорних конспектів.

Підсумковий контроль здійснюється з метою оцінки результатів навчання студента. Вид підсумкового контролю: контрольна робота, залік.

Контрольна робота (КР) є обов'язковою складовою підсумкового контролю навчальних досягнень студентів. Виконання студентами КР спрямоване на всебічну і комплексну перевірку обсягу, рівня та якості засвоєння ними всього навчального матеріалу, що входить до кожного модуля: як матеріалу, що підлягає вивченню під час аудиторної роботи, так і самостійної роботи.

Іспит – вид підсумкового контролю, що полягає в оцінюванні засвоєння студентом навчального матеріалу на підставі виконання ним певних типів робіт на практичних заняттях, у процесі самостійної роботи, індивідуального навчально-дослідного завдання, контрольних робіт, виконання тестових завдань.

Критерії оцінювання відповідей на практичних заняттях:

“відмінно” – студент демонструє повні і глибокі знання навчального матеріалу, достовірний рівень розвитку умінь та навичок, правильне й обґрунтоване формулювання практичних висновків, уміння приймати необхідні рішення в нестандартних ситуаціях, вільне володіння науковими термінами, аналізує причинно-наслідкові зв’язки;

“дуже добре”- студент демонструє повні знання навчального матеріалу, допускає незначні пропуски матеріалу, вміє застосувати його щодо конкретно поставлених завдань, у деяких випадках нечітко формулює правильні відповіді;

“добре” – студент демонструє повні знання навчального матеріалу, але допускає незначні пропуски фактичного матеріалу, вміє застосувати його щодо конкретно поставлених завдань, у деяких випадках нечітко формулює загалом правильні відповіді, допускає окремі несуттєві помилки та неточності;

“достатньо” – студент володіє більшою частиною фактичного матеріалу, але викладає його не досить послідовно і логічно, допускає істотні пропуски у відповіді, не завжди вміє інтегровано застосувати набуті знання для аналізу конкретних ситуацій, нечітко, а інколи й невірно формулює основні теоретичні положення та причинно-наслідкові зв’язки;

“задовільно” – студент не володіє достатнім рівнем необхідних знань, умінь, навичок, науковими термінами.

Кількість балів у кінці семестру повинна складати від 300 до 600 балів (за 6 кредити), тобто сума балів за виконання усіх завдань.

Відповідний розподіл балів, які отримують студенти за 6 крд.

Розподіл балів, які отримують студенти

Поточне тестування та самостійна робота							Накопичувальні бали/ Сума
T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	600
50	50	100	100	100	100	100	

*Примітка. Коефіцієнт для іспиту – 0,6. Іспит оцінюється в 40 б.

10. Засоби діагностики

Засобами діагностики та методами демонстрування результатів навчання є: завдання до практичних занять, завдання для самостійної та індивідуальної роботи (зокрема есе, реферати), презентації результатів досліджень, тестові завдання, контрольні роботи.

11. Методи навчання

Усний виклад матеріалу: наукова розповідь, спрямована на аналіз фактичного матеріалу; пояснення – вербальний метод навчання, за допомогою якого розкривається сутність певного явища, закону, процесу; семінари-дискусії, інтерактивні заняття з використанням інтернет-технологій, розв’язування задач на основі психотерапевтичних випадків, презентації, герменевтичний аналіз, ділові ігри, психотерапевтичні вправи й техніки, ілюстрація – метод навчання, який передбачає показ процесів у їх символічному зображенні (малюнки, схеми, графіки та ін.).

12. Рекомендована література

Базова

10. Михаленкова І.А. Практикум по психології дітей с порушенням слуха : [практикум] / І.А. Михаленкова. – Одеса: Речь, 2016. – 96 с.
11. Михайленко М. У згоді зі світом і з собою. Розвиток соціальної впевненості дітей старшого дошкільного віку// Психолог, №3, 2018. – С.32-39.
12. Мартиненко О. А. Як навчити вашу дитину спілкуватися і дружити: [практичний poradnik] / О. А. Мартиненко – Х. : Вид-во «Ранок», 2014. – 128 с.

13. Михальський А. В. Психологія конструювання майбутнього : [навчальний посібник] / А. В. Михальський – М.: МГППУ, – 2014. – 192 с.
14. Нестик Т.А. Отношение к времени в малых группах и организациях : [монографія] / Т.А. Нестик. – Москва: Ин-т психологии РАН, 2015. – 293с.
15. Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими потребами в умовах інклюзивного навчання: [Методична збірка] /Авторський колектив: Т.Ю. Островська, Л.Я. Кухаренко, В.В. Левченко, С.Л. Кузнякова, Д.С. Панченко, В.О. Бахаєв, А.І. Патерило – Кременчук, 2014. – 68 с.
16. Туріщева Л. В. Увага! Особливі діти: [Тренінги у педагогічній практиці] / Л. В. Туріщева – Х. : Вид. група «Основа», 2016. – 128 с.
17. Хухлаєва О.В. Маленькие игры в большое счастье. Как сохранить психическое здоров'є дошкольника: [Програма] / О.В. Хухлаєва, О.Е. Хухлаєв, И.М. Первушина – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2014. – 224 с.
18. Цуканов Б.И. Время в психике человека: [Монографія] / Б. И. Цуканов. – Одесса: Астропринт, 2016. – 220 с.

Допоміжна література

26. Бондар В. Інтеграція дітей з обмеженими психофізичними можливостями в загальноосвітні заклади: за і проти //Дефектологія. – 2016. – №3. –С.2-5.
27. Выготский Л.С. Основы дефектологии: [ученик для вузов] / Л. С. Выготский. – СПб. : Лань, 2014. – 654 с.
28. Дефектологічний словник : [навчальний посібник] / За редакцією В.І. Бондаря, В.М. Синьова – К. : «МП Леся», 2014. – 528 с.
29. Дмитриев А.А. О некоторых проблемах интегрированного обучения детей с особыми образовательными потребностями // Дефектология. – № 4 – 2015
30. Допплер Д., Лорман Т., Шарма У. Переосмислюючи допоміжні послуги спеціалістів в інклюзивних класах./ Дефектологія – № 3 – 2014.
31. Ильина О.М. Международные нормы об инклюзивном образовании и имплементация их в российскую правовую систему. / Дефектология № 5 – 2018.
32. Інтеграція дітей – інвалідів в середу здорових дітей.// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития –№9-2014.
33. Ілляшенко Т. Інтеграція дітей з особливими освітніми потребами. / Директор школи –№ 34 – 2015.
34. Ілляшенко Т. Інтеграція дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому навчальному закладі: роль шкільного психолога./ Завуч № 19 – 2016.
35. Ілляшенко Т. Питання інтеграції спеціальної і масової школи та організація допомоги дітям з труднощами в навчанні./ Дефектологія № 1 – 2017.
36. Інклюзивний підхід як основа освіти для всіх дітей./ За матеріалами Всеукраїнського фонду «Крок за кроком». Завуч –№ 2 – 2018.
37. Колупаєва А.А. Зasadничі понятійно-термінологічні визначення інклюзивної освіти./ Дефектологія №2 – 2015.
38. Колупаєва А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: Монографія. – К. : «Самміт-Книга», 2015. – 272 с.
39. Колупаєва А.А. Організаційно-педагогічні умови інтегрування дітей з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітній простір // Дефектологія. - № 4 – 2014. –С.56-62.
40. Колупаєва А.А. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: – К.: Університет "Україна", 2014. – 448 с.
41. Малофеев Н.Н. Современному этапу образовательной интеграции – современные инструментальные возможности./ Дефектология – № 6 – 2018.- С.66-74.

42. Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Базовые модели интегрированного обучения./ Дефектология – № 1 – 2018.- С.54-59.
43. Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Интеграция и специальные образовательные учреждения: необходимость перемен. / Дефектология – № 2 – 2018.- С. 23-29.
44. Матвеева М., Миронова С., Гречко Л. Психокорекційна робота в умовах інтегрованого навчання // Дефектологія – № 3 – 2017. – С.55-77.
45. Назарина В. Дитина зі зниженим слухом в інтегрованому класі // Д. – № 4 – 2015.
46. Пасторова А.Ю. Психологические и психофизические характеристики дошкольников с обычным развитием в группах интеграции // Дефектология – № 6 – 2018.
47. Рачова Н. Соціально-педагогічний супровід дітей з особливими потребами./ Дефектолог – №10 – 2017.
48. Соловйов Ю. Інтеграція дітей з відхиленнями у розвитку в сучасне суспільство./ Дефектолог – № 12 – 2017.
49. Сорокин В.М. Специальная психология: Учеб. пособие / Под научн. ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: Речь, 2015 – 216 с.
50. Шевцов А. Методологія соціального реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності./ Завуч – № 19 – 2016.

13. Інформаційні ресурси

<http://ussf.kiev.ua/>
http://www.pedlib.ru/Books/3/0485/3_0485-72.shtml
<http://www.ikpp.npu.edu.ua/>
<http://edu.resobr.ru/archive/year/articles/1910/>
<http://zakon1.rada.gov.ua/>
<http://www.mon.gov.ua/>
<http://www.canada-ukraine.org/>
<http://www.defectology.ru/>
http://www.education-inclusive.com/uk/project_rationale.php
<http://www.disabilitystudies.ca/>
http://ispukr.org.ua/institut_specialnoyi_pedagogiki_apn_ukrayini.html

Контрольні тестові завдання

1. Тривога – це емоція:

- А) пов'язана з переживанням тривалих неприємностей;
- Б) спрямована на майбутнє, пов'язана з передбаченням можливих невдач;
- В) пов'язана з переживанням попередніх втрат та образ;
- Г) яка супроводжується переживаннями будь-якої негативної події.

2. Для депресивного хворого характерне:

- А) бліде маскоподібне обличчя;
- Б) багата виразна міміка обличчя;
- В) асиметрія у мімічних реакціях;
- Г) міміка скорботи.

3. Прискорена мова частіше характеризує:

- А) депресивного пацієнта;
- Б) хворого з іпохондричними переживаннями;
- В) тривожного пацієнта;
- Г) особу, яка демонструє поведінку симуляції.

4. Голосна мова найчастіше відмічається у:

- А) осіб астено-невротичного рівня;
- Б) хворих з елементами нав'язливості;
- В) хворих з іпохондричними переживаннями;
- Г) пацієнтів в гіпоманіакальному стані.

5. Адаптація пацієнта до умов стаціонару триває приблизно:

- А) близько 5 днів;
- Б) близько 2 тижнів;
- В) перші два дні госпіталізації;
- Г) 15 днів.

6. Поведінка агравації характеризується:

- А) свідомим відображенням симптомів відсутньої хвороби;
- Б) зменшенням симптомів хвороби;
- В) перебільшенням симптомів хвороби;
- Г) неусвідомленням симптомів хвороби.

7. В структурі внутрішньої картини хвороби виокремлюють наступні основні компоненти:

- А) сенситивний та емоційний;
- Б) емоційний та раціональний;
- В) емоційний, раціональний та мотиваційний;
- Г) сенситивний, емоційний, раціональний і мотиваційний.

8. Адаптивні механізми, які спрямовані на редукцію патогенної емоційної напруги, що охороняють від хворобливих почуттів та спогадів, а також від подальшого розвитку психологічних та фізіологічних порушень, називають:

- А) копінг-механізмами;
- Б) механізмами психологічного захисту;
- В) компенсаторними психологічними механізмами;
- Г) адаптивними психологічними реакціями.

9. Іпохондрія – це:

- А) хворобливо перебільшена турбота за своє здоров'я;
- Б) страх перед соціальними наслідками хвороби;
- В) небажання виліковуватися;
- Г) отримання користі від захворювання.

10. До “важких” відносять пацієнтів, які мають:

- А) епілептоїдні риси;
- Б) депресивні риси суїцидальною спрямованості;
- В) гіпертичні риси;
- Г) астено-невротичні риси.

11. Психологічною засадою особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії є:

- А) теорія діяльності;
- Б) теорія відношень;
- В) теорія установки;
- Г) теорія поля.

12. Особистісно-орієнтована (реконструктивна) психологія – це:

- А) психотерапевтичний вплив, який враховує особливості пацієнта;
- Б) психотерапевтичний напрямок, який базується на психології відношень;

В) варіант клієнт – центрованої психотерапії;

Г) варіант когнітивної психотерапії.

13. Когнітивна психотерапія виникла як один із напрямів:

А) раціональної психотерапії;

Б) гуманістичної психотерапії;

В) поведінкової психотерапії;

Г) психодинамічної психотерапії.

14. Психологічною засадою психодинамічного напрямку є:

А) біхевіоризм;

Б) психоаналіз;

В) гуманістична психологія;

Г) когнітивна психологія.

15. У хворого підвищений, ейфоричний настрій, він легковажно ставиться до недуги та лікування. Надіється, що "само все обійдеться", тому порушує режим, що призводить до загострення перебігу хвороби. Який тип реагування на недугу?

А) утилітарний;

Б) анозогностичний;

В) неврастенічний;

Г) ейфоричний;

Д) дисфоричний.

16. Хворий прагне співчуття, уваги, кращого ставлення до себе, говорить: "А може, отримаю пенсію за інвалідністю і не буду працювати, а займатимусь вдома улюбленою справою". Який тип реагування на недугу?

А) ейфоричний;

Б) зневажливий;

В) егоцентричний;

Г) нозофільний;

Д) утилітарний.

17. Хворий активно відкидає думки про недугу та її можливі наслідки, прояви хвороби оцінює як "несерйозні відчуття", тому відмовляється від обстеження і лікування або обмежується "самолікуванням". Який тип реагування на хворобу?

А) егоцентричний;

Б) гармонійний;

В) апатичний;

Г) ейфоричний;

Д) анозогностичний.

18. Хворий цілком байдужий до своєї недуги та її наслідків, апатичний, втратив інтерес до життя, до всього, що раніше його цікавило. Пасивно приймає ліки та процедури. Який тип реагування на хворобу?

А) іпохондричний;

Б) анозогностичний;

В) егоцентричний;

Г) апатичний;

Д) депресивний.

19. Хворий тривожний, депресивний, неспокійний, побоюється можливих ускладнень, сумнівається в ефективності лікування, настрої пригнічений. Який тип реагування на хворобу?

- А) іпохондричний;
- Б) неврастенічний;
- В) тривожно-депресивний;
- Г) дисфоричний;
- Д) анозогнозичний.

20. Хворий депресивний, пригнічений, тривожний, не вірить у сприятливе закінчення недуги, не виявляє особливого інтересу до обстеження і лікування. Який тип реагування на хворобу?

- А) ейфоричний;
- Б) дисфоричний;
- В) тривожно-депресивний;
- Г) іпохондричний;
- Д) неврастенічний.

21. Хворий переконаний у наявності в нього серйозної недуги, постійно зосереджений на хворобливих відчуттях, переживання та безперервні розмови про хворобу призводять до перебільшеного суб'єктивного сприймання наявних і пошуку уявних недуг. Бажання лікуватись поєднуються з невірою в успіх. Який тип реагування на хворобу?

- А) тривожно-депресивний;
- Б) іпохондричний;
- В) апатичний;
- Г) егоцентричний;
- Д) дисфоричний.

22. Хворий дратівливий при болю, стражданнях, нетерплячий, нездатний чекати результатів обстеження і лікування. Який тип реагування на хворобу?

- А) депресивний;
- Б) іпохондричний;
- В) егоцентричний;
- Г) неврастенічний;
- Д) ейфоричний.

23. Тривога хворого більше стосується не реальних, а можливих ускладнень недуги, а також малореальних життєвих труднощів, пов'язаних з нею. Розуміє абсурдність своїх хвилювань, але не може подолати їх. Який тип реагування на хворобу?

- А) неврастенічний;
- Б) дисфоричний;
- В) апатичний;
- Г) нав'язливо-тривожний;
- Д) тривожно-депресивний.

24. У хворого пригнічено-злобний настрої, схвильований, схильний до спалахів крайньої невдоволеності людьми, які його оточують, і собою теж. Скрупульозно виконує призначення, але з підозрілою недовірою ставиться до нових призначень. Який тип реагування на хворобу?

- А) зневажливий;
- Б) дисфоричний;
- В) утилітарний;
- Г) депресивний;
- Д) іпохондричний.

25. Хворий зневажливо ставиться до свого здоров'я, недооцінює серйозність недуги, не лікується, не береже себе і виявляє необґрунтований оптимізм щодо прогнозу. Який тип реагування на хворобу?
- А) нозофільний;
 - Б) утилітарний;
 - В) ейфоричний;
 - Г) зневажливий;
 - Д) анозогнозичний.
26. Хворий демонструє свою хворобу близьким і рідним з метою привернути до себе їх увагу, вимагає виняткового піклування про себе. Який тип реагування на хворобу?
- А) утилітарний;
 - Б) егоцентричний;
 - В) гармонійний;
 - Г) анозогнозичний;
 - Д) зневажливий.
27. Хворий гармонійно, правильно оцінює свою недугу, прагне активно сприяти лікуванню, а при несприятливому прогнозі переключаче увагу на інші фактори. Який тип реагування на хворобу?
- А) неврастенічний.
 - Б) гармонійний.
 - В) ейфоричний.
 - Г) егоцентричний.
 - Д) апатичний.
28. Хвора задоволена, що захворіла, стверджуючи: "Зможу приділити більше уваги дітям, не буду відводити їх у дитячий садок, зроблю ремонт у квартирі, трохи почитаю, займусь улюбленою справою". Який тип реагування на хворобу?
- А) утилітарний;
 - Б) ейфоричний;
 - В) гармонійний;
 - Г) нозофільний;
 - Д) егоцентричний.
29. Хвора надто боїться своєї недуги, повторно обстежується у різних спеціалістів, часто міняє лікарів. Більшою чи меншою мірою розуміє свою проблему, але не може боротись з нею. Який тип реагування на хворобу?
- А) нозофобний;
 - Б) утилітарний;
 - В) дисфоричний;
 - Г) іпохондричний;
 - Д) депресивний.
30. Хворий не докладає зусиль волі до видужання, вважає недугу несерйозною, а тому ліки приймає від випадку до випадку, не дотримується режиму, дієти, не відмовляється від куріння, вживання алкоголю і т. ін. До якого типу можна віднести цього хворого?
- А) заглиблений у хворобу;
 - Б) боягузливий;
 - В) підозріливий;
 - Г) уявний (істеричний);
 - Д) лінивий.
31. Хворий звикся з недугою, іноді вважає її невиліковною, проте скрупульозно виконує всі призначення, акуратний, педантичний щодо лікування, дуже цікавиться результатами

аналізів, уважно стежить за новинками в галузі медицини. До якого типу можна віднести цього хворого?

- А) уявний (істеричний);
- Б) заглиблений у хворобу;
- В) активний;
- Г) лінивий;
- Д) боягузливий.

32. Хворий охоче звертається до лікарів, піддається різним, часто неприємним маніпуляціям. Може демонструвати різні ознаки хвороб, про які прочитав у книжках чи дізнався від знайомих. У нього переважає бажання лікуватись і показувати свою хворобу. Вимагає співчуття й уваги з боку рідних і медперсоналу. До якого типу можна віднести цього хворого?

- А) підозріливий;
- Б) уявний (істеричний);
- В) лінивий;
- Г) активний;
- Д) боягузливий.

33. Хворий побоюється йти до лікаря ("Може, вигаданий діагноз та й підтвердиться"), боїться рентгенообстеження ("А може, виявлять щось"), аналізів крові ("А що, коли лейкоз?"), сечі ("А якщо раптом діабет?"). До якого типу можна віднести цього хворого?

- А) активний;
- Б) лінивий;
- В) уявний (істеричний);
- Г) боягузливий;
- Д) підозріливий.

34. Хворий підозріливий, нерішучий, боязкий, постійно сумнівається, прагне вивідати все про свою недугу. Легко піддається навіюванню. Цікавиться не так лікуванням, як діагнозом. Відвідує різних спеціалістів, домагається консультацій професорів, охоче піддається різним методам дослідження, але не довіряє їм. До якого типу можна віднести цього хворого?

- А) боягузливий;
- Б) уявний (істеричний);
- В) підозріливий;
- Г) заглиблений у хворобу;
- Д) активний.

35. Хворий метушливий, нетерплячий, вимагає від медицини швидкого "ремонт", як у техніці. Часто виявляє претензії до медиків і конфліктує з ними, порушує режим, вважає, що медсестра робить ін'єкції не так, як треба, і не туди, куди слід, дає не ті ліки. До якого типу можна віднести цього хворого?

- А) активний;
- Б) заглиблений у хворобу;
- В) боягузливий;
- Г) метушливий (вередливий);
- Д) підозріливий.

36. Хворий тверезо ставиться до своєї недуги, спокійно і сумлінно виконує всі призначення, активно допомагає лікареві в боротьбі із хворобою. Настрій рівний, пацієнт впевнений у видужанні. Знаходить собі заняття: читає, пише, щось майструє, допомагає іншим хворим. До якого типу можна віднести цього хворого?

- А) метушливий;
- Б) активний;
- В) заглиблений у хворобу;

- Г) уявний (істеричний);
- Д) підозріливий.

Методичні рекомендації та розробки до практичних занять

Практичне заняття є формою навчального заняття, на якому формуються вміння і навички практичного застосування окремих теоретичних положень навчальної дисципліни шляхом виконання спеціально підібраних завдань.

Основними цілями практичних занять з «Клініко-соціальна реабілітація» є:

- сформуванню уявлення про місце нейропсихології та клінічної психології в контексті інших психологічних дисциплін, сприяти засвоєнню її основних теоретичних засад; ознайомити із загальними категоріями, поняттями, термінами дисципліни, збагатити понятійно-категоріальний апарат студентів;
- ознайомити студентів із основними поняттями та проблемами нейропсихології та клінічної психології;
- ознайомити студентів із загальнопсихологічними фундаментальними проблемами, вирішуваними нейропсихологією та клінічною психологією;
- сформуванню уявлення про різновиди нейропсихологічних порушень / класифікацію психічних розладів, критерії психічної норми;
- ознайомити студентів із основними принципами і методами діагностичних досліджень у клініці, психокорекційної діяльності;
- сформуванню уявлення про методологічні засади терапевтичного процесу, про технологію психологічного супроводу невідкладних психічних станів.

Головна мета набуття практичних умінь і навичок: підготовка до самостійного виконання практичних завдань; набуття вмінь застосування теоретичних знань на практиці; підготовка студентів-психологів до майбутньої професійної діяльності.

На цих заняттях викладач організовує розгляд студентами окремих теоретичних положень навчальної дисципліни, а головне – формує вміння і навички їх практичного застосування шляхом виконання спеціально підібраних завдань.

Орієнтовна структура практичного заняття з дисципліни «Клініко-соціальна реабілітація»

1. Організаційна частина: повідомлення теми, мети заняття.
2. Мотивація навчальної діяльності. Актуалізація опорних знань.
3. Формування вмінь і навичок студентів (закріплення вмінь і навичок або перевірка вмінь і навичок шляхом виконання практичних завдань).
4. Поточний контроль виконання роботи. Підведення підсумків заняття.

Для успішної підготовки до практичних занять студентам необхідно:

- вивчити теоретичний матеріал з теми, користуючись літературними джерелами до курсу (основною і додатковою літературою);
- якісно виконати завдання практичного характеру;
- при необхідності отримати додаткову методичну консультацію від викладача.

Методичні матеріали, що забезпечують самостійну роботу студентів.

Самостійна робота студентів із дисципліни «Реабілітаційна психологія та психіатрія» займає важливе місце у навчальному процесі при підготовці майбутніх фахівців-психологів. Вона сприяє систематизації та закріпленню теоретичних знань, розвитку пізнавальних здібностей та творчої ініціативи, самостійності, відповідальності та організованості, формуванню самостійності мислення, розвитку дослідницьких умінь.

Самостійна робота включає в себе як репродуктивні, так і творчі аспекти діяльності студентів.

Репродуктивний (тренувальний) рівень – спрямований на закріплення знань, формування навичок та умінь (включає складання таблиць та схем тощо); пізнавальна діяльність полягає в осмисленні та запам'ятанні інформації.

Творчий, пошуковий рівень – передбачає аналіз проблемних ситуацій (студент повинен самостійно здійснювати вибір методів та засобів вирішення завдань), виконання учбово-дослідницьких завдань.

Кожний вид самостійної роботи з дисципліни орієнтований на розвиток професійно важливих навичок та умінь.

Основними формами самостійної роботи з дисципліни є:

- виконання тестових завдань;
- перегляд фільму, підготовка до дискусії;
- підготовка мультимедійної презентації;
- укладання термінологічного словника;
- підготовка тематичної доповіді.

Процес організації самостійної роботи студентів включає в себе наступні етапи:

- підготовчий (самоорганізація процесу роботи, вивчення рекомендованої літератури з теми);
- основний (використання прийомів засвоєння, переробки, передачі знань, фіксування результатів);
- заключний (оформлення результатів діяльності, звітування про виконання завдання).

Виконуючи завдання самостійно студенту необхідно:

- засвоїти зміст теми, що винесена на самостійну роботу студентів;
- раціонально спланувати самостійну роботу у відповідності з графіком самостійної роботи, запропонованим викладачем;
- самостійну роботу студент повинен виконувати в організаційних формах, які передбачені робочою програмою;

- виконувати самостійну роботу і звітувати про її результати у відповідності зі строками звітності.

Для успішного виконання завдань, передбачених для самостійного опрацювання, необхідно враховувати наступні суб'єктивні фактори:

1. Вивчення програмного матеріалу із заповненням «прогалін» в знаннях, що затрудняють успішне його засвоєння.
2. Удосконалення умінь працювати з науковими джерелами.
3. Оволодіння логічними операціями (порівнянням, аналізом, синтезом, узагальненням, визначенням понять, правилами систематизації і класифікації).
4. Розвиток пізнавальних психічних процесів: уваги, пам'яті, мовлення, спостережливості, інтелекту, мислення (слабкий розвиток яких може стати серйозною перешкодою у навчанні).
5. Покращення працездатності, що забезпечується нормальним фізичним станом (чергування праці та пауз в роботі, періоди відпочинку, індивідуально обґрунтована норма сну, стресостійкість тощо).
6. Посилення навичок саморегуляції власної поведінки і діяльності, оволодіння оптимальним стилем діяльності, що забезпечить якісне виконання завдань, передбачених програмою.

Студенту дозволяється:

- самостійно визначати рівень опрацювання змісту матеріалу;
- пропонувати додаткові теми і питання для самостійного опрацювання;
- в рамках загального графіку виконання самостійної роботи пропонувати обґрунтований індивідуальний графік виконання і звітування;
- пропонувати свої варіанти організаційних форм самостійної роботи;
- використовувати для самостійної роботи методичні посібники, монографії поза запропонованим переліком літературних джерел;
- використовувати не лише контроль, а і самоконтроль результатів самостійної роботи.

Адекватна оцінка знань, досягнень і недоліків – важлива складова самоорганізації самостійної роботи студента, без неї неможлива успішна робота по управлінню своєю поведінкою і діяльністю.

**Завдання для самостійної роботи студента з дисципліни
«Клініко-соціальна реабілітація»**

№ теми	Зміст завдання	Форма контролю
1	Виконання тестових завдань до теми: «Основні клінічні прояви органічних психічних розладів»	Тестові завдання
2	Перегляд фільму, підготовка до дискусії на тему: «Деменція при хворобі Альцгеймера. Судинна деменція»	Підготовка до дискусії
3	Підготовка мультимедійної презентації до теми: «Деменція при хворобах, кваліфікованих у інших розділах. Делірій»	Мультимедійна презентація
4	Укладання термінологічного словника до теми: «Психічні розлади внаслідок ушкодження або дисфункції головного мозку»	Термінологічний словник
5	Підготовка тематичної доповіді на тему: «Неуточнені органічні або симптоматичні психічні розлади»	Тематична доповідь

6	Виконання тестових завдань з теми: «Шизофренія: основні психологічні діагностичні критерії»	Тестові завдання
7	Підготовка мультимедійної презентації на тему: «Форми шизофренії, їх клінічні прояви»	Мультимедійна презентація
8	Перегляд фільму, підготовка до дискусії на тему «Шизотипові розлади та їх особливості»	Підготовка до дискусії
9	Укладання термінологічного словника до теми: «Психологічні прояви маячних розладів»	Термінологічний словник
10	Підготовка тематичної доповіді на тему: «Соціально-трудова реабілітація та психотерапія хворих на шизофренію»	Тематична доповідь
11	Виконання тестових завдань з теми: «Клінічні прояви афективних розладів настрою, основні реабілітаційні заходи»	Тестові завдання
12	Перегляд фільму, підготовка до дискусії на тему: «Маніакальний епізод»	Підготовка до дискусії
13	Підготовка тематичної доповіді на тему: «Біполярний афективний розлад»	Тематична доповідь
14	Підготовка мультимедійної презентації на тему: «Депресивний епізод. Рекурентний депресивний розлад»	Мультимедійна презентація
15	Укладання термінологічного словника з теми: «Хронічні (афективні) розлади настрою»	Термінологічний словник
16	Підготовка мультимедійної презентації на тему: «Різновиди невротичних та соматоформних розладів, їх психологічні діагностичні критерії»	Мультимедійна презентація
17	Підготовка тематичної доповіді на тему: «Тривожно-фобічні розлади. Обсесивно-компульсивний розлад»	Тематична доповідь
18	Перегляд фільму, підготовка до дискусії на тему: «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації»	Підготовка до дискусії
19	Укладання термінологічного словника з теми: «Дисоціативні розлади»	Термінологічний словник
20	Виконання тестових завдань з теми: «Соматоформні розлади. Невротичні розлади»	Тестові завдання
21	Виконання тестових завдань з теми: «Різновиди та основні клінічні прояви поведінкових синдромів, які пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами»	Тестові завдання
22	Підготовка мультимедійної презентації на тему: «Розлади прийому їжі. Розлад сну неорганічної природи»	Мультимедійна презентація
23	Укладання термінологічного словника з теми: «Відсутність або втрата статевого потягу»	Термінологічний словник
24	Перегляд фільму, підготовка до дискусії на тему: «Психічні і поведінкові розлади, пов'язані з післяпологовим періодом»	Підготовка до дискусії
25	Підготовка тематичної доповіді на тему: «Зловживання речовинами, що не спричиняють залежності»	Тематична доповідь
26	Підготовка мультимедійної презентації на тему: «Специфічні розлади особистості»	Мультимедійна презентація

27	Перегляд фільму, підготовка до дискусії на тему: «Розлади статевої ідентифікації»	Підготовка до дискусії
28	Підготовка тематичної доповіді на тему: «Розлади сексуальної переваги»	Тематична доповідь
29	Укладання термінологічного словника з теми: «Психологічні і поведінкові розлади, пов'язані з сексуальним розвитком і орієнтацією»	Термінологічний словник
30	Виконання тестових завдань з теми: «Інші розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих»	Тестові завдання

Конспект лекцій **Порушення вольової діяльності та уваги**

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

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

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

Патологічне посилення харчового інстинкту -булімія (вовчий голод).

Булімія проявляється надмірним апетитом, причому відчуття насиченості не настає.

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

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

Анорексія - повна відсутність відчуття голоду з відмовою від їжі.

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

Відмова від вживання їжі при психічних захворюваннях не завжди зумовлена ослабленням харчового інстинкту. Її можуть спричинити маячні мотиви (хворий впевнений, що його хочуть отруїти, і боїться вживати "отруєну" їжу або вважає себе злочинцем чи 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 неістинних речовин і навіть власних екскрементів. Воно виникає при тотальному недоумстві, маяченні й галюцинаціях відповідного змісту.

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

Патологічне посилення активно-оборонної форми інстинкту самозбереження супроводжується тим, що хворі, відчуваючи постійний страх за своє життя чи здоров'я, категорично відмовляються від приймання ліків, виконання будь-яких маніпуляцій, чинять опір медперсоналу, а іноді з метою "самозахисту" проявляють агресію. Ці явища можуть бути зумовлені галюцинаціями або маяченням. Заціпеніння (емоційний ступор) розвивається внаслідок дії стресової ситуації, небезпечної для життя. Так, при

землетрусі чи раптовій пожежі людина ціпеніє від жаху і не спроможна ні втекти, ні навіть покликати на допомогу. Послаблення захисного інстинкту виникає при депресивних станах, простій формі шизофренії, а також при порушенні свідомості.

Спотворення захисного інстинкту проявляється в тому, що хворі самі можуть заподіяти собі шкоду різного характеру. Найбільш вираженим спотворенням інстинкту самозбереження є тенденції і спроби самогубства. Виражені тенденції до самогубства виявляють хворі на маніакально-депресивний (біполярний) психоз у депресивній фазі, особи з маяченням депресивного змісту (маячення самозвинувачення в депресивній фазі, пресенільна депресія, маячення переслідування та інші схожі види маячення у хворих на шизофренію). Інколи прагнуть закінчити життя самогубством хворі, які критично оцінюють свій хворобливий стан, на початку маніфестації шизофренії. Іноді спроби самогубства імпульсивно роблять хворі з розладами особистості (психопати).

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

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

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

Статеві відхилення - це прагнення незвичайними способами задовольнити статевий інстинкт.

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

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

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

Найпоширенішими непереборними потягами і діями є kleptomania, піроманія, дромоманія, копролалія і садистські вбивства.

Kлептоманія - 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 переключає свою увагу на новий об'єкт і захоплюється новою ідеєю.

Загальна гіпербулія входить до складу маніакального синдрому (маніакальна фаза маніакально-депресивного психозу, гіпоманіакальна фаза циклотимії, тяжка туберкульозна інтоксикація), може розвиватись після приймання наркотиків стимулювальної дії, виникає при алкогольному сп'янінні (маніакальний варіант), характерна для поведінки пацієнтів з 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'єднані, 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 беззмістовним, 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 звернуться голосно. Дещо пізніше ціпеніють м'язи шиї та потилиці, й голова хворого постійно нахилена до тулуба. Якщо пацієнт може ходити, то нерідко він натягує на голову халат, щоб холодне повітря не потрапляло за комір, який відстає від шиї (симптом "капюшона"). Коли такий хворий лягає в ліжку, то його голова висить у повітрі (**симптом "повітряної подушки"**). М'язи шиї і потилиці при цьому не стомлюються. Відтак заціпеніння переходить на м'язи кінцівок і тулуба. Хворий часто лежить в ліжку в ембріональній позі, 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 зіниці хворого не реагують на подразники, в тому числі на больові. Погляд хворого, який перебуває у стані кататонічного ступору, байдужий, він не реагує рухами очей на події навколо нього. Найчастіше кататонічний ступор буває люцидним, тобто "чистим" (без порушень свідомості). Інколи при кататонічному ступорі розвивається онейроїдне затьмарення свідомості. Такий складний 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 мажними 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 неухважність 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. Неухважність 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 неухважністю порушується запам'ятовування, тому хворі часто скаржаться на погіршення пам'яті, що не завжди відповідає дійсності.

Узагальнення та практичні поради

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

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

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

◆ Хворих із статевими відхиленнями слід утримувати під постійним наглядом.

◆ Про скоєння хворими імпульсивних вчинків необхідно сповістити лікаря.

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

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

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

Питання для самоконтролю

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

ЛЕКЦІЯ **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 рефлекси ще збережені, називають **сопором**.

Найтяжчим ступенем виключення свідомості є **кома**. Як і при сопорі, контакт із хворим не можливий, але, на відміну від нього, при комі згасають безумовні рефлекси (корнеальний, зіничний тощо). Розрізняють такі основні види коми: алкогольна, інтоксикаційна, апоплектична, гіпер- та гіпоглікемічна, епілептична, уремічна, печінкова, посттравматична тощо. Якщо у хворого розвинувся сопор або кома, медична сестра зобов'язана негайно сповістити про це лікаря-куратору або черговому лікарю.

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

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

Деліріозний синдром - це затьмарення свідомості, що поєднується з множинними 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 делірію: алкогольний (біла гарячка), інфекційний, інтоксикаційний, епілептичний, травматичний та судинний. Біля ліжка хворого, в якого розвинувся делірій, необхідно встановити індивідуальний медичний пост.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 їдуть у певний пункт, виконують складні й зовні логічні дії. Проте, коли до них повертається свідомість, з'ясовується, що вони нічого не пам'ятають, що робили все машинально. Тому транс ще називають **амбулаторним автоматизмом**.

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

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

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

Узагальнення та практичні поради

◆ Будь-яке виключення свідомості свідчить про різке погіршення стану хворого. Наявність сопору і коми становить пряму небезпеку його життя. 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.

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

Астеничний синдром у чистому вигляді виникає рідко. Здебільшого до нього приєднуються інші. Найчастіше астеничний синдром поєднується із субдепресивним синдромом, який не сягає рівня психотичного. У такому випадку розвивається **астено-депресивний** синдром. Слід пам'ятати, що астено-депресивний синдром з різним ступенем астенизації і депресивного синдрому розвивається в кожній третій породіллі. Це є звичайним явищем, а симптоми депресії зникають протягом тижня. Якщо депресія довго не проходить, породілля потребує огляду психіатра, а середній медичний персонал повинен уважно спостерігати за нею, щоб не пропустити початок розвитку психозу. В таких хворих при астенизації мають місце виражене зниження настрою, переживання

сумного характеру, їх тяжко втішити, їх 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, міне 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 настірливі 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** (знепритомнення, оглушення, сопор і кома). Клініку і тактику медсестер описано в розділі "Порушення свідомості".

У деяких хворих може виникати **судомний синдром** (еклампсія вагітних, правець, отруєння різними отрутами, набряк мозку, гіпертонічний криз, органічне ураження головного мозку, істеричний та епілептичний напади, епілептичний статус, судоми в немовлят тощо). Клініку розгорнутих судомних нападів і тактику медсестри детально описано в розділах "Епілепсія" і "Неврози". При розвитку судомного нападу необхідно вжити заходів, спрямованих на профілактику само-ушкодження хворого (підкласти під його голову подушку, при можливості виїняти 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.

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

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

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

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

Для інфекційних захворювань із вираженою інтоксикацією і високою 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 оніроїд. 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, інсульт, травми, оперативні втручання, цукровий діабет, уремія, інтоксикація, менінгіти, енцефаліти тощо), у хворого розвивається **психоорганічний синдром**.

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

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

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

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

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

Хворим із 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 посттравматичним корсаківським синдромом потребують постійного стороннього нагляду.

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

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

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

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

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

Неврологічний статус характеризується зніченими порушеннями (міозом, іноді мідріазом, анізокорією, неправильною формою зіниць). Одними з ранніх симптомів хвороби є млявість або відсутність реакції зіниць на світло при збереженні її на акомодацию і конвергенцію (симптом Аргайлля Робертсона); паретичність лицевих м'язів; маскоподібне обличчя, асиметрія носогубних складок, нерівномірність очних щілин. Виникають фібрилярні посмикування м'язів язика і колових м'язів рота. 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 величній (мегаломанічного, грандіозного характеру). Наприклад, хворий стверджує, що має 2118 дітей, бочки з діамантами. Іноді виникають стани, що нагадують маніакальне збудження. Однак при клінічному й експериментальному дослідженні легко виявити характерний симптом - недоумство.

На основі уродженого сифілісу в підлітків (10-15 років) розвивається *юнацький (ювенільний) параліч*. Звичайно спостерігається дементна форма, нерідко в поєднанні з ознаками соматичної неповноцінності (недорозвинення печінки, залоз внутрішньої секреції тощо) і психічного недорозвитку, які є наслідком уродженого сифілісу. Часто при цій формі

виявляють вогнищеві симптоми (повна рефлекторна нерухомість 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).

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

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

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

Узагальнення та практичні поради

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

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

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

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

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

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

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

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

◆ Медична сестра повинна добре орієнтуватись в основних соматичних 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 непсихотичних 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.

ЛЕКЦІЯ

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" (F4).

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 отримує від медика інформацію про наявність у нього серйозного захворювання й усвідомить можливі негативні наслідки (в слабоумних та дементних хворих і гіпертимних психопатів ці реакції практично не виникають, тому що вони адекватно не усвідомлюють свій стан).

Яскравим прикладом психогенної ситуаційної реакції є сифілітична неврастенія. Людина, яка почуває себе практично здоровою, звертається до дерматовенеролога з приводу висипки на шкірі. Після обстеження вона дізнається, що причиною висипки є сифіліс. Усвідомлення цього факту призводить до погіршення загального стану, розвитку 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 успішно виліковують, але пацієнт, якого госпіталізували в лікувальний заклад, цього не знає, бо їх вже виписали зі стаціонару. Деякі хворі з прогресивним перебігом хвороби і частими загостреннями "осідають" у лікарні на тривалий час і створюють негативний психологічний клімат у плані прямого або опосередкованого навіювання неефективності лікування.

Хворі з вираженими тривожними переживаннями практично завжди вивчають інструкції, які стосуються дії призначених ліків. Внаслідок своєї 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.

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 незагрожує 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 отримувє негативну інформацію про суб'єктивне переживання цієї процедури від інших хворих. Його думки і переживання концентруються навколо майбутніх "тортур". Хворий напередодні погано спить, вдень із тривогою чекає на процедуру зондування. Він суб'єктивно переживає в уяві неприємні відчуття. Тому напередодні краще не говорити хворому про це втручання (буде краще спати), а якщо хворий вже знає про це, то необхідно виконати неприємну процедуру якнайшвидше.

Ситуаційні реакції і психогенні тривожні стани проходять після успішного вилікування основного 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, 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 нападах страху з'являються тоді, коли хворий залишається наодинці.

Медична сестра, яка є помічником лікаря, повинна глибоко усвідомити, що факт захворювання 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, знесилення.
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 ефекторно-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 почашення сечовипускання без збільшення діурезу. В жінок можуть з'явитися ті чи інші відхилення в менструальному циклі, в чоловіків - явища імпотенції, які проявляються різними формами порушення статевого потягу та ерекції.

Із загальних симптомів можна виділити гіперестезію до зовнішніх подразників (світла, звуку тощо) і погане самопочуття, яке хворим іноді тяжко 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 астенізації 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 вико-наноїдїї.

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

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

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

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

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

Одні з нав'язливих дій заповнюють його думки доти, доки не будуть реалізовані, інші не помічаються ним. Для того, щоб утриматись від нав'язливих дій, хворий повинен невідступно стежити за собою, хоча для нього це дуже обтяжливо.

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

Для цього виду неврозу характерні:

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

Диференційна діагностика необхідна для розмежування неврозу нав'язливості та шизофренії, мозкового атеросклерозу і наслідків енцефаліту. Відмінною 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 (гіпфестезія до світла, звуків, дотику, больового подразнення тощо), у рефлекторній сфері - підвищенням рефлексів із розширенням їх зони, в руховій сфері - тиками, сіпанням, тремором, хорейформними 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
1. Починається під час або після	1. Починається здебільшого без причин.
2. Падіння хворого м'яке, без ушкоджень, оскільки він залишається притомним. Спостерігають лише свідомості зі збереженням захисних механізмів.	2. Раптова непритомність, м'язового тону, падіння (часто обличчям додолу з подальшим поверненням на спину внаслідок часті ушкодження.
3. Різноманітні рухи тулуба і різке вигинання тулуба таким чином, тільки потилиця і ноги торкаються ліжка. Нерідко виникають манерні, рухи (пози).	3. Фазні судоми - спочатку клонічні.
4. Колір шкіри обличчя не спостерігають її почервоніння.	4. Різке збліднення шкіри посиніння її.
5. Язик не ушкоджений, іноді хворі прикушують губу або внутрішню щоки, дихання посилене.	5. Прикушування язика (з боків), рота, яка часто забарвлена кров'ю. Дихання різко порушене.
6. Рефлекси: зіничні - збережені, розтулити стиснуті повіки, шкірні - сухожилльні - збережені, можуть підвищуватися.	6. Усі рефлекси відсутні, після нерідко виявляють рефлекс
7. Порушень функції тазових органів	7. Мимовільне сечовипускання, дефекація, еякуляція.
8. Реакція на зовнішні подразники за відсутності відповіді можливе судом, через що краще дати хворому	8. Реакція на зовнішні подразники відсутня.
9. Напад триває довго, іноді	9. Тривалість нападу - 2-5 хв.
10. Після нападу інколи виникає або відчуття розбитості.	10. Після нападу спостерігають сон або оглушення, іноді рідше тривалі, запаморочливі свідомості, відчуття розбитості, м'язах, головний біль, зрідка альбумінурія.

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, 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, показане стаціонарне лікування.

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

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

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

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

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

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

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

Медична сестра повинна вміти правильно розпізнавати тривожні розлади. Наприклад, лікар, який приймає дитину на лікування в дитяче відділення, бачить типовий для такої ситуації психічний стан дитини, який він кваліфікує як звичайну минушу 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 реадaptaції 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, образ, тугу чи інші негативні емоції.

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

Серед реактивних психозів розрізняють:

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

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

Реактивний ступор проявляється заціпенінням, що виникає раптово: 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 загрозової ситуації і навколишнього середовища.

Затяжні психогенні психози проявляються реактивною депресією та реактивним параноїдом.

Реактивна депресія. Смерть близької людини, тяжкі життєві невдачі здатні викликати реакцію депресії. У цьому стані хворі пригнічені, вираз обличчя в них скорботний, хода повільна, можуть тривалий час сидіти в одноманітній позі з опущеною головою або лежати, підібгавши ноги, байдужі до всього, спілкуються мало і неохоче. Переживання сконцентровані навколо обставин, які пов'язані з психічною травмою. Думки про неприємну подію невідступні, деталізуються, стають надцінними, а інколи трансформуються в маячення. Психомоторна загальмованість часом досягає рівня депресивного ступору. Коли до туги приєднується тривога, страх або гнівливість, може розвинути психомоторне збудження: хворі голосно плачуть, заламують руки, б'ються головою об стіну, роблять спроби самогубства.

Психоз проходить через певний час після вирішення психотравмуючої ситуації або після примирення з її наслідками. При розвитку реактивної депресії хворого повинен оглянути лікар-психіатр, щоб госпіталізувати його в психіатричну лікарню для запобігання самогубству й організації належного лікування.

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

◆ Уразі 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.

◆ 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.

ЛЕКЦІЯ

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 цієї специфічної групи 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 поліклініку і стаціонари, є практично здоровими людьми, які потребують лише адекватної корекції емоційного стану. Окрім цього, щонайменше у 25 % людей, в яких насправді є соматичні хвороби велике значення в клінічній картині відіграють невротичні розлади.

У виникненні психосоматичних розладів значну роль відіграє дія 5 факторів:

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

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

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

Прихована депресія- це ендогенний депресивний стан, при якому на перший план клінічній картині захворювання виходить велика кількість різноманітних соматичних скарг, власне психічні афективні її прояви стерті, нерідко виступають заїх

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 судоми, пульсації, печії, стискання в передсердній ділянці, сильні серцебиття і перебої. Здебільшого біль не минає досить довго (від тижня до кількох місяців) і має тупий характер, значно рідше гострий, колючий, пекучий біль має нападоподібний 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 епігастра-льній ділянці по ходу кишечника і в ділянці печінки, відчуття тяжкості, стискання, переповнення, розпирання, вібрації шлунка, здуття кишечника, нудота, вимушена відрижка. Біль найчастіше має затяжний, постійний, ниючий, розпираючий, тупий характер, проте періодично на цьому фоні виникає 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 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.
- ◆ Знижена 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, вищеперераховані синдроми найчастіше виникають у людей, схильних до короткочасних чи більш тривалих невротичних реакцій.

Згідно з діагностичними критеріями з **DSM-III-R**, наявність 4 і більше з 13 нищеперерахованих порушень, які виникають і перебігають нападаподібно 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 сні, пов'язані з цією подією, які повторюються;
- виражене психічне напруження при виникненні ситуацій, які викликають якусь психологічну асоціацію з перенесеною психотравмою.

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

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

3. Зниження емоційно-енергетичного потенціалу після перенесеної психотравми:

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

4. Стійкі симптоми підвищеної збудливості, дратівливості, які не спостерігались до психотравми і виявляються щонайменше двома з наведених нижче симптомів: - труднощі, пов'язані із засинанням і сном;

- дратівливість або спалахи гніву;
- труднощі з концентрацією уваги;

- підозріливість;
- лякливість;
- вегетативні реакції на події, що якимось чином нагадують чи символізують перенесену психотравму.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

З 4 по 15 день дози поступово збільшують до 50-100 мг антидепресантів (вранці й ввечері), 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 амітриптілін, а при його відсутності вранці призначати меліпрамін у комбінації з транквілізаторами.

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

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

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

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

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

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

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

◆ На відміну від лікування прихованої депресії, хворим на 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 заспокоюють 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 якнай швидшевилікувати 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,

невиписувати без крайньої потреби листок непрацездатності, не госпіталізувати, не "випихати" хворого на санаторно-курортне лікування, не забороняти йому займатися посиленою домашньою роботою, щоб пацієнт не думав про наявність у нього тяжкої хвороби.

◆ Необхідно лікування пацієнта проводити паралельно із сімейною психотерапією. Родичів і близьких потрібно поінформувати про сутність страждань члена їх сім'ї. Вони повинні бути толерантними до зміни самопочуття хворого, деяких примх, необхідно приділити йому більше уваги, але не слухати його в усьому, не можна жаліти, потрібно вимагати виконувати посилені 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 домінуючих альфа- і бета-ритмів при достатній реактивності, домінуючих кривих ЕЕГ 1 і 2 типів. На нейро-картограмі ефект лікування підтвердиться домінуючою потужністю альфа- і бета-ритмів 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 диссоманічного 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 вігального 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 дієнцефального синдрому?

ЛЕКЦІЯ

Ендогенні психози

Ендогенні психози - це психічні захворювання нез'ясованої етіології, розвиток яких не зумовлений дією екзогенних і психогенних факторів.

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

Маніакально-депресивний психоз (біполярний психотичний розлад)

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

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

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

1. Зміна настрою й емоційного стану. У хворого в маніакальному стані спостерігають підвищення настрою й ейфорію, яка проявляється максимальним афектом. Проте стан афекту є лабільним і може швидко перетворюватись на виражене вороже ставлення, особливо до спроби обмеження бажань хворого.
2. Зміни процесів мислення і стереотипу спілкування проявляються:
 - ◆ скачкою ідей - постійною швидкою зміною однієї теми іншою;
 - ◆ балакучістю - потік слів настільки сильний і сталий, що перервати прискорені процеси мислення практично неможливо;
 - ◆ надцінними і маячними ідеями переоцінювання своїх можливостей, величі.
3. Постійне підвищення рухової активності. Хворий завжди знаходиться в стані безперервного руху.
4. Порушення схеми сну. Хворий не відчуває втоми, не потребує сну, не відпочиває і не спить по декілька 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 становищу, 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 загрудинній ділянці, що

нерідко поєднується з відчуттям тривоги або втратою звичайного емоційного (емпатичного) відреагування навіть при контакті з рідними і близькими. Втрачається можливість плакати з виділенням сліз.

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

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

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

5. 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 жінокрепродуктивного 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 самогубства. При організації догляду за депресивним хворим медична сестра повинна пам'ятати про наявність високого ризику самогубств, особливо в згаданий критичний період виходу з депресивної фази. Є два типи перебігу МДП: біполярний, при якому захворювання проявляється двома зазначеними фазами, і монополярний, при якому спостерігають лише одну фазу (здебільшого депресивну).

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

Лікування. Хворі на МДП підлягають госпіталізації в психіатричний стаціонар. До лікарська 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 нейролептиків 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 міжтерапевтичною 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.

ЛЕКЦІЯ Шизофренія

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Розрізняють такі основні клінічні форми шизофренії.

Проста форма. Основними клінічними проявами є поступове згасання емоційно-вольової активності, зниження енергетичного потенціалу, аутизм. Галюцинаторно-маячні включення виникають рідко і мають рудиментарний короткочасний характер. Початок простої форми шизофренії необхідно диференціювати з астеничною формою неврастенії і неврозоподібними синдромами, викликаними іншими захворюваннями. Основними діагностичними критерієм є прояви розщеплення між особою і зовнішнім середовищем, які повільно, але неухильно нарастають (перший рівень), утруднення, а потім і повна неможливість продуктивної діяльності при формально збереженому інтелекті, прогресуючий апатико-абулічний синдром і поступовий розвиток дефекту за апатичним типом. Ця форма шизофренічного процесу перебігає без ремісій за безперервно-прогресивним типом.

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

Маячення може з'явитись швидко, інколи раптово, частіше-поступово. На першому етапі захворювання виникає так звана маячна настороженість: відчуття безпідставної тривоги, відчуття, що повинно щось трапитись. Пізніше настає етап кристалізації маячної ідеї, яка має параноїдний характер, а через певний період маячення набуває параноїдної форми. Досить часто на цьому етапі формується і розвивається **синдром психічного автоматизму (Кандінського-Клерамбо)**.

Наявність розгорнутого синдрому психічного автоматизму з псевдогалюцинаціями, а також проявами ідеаторного, сенсорного і моторного автоматизму, як правило, свідчить про наявність параноїдної форми шизофренії. З перебігом захворювання на етапі розвитку шизофренічного дефекту параноїдне маячення може трансформуватись у парафренний синдром. Параноїдна форма захворювання здебільшого має переривчасто-прогресивний тип перебігу.

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

Кататонічна форма шизофренії проявляється-кататонічним збудженням або кататонічним ступором.

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

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

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

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

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

Ця форма шизофренії має переривчасто-прогресивний тип перебігу.

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

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

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

Маніакальне збудження при циркулярній формі шизофренії, на відміну від відповідної фази маніакально-депресивного психозу, менш природне, воно відштовхує від себе або викликає огиду чи співчуття. Нерідко супроводжується брутальним, із втратою найменших ознак самоконтролю, сексуальним розгальмуванням. Руховий компонент збудження переважає над мовним. Інтелектуально-мнестичний компонент мовного збудження не має характерних для маніакально-депресивного психозу дотепності, кмітливості, влучності. Руховому збудженню нерідко властиві виражені риси гебоїдності.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

При гострому психомоторному збудженні використовують нейролептик із загальною седативною дією аміназин по 300-600 мг на добу. Для лікування галюцинацій застосовують галоперидол по 20-40 мг на добу. Наявність маячення є показанням для призначення стелазину - по 40-80 мг на добу. При кататонічних синдромах рекомендують приймати мажептил - по 60-80 мг на добу. Стийке безсоння лікують тизерцином по 100-300 мг на добу. Для активізації хворих застосовують френолон або соннапакс. При вираженій

психопатоподібній симптоматиці призначають лепо-некс - по 300400 мг на добу. При депресивних станах - антидепресанти в поєднанні з невеликими дозами нейролептиків.

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

У результаті лікування розвивається один з чотирьох **типів ремісії**. Ремісія "А" означає практичне видужання з відновленням працездатності, хворі не можуть виконувати тільки роботу, пов'язану з носінням зброї і користуванням вибуховими речовинами тощо. Ремісія "В" - продуктивна симптоматика зникає, але залишаються неспсихотичні (астенічні або неврозоподібні) розлади. Працездатність при цьому обмежена. Як правило, хворих звільняють від роботи в нічні зміни. Ремісія "С" - психічний стан хворого покращується, але залишаються резидуальні психопатологічні розлади. При цьому типі ремісії хворий не працездатний, але може утримуватись у сім'ї під наглядом родичів. Ремісія "D" - психопатологічні розлади дещо зменшуються, але хворого не виписують із лікарні, бо він небезпечний для родичів, людей, які його оточують, і для себе. Інколи хвороба терапевтично резистентна, тоді психічний стан хворого після лікування практично не покращується.

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

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

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

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

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

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

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

Узагальнення та практичні поради

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

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

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

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

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

◆ Небезпечні предмети у хворого з психозом необхідно забрати.

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

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

Питання для самоконтролю

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

ЛЕКЦІЯ

Епілептична хвороба

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

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

Нерідко спочатку з'являється **аура** ("подув") - різні хворобливі явища, які переживає хворий протягом декількох секунд безпосередньо перед виключенням свідомості. Зорова аура - видіння жахаючого характеру з яскравим, зловісним забарвленням: криваво-червоним, чорним (прірва, клуби вогню, яскравого полум'я, будинки, що валяться тощо). При слуховій аурі хворі чують свист, барабанний бій, дзвін, тріск, іноді мелодії тощо. При нюховій аурі вони чують запахи, здебільшого неприємні (горілого м'яса, мертвеччини тощо). Смакова аура-поява неприємного відчуття в роті (гіркого, металічного тощо). Сенсорна аура - різні, іноді зовсім незвичні, відчуття власного тіла.

Часто виникають вісцеральні аури. Хворі скаржаться на раптовий, нападopodobний біль у животі, іноді напад нудоти і блювання, серцебиття, раптове настання ядухи, відчуття голоду і спраги. При руховій аурі в них раптово виникають різні рухи: скреготання

зубами, жувальні рухи, раптовий біг уперед, окремі м'язові посмикування, тики тощо. Психічна аура проявляється появою у хворих відчуття тваринного страху, а іноді екстазу або блаженства.

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

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

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

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

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

З численних форм психічних еквівалентів епілептичного нападу найчастіше (практично у всіх хворих) трапляються дисфорії. **Дисфорії** - це періодичні напади похмурого, буркитливо-дратівливого, злобного і понурого настрою з підвищеною чутливістю до будь-якого зовнішнього подразника, що часто супроводжується винятковою озлобленістю і роздратуванням. Такі зміни емоцій виникають з будь-якого, навіть незначного, приводу або і без нього. У стані дисфорії хворі схильні до конфліктів і агресивної малоконтрольованої поведінки. Тривалість дисфорій різна: від декількох годин до декількох днів.

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

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

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

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

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

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

Епілептичний делірій. В основі деліріозних явищ лежить сноподібне затьмарення свідомості.

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

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

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

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

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

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

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

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

Розрізняють такі імовірні ознаки безконвульсійної епілепсії:

1. Розлади сну. В ранньому дитинстві відзначають неспокійний сон із здриганнями, частим прокиданням, упертим плачем уночі без прокидання. У дітей дошкільного віку

нерідко наявні нічні страхи. Діти шкільного віку в сні ходять, говорять, кричать, плачуть, сміються, цей період вони амнезують; бувають також нічні психомоторні напади з наявністю автоматичних цілеспрямованих однотипних дій. У підлітків домінують психомоторні напади, вони ходять у сні, бачать жахливі сни, відчуваючи при цьому страх, прокидаються вночі, інколи з подальшим просонковим станом і відсутністю відчуття бадьорості після сну та головним болем.

2. Больові пароксизми. Пароксизми головного болю при безконвульсійній формі епілепсії нагадують мігрень. На відміну від останньої, головний біль менш тривалий, більш стереотипний, не залежить від провокуючих факторів і вегетативної симптоматики.

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

3. Генералізовані пароксизми включають у себе:

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

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

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

4. Парціальні безконвульсійні пароксизми з простою симптоматикою, які характеризуються тим, що у хворих без видимих причин виникають різноманітні (елементарні або складні) чуттєві прояви: "повзання комах", парестезії, оніміння, відчуття зміни частин тіла; часткова або повна сліпота, випадіння поля зору, поява зорових порушень (іскри, полум'я, випромінювання); втрата слуху, відчуття хрюкоту, тріску, шуму; поява неіснуючих запахів, розлади смаку з масивним слиновиділенням, жувальними і ковтальними рухами; однотипне повторення звуків і слів, а також напади епілептичного запаморочення і пароксизмальних знепритомнень. Знепритомнення епілептичного генезу, на відміну від знепритомнення внаслідок недостатності церебральних механізмів кровообігу або раптового розвитку вираженої церебральної іпоксії, розвивається раптово (без попередньої загальної слабості, запаморочення, шуму в голові, розладів зору і слуху, гіпергідрозу). При цій патології можуть виникнути аура, миттєва втрата свідомості, раптове падіння з отриманням сильних ударів тіла і вихід з непритомного стану через оглушення, дезорієнтацію, психомоторне збудження або постпароксизмальний сон. Ретроградна амнезія з високим ступенем імовірності свідчить про те, що втрата свідомості може бути проявом безконвульсійної епілепсії.

5. Парціальні безконвульсійні пароксизми зі складною симптоматикою, включають наступні психічні феномени. Пароксизми порушень пам'яті проявляються періодичними миттєвими й однотипними порушеннями пам'яті, зокрема пригадуванням при збереженій свідомості. Ідеаторні пароксизми - це своєрідні стани, коли раптово виникає яскрава домінуюча настирлива ідея, що витісняє всі інші. Пароксизм триває від кількох секунд до кількох годин. Стан частково забувається.

Афективні пароксизми -цераптова зміна настрою, переважно з експлозивним відтінком. Інколи пароксизм закінчується амнезією, часто з подальшим засинанням. Психосенсорні пароксизми проявляються зміною сприймання навколишнього світу (дереалізацією) або власного тіла, власних думок, переживань, оцінки свого "Я" (деперсоналізацією).

При сноподібних станах, спостерігають симптоми "вже баченого", "ніколи не баченого", "вже пережитого", "ніколи не пережитого", "вже чутого", "ніколи не чутого". До цієї групи пароксизмів належать також запаморочливі стани свідомості. Свідомість раптово звужується, хворі стають дезорієнтованими, не розуміють, що з ними відбувається, не впізнають родичів, близьких, знайомих, можуть здійснити нічим не зумовлені, безглузді вчинки, в тому числі й небезпечні з важкими наслідками. Транс - це своєрідний розлад свідомості, коли хворий автоматично виконує складні акти трудової діяльності, немотивовані поїздки, подорожі з подальшою амнезією.

6. Змішані пароксизми мають поліморфний характер і включають елементи описаних пароксизмів.

Епілептична хвороба нерідко призводить до своєрідних **змін особистості**. Вона проявляється розвитком недоумства та своєрідних змін характеру.

Основною ознакою **епілептичного недоумства** є деталізація мислення, яка проявляється неможливістю відрізнити основне від другорядного, своєрідною в'язкістю, малорухомістю мислення. Відповіді коротко й швидко на поставлене запитання хворий не може, про найістотніше може не встигнути розповісти, зосередившись на другорядних, непотрібних деталях.

Пам'ять хворих порушена: вони забувають окремі слова, важко засвоюють нову інформацію. Змінюється характер: з одного боку, хворі занадто улесливі й люб'язні до нудоти, вживають багато зменшувальних слів, ("ліконьки", "погодка", "мікстуронька" тощо), в роботі занадто акуратні й педантичні, з іншого - характерні спалахи гніву і злостивості, прискіпливості в дрібницях, злопам'ятство і мстивість, тобто для хворих на епілепсію типовою є полюсність характеру (загострення протилежних його рис).

Лікування. Хворим на епілепсію рекомендують молочно-рослинну дієту з обмеженим вживанням кухонної солі, води, м'яса. Медикаментозне лікування повинно бути індивідуальним з урахуванням клінічних особливостей хворих, ефективності й переносимості чи непереносимості лікарських засобів. Загальні принципи лікування епілепсії такі: строго індивідуальний підбір лікарських засобів, відносно значна тривалість лікування, необхідність періодично змінювати лікарські засоби внаслідок можливого звикання до них. Закінчуючи лікування, не можна раптово припиняти введення препаратів, оскільки це може спричинити появу нападів і збільшення їх частоти, аж до епілептичного статусу.

Невідкладна долікарська допомога при епілептичному статусі полягає у внутрішньовенному введенні 4 мл 0,5 % розчину діазепаму (седуксену, реланіуму, валіуму або сибазону).

Внутрішньом'язово вводять 5-10 мл 25 % розчину магнію сульфату. Слід пам'ятати, що при епілепсії категорично заборонено застосовувати камфору, кора-зол, цититон, лобелін і бемеград. Хворого необхідно негайно госпіталізувати в найближчий стаціонар, де функціонує від піп реанімації або палата інтенсивної терапії. Під час транспортування хворого в стаціонар слід вжити всіх належних заходів, спрямованих на профілактику травматизму, зумовленого можливими конвульсійними нападами в салоні автомобіля.

Узагальнення та практичні поради

◆ Хворі на епілепсію можуть бути госпіталізовані в будь-яке відділення лікарень різних профілів, тому медична сестра повинна орієнтуватись в особливостях цієї патології.

◆ Щоб уберегти хворого від можливих ушкоджень, під деякі частини тіла (голову, руки або ноги) бажано підкласти подушку, матрац або згорнуті ковдри. Напад поступово закінчиться

самостійно. Після закінчення нападу хворого переносять на ліжку, дають прополоскати рот (можливий прикус язика) і випити трохи води. Після нападу настає сон, якому не слід перешкоджати. Також тактики потрібно дотримувати і при судомних нападах інших генезів.

◆ Хворі на епілепсію схильні до дисфорій і агресії, тому медична сестра повинна поводити себе з ними особливо коректно і попередити інших хворих про особливості його психічного стану, щоб запобігти конфліктам.

◆ Хворим на епілепсію властиві егоїзмом і егоцентризмом, вони схильні до конфліктів із сусідами по палаті. Медична сестра повинна проводити психопрофілактику конфліктних ситуацій між хворими.

◆ Якщо у відділення госпіталізують 2-х хворих на епілепсію, то їх потрібно розмістити в різних палатах, тому що при розвитку дисфорії конфлікти між ними неминучі.

◆ Медична сестра повинна зафіксувати в журналі спостережень факт появи різних пароксизмів у хворих, які знаходяться на лікуванні в стаціонарі (особливо в дітей і підлітків). Наявність пароксизмів може свідчити про можливість виникнення епілепсії.

◆ Необхідно звернути особливу увагу на регулярність і правильність приймання ліків хворими на епілепсію. Порушення режиму приймання ліків може спричинити почастішання нападів або розвиток епілептичного статусу.

◆ Медична сестра повинна зафіксувати реакцію зниць хворого під час нападу, описати його перебіг у журналі спостережень за хворими і доповісти про напад лікарю.

◆ При почастішанні нападів або розвитку епілептичного психозу чи статусу до хворого необхідно негайно викликати чергового лікаря.

◆ У маніпуляційній завжди повинен бути набір препаратів для купірування епілептичного статусу, а також зонд і шприц Жанне для введення антисудомних препаратів через назогастральний зонд.

Питання для самоконтролю

1. Чи обов'язково розвиток конвульсійного нападу свідчить про наявність епілепсії?
2. Клініка великого конвульсійного нападу і тактика медичної сестри при ньому.
3. Види й основні клінічні прояви безсудомних еквівалентів епілепсії.
4. Типові зміни особистості хворих на епілепсію.
5. Клініка і невідкладна допомога при епілептичному статусі.
6. Особливості деонтології в роботі медичної сестри з хворими на епілепсію.

ЛЕКЦІЯ

Інволюційні психози, що не призводять до слабоумства

Основними формами інволюційних психозів, що не призводять до слабоумства, є пресенільна депресія і пресенільний параноїд. Найчастіше вони розвиваються в жінок віком 40-60 років, як правило, на фоні вираженого клімаксу, здебільшого після психотравми. Форма психозу значною мірою залежить від преморбідних рис характеру і типу особистості.

Пресенільна (інволюційна) депресія переважно розвивається у осіб із психастенічними рисами характеру в преморбіді. У молодому віці їм були властиві тривожні помисли, м'якість і делікатність у поведінці, сором'язливість, вони не вміли постояти за себе тощо.

Клініка пресенільної депресії про являється тужливо-тривожним настроєм, песимістичними думками і переживаннями, які стосуються майбутнього хворого і членів його сім'ї. Здебільшого депресія має елементи ажитації: хворий плаче, лементує, стогне, заламує руки тощо. Нерідко виникають маячні ідеї самозвинувачення, винуватості, гріховності, він відмовляється вживати їжу, бо "не заслуговує їсти", "за їжу нікому платити", бо "розорує родину, державу" тощо. Хворі слабнуть, марніють, страждають від безсоння. З минулого вони пригадують лише неприємні факти, але депресія в основному спрямована в майбутнє: "У минулому не було нічого хорошого, зараз дуже погано, а майбутнє буде жахливим". На висоті психозу можливе приєднання маячення Котара. При цьому синдромі розвивається нігілістичне маячення грандіозного фантастичного змісту. Хворі впевнені, що їх внутрішні органи відмерли, кров зникла, що вони є живими трупами. Заявляють про загибель усього живого і кінець світу. Стверджують, що їх звинувачують у скоєнні тяжких злочинів, за які вони заслуговують на жахливі катування і жорстоку страту. Деякі з них заперечують можливість самої смерті й впевнені, що будуть страждати за свої гріхи протягом тисяч років або і вічно.

Такі хворі схильні до скоєння суїцидів. Здебільшого тривалість захворювання - від 4 до 9 місяців, рідко більше. При адекватному лікуванні термін психозу скорочується. Лікувати таких хворих необхідно в психіатричних стаціонарах. їм призначають на день антидепресанти, а на ніч - нейролептики з вираженим снодійним ефектом.

Пресенільний параноїд розвивається в інволюційному віці, здебільшого при "гіпопараноїчній конституції". Виникає в егоїстичних, самовпевнених, упертих, недовірливих жінок із твердими і ригідними рисами характеру, владних, які прагнуть боротися і до того ж перебувають у несприятливих умовах життя, передусім особистого.

Здебільшого психоз розвивається поступово. Виникає і викристалізовується маячення переслідування, фізичних або моральних збитків. За структурою маячення має переважно параноїальний характер, галюцинацій практично не буває. Хворі змінюють своє ставлення до людей, які їх оточують, оцінка дійсності в них неправильна. Висловлювання спочатку мають характер реальності (в принципі такі події могли відбуватися), нерідко стосуються минулого або пов'язані із змінами афекту й оманами пам'яті, інколи частково незрозумілі й фантастичні. Емоційно-вольовий стан хворих різний, часом суперечливий, депресивний, піднесений або мінливий, тривожно-полохливий, дратівливий і недовірливий; здебільшого вони шукають співчуття або, навпаки, сповнені сил та енергії, віри в "перемогу" над нереальними ворогами і схильні до переоцінки своєї особистості.

Лікувати пресенільний параноїд необхідно в психіатричному стаціонарі. Ефективність лікування набагато нижча, порівняно з ефективністю лікування інволюційної депресії. Застосування нейролептиків дає здебільшого частковий ефект, в основному в плані пом'якшення емоційного напруження. Інсулінова гіпоглікемічна терапія не завжди успішна, коматозна ж звичайно не відповідає віку і соматичному стану хворих.

Хвороба має тенденцію до тривожного безремісійного перебігу і не призводить до грубих порушень цілісності особистості, пам'яті та інтелекту. Багатьох хворих після

тривалого перебування в лікарні виписують із стаціонара, і вони пристосовуються до життя. За сприятливих соціальних і домашніх умов деякі з них більше не потрапляють до психіатричної лікарні, тяжко хворі стають її постійними пацієнтами.

У профілактиці інволюційних психозів велике значення мають формування з дитинства гармонійної особистості з врівноваженими рисами характеру і корекційні заходи щодо запобігання патологічному клімаксу та належного соціального забезпечення людей пенсійного віку.

Узагальнення та практичні поради

◆ У зв'язку з тимчасовим погіршенням соціальних умов нестабільного перехідного періоду частота інволюційних психозів має тенденцію до зростання. В інволюційному віці природно переважають різні соматоневрологічні хвороби, таких хворих нерідко доводиться госпіталізувати в медичні лікувальні заклади загального профілю. Ось чому медичні сестри повинні мати певний об'єм знань про ці патології.

◆ Догляд за хворими з інволюційною депресією в принципі не відрізняється від догляду за хворими з депресивною фазою МДП. Особливо треба мати на увазі можливість реалізації ними суїцидальних тенденцій, необхідно слідкувати за вживанням їжі.

◆ Якщо у хворих з пресенільним параноїдом є маячення переслідування з боку родичів або знайомих, їх не можна пускати до пацієнтів без дозволу лікаря.

Питання для самоконтролю

1. Які основні фактори впливають на розвиток пресенільних психозів? Їх класифікація.
2. Клініка і перебіг інволюційної депресії.
3. Клініка і перебіг пресенільного параноїду.
4. Особливості догляду за хворими з інволюційною депресією.
5. Особливості догляду за хворими з пресенільним параноїдом.
6. Профілактика пресенільних психозів.

ЛЕКЦІЯ

Психози похилого і старечого віку, які призводять до слабоумства

Найчастішим видом психозу, який розвивається в інволюційному віці і призводить до тотальної деменції, є **хвороба Альцгеймера**. Вона зумовлена атрофією головного мозку. Інколи ця хвороба передається спадково.

Захворювання проявляється в осіб віком 50-60 років симптомокомплексом із шести «А»: 1) **амнезія**, яка з часом сягає рівня амнестичного дезорієнтування; 2) амнестична і сенсорна **афазія** (хворий перестає розуміти мову та забуває значення предметів і понять); 3) **алексія** (втрата навичок читання); 4) **аграфія** (втрата навичок письма); 5) **акалькулія** (втрата навичок рахування); 6) **апраксія** (втрата здатності виконувати звичні, в тому числі й автоматизовані, дії). У 30-40 % випадків на початкових етапах захворювання спостерігають рудиментарні галюцинації і слабосистематизовані маячні ідеї матеріальних збитків, ревнощів або переслідування. Через 8-10 років, у кінцевій стадії захворювання, відзначають повний розпад психічної діяльності, безпомічність і тотальну афазію. Настає маразм. Хворі лежать в ембріональній позі, з'являються схоплювальні автоматизми, насильний сміх і плач, а також різноманітні гіперкінези. Прогноз несприятливий. Ефективних методів лікування не існує.

На пізніх етапах процесу хворі, як правило, потребують госпіталізації в психіатричний стаціонар або влаштування в інтернат для хворих на хронічні психічні хвороби. Дільнична медсестра повинна контролювати фізичний і психічний стан осіб літнього та старечого віку (особливо самотніх), щоб при підозрі на розвиток хвороби Альцгеймера організувати консультацію лікаря-психіатра та надати можливу медичну і належну соціальну допомогу.

Серед старечих психозів найпоширенішим є **старече (сенільне) слабоумство**. Захворювання починається у віці 65-75 років і проявляється змінами особистості, які поступово нарастають, зокрема загостренням та спотворенням попередніх рис характеру:

акуратність перетворюється в дрібязкову педантичність, бережливість - у скупість, твердість - у впертість тощо. Поряд із цим з'являються сенільні риси: звужуються кругозір та інтереси, втрачаються зв'язки з довкіллям, наростають егоцентризм, підозрливість, прискіпливість, злісність.

Слабоумство розвивається як прогресуюча амнезія згідно із **законом Рібо**: спочатку хворий втрачає досвід, набутий недавно, найдовше зберігає раніше набутий і закріплений досвід. У міру перебігу хвороби наростають грубі розлади пам'яті (амнестична дезорієнтація, фіксаційна та хронологічна амнезія). Зрештою повністю втрачає знання, професійні та інші навички. Змінює адекватне впізнавання людей, які його оточують, до його спотворення і переміщення в далеке минуле: хворі вважають себе дітьми, оточеними рідними та давно померлими родичами. Нерідко вони не впізнають себе в дзеркалі. Нестримно знижується рівень суджень, з'являються благодущність, безтурботність, ейфорія. Поступово настає повний розлад усіх видів психічної діяльності: тотальна деменція (слабоумство) та фізичний маразм. При прогресуючій деменції можуть виникати психотичні розлади з рудиментарними проявами (депресія, манія, конфабуляція, маячення обкрадання).

Практичні поради

◆ Хворі з грубими порушеннями пам'яті та інтелекту повинні бути під постійним наглядом медперсоналу. Особливу увагу необхідно приділяти забезпеченню гігієнічних потреб, вживанню їжі, профілактиці пролежнів та контролю за пересуванням хворих.

◆ Хворі з грубими порушеннями пам'яті та інтелекту недієздатні й потребують опікунства. Опікуни повинні знати особливості догляду за підопічними, а дільнична медсестра зобов'язана контролювати якість надання опікунської допомоги.

Питання для самоконтролю

1. Клініка і перебіг хвороби Альцгеймера.
2. Клініка і перебіг старечих психозів.
3. Особливості догляду за хворими з вираженим слабоумством.

ЛЕКЦІЯ

Аномалії розвитку особистості

Крім соматогенних і функціональних перехідних порушень психіки, ендогенних психозів, а також порушень психіки внаслідок інтоксикації (в тому числі етанолом, наркотиками і токсикоманними середниками), в психіатричній практиці виділяють аномалії розвитку особистості. Основними видами цих аномалій є олігофренія (згідно з МКХ-10, вона віднесена до рубрики "Розумова відсталість") і психопатія (згідно з МКХ-10, віднесена до рубрики "Розлади зрілої особистості й поведінки в дорослих").

Олігофренія характеризується недорозвитком інтелекту і психіки в цілому, пов'язаним з ураженням центральної нервової системи у внутрішньоутробному періоді або в ранньому віці, що не має тенденції до прогресування.

Відповідно до етіологічного чинника, виділяють три групи олігофреній. Перша група - олігофренії ендогенної природи (ураження генеративних клітин батьків):

- ◆ Хвороба Дауна.
- ◆ Справжня мікроцефалія.
- ◆ Ензимопатичні форми олігофренії із спадковими порушеннями різних видів обміну (білкового, вуглеводного, жирового), фенілкетонурія, галактоземія, фруктоземія, гістидинемія тощо.

◆ Клінічні форми олігофренії, які характеризуються поєднанням малоумства із захворюванням кісток, шкіри (дизостозична, ксеродермічна).

Друга група - ембріо- і фетопатії:

- ◆ Олігофренія, зумовлена краснухою, перенесеною матір'ю під час вагітності (рубеолярна ембріопатія).
 - ◆ Олігофренія, викликана іншими вірусами (грипом, епідемічним паротитом, вірусним гепатитом, цитомегаловірусною інфекцією).
 - ◆ Олігофренія, зумовлена токсоплазмозом і лістеріозом.
 - ◆ Олігофренія, що виникла на основі уродженого сифілісу.
 - ◆ Клінічні форми олігофренії, які розвинулися внаслідок гормональних порушень у матері або під впливом екзо- й ендотоксичних агентів.
 - ◆ Олігофренія, спричинена гемолітичною хворобою новонароджених.
- Третя група -різновиди олігофреній, що виникли внаслідок дії різних шкідливих факторів під час пологів і в ранньому дитинстві:
- ◆ Олігофренія, пов'язана з родовою травмою й асфіксією.
 - ◆ Олігофренія, викликана черепномозковою травмою в постнатальний період (у ранньому дитинстві).
 - ◆ Олігофренія, зумовлена перенесеними в ранньому дитинстві енцефалітом, менингоенцефалітом, менингітом.

За вираженням клінічних проявів олігофренії виділяють три її ступені: **дебільність, імбецильність та ідіотію.**

Дебільність є найлегшим ступенем недорозвитку інтелекту. Їй властиві різноманітні клінічні прояви. Можливості навчання і соціальної адаптації таких хворих обмежені. Вони не можуть відрізнити основне від другорядного, плутають явища. При незначному порушенні здатності до абстракції хворі діти виконують досить складні завдання, проте і в цьому разі їх розумовий розвиток нижчий, ніж у здорових дітей того самого віку.

Хворі, які мають хорошу пам'ять, здатні запам'ятовувати вірші, пісні, прислів'я, приказки, але, не завжди розуміючи зміст завченого, застосовують їх не до ладу. Поведінка часто наслідувальна, залежить від випадкових подразників і позбавлена плановості, врахування кінцевої мети; часто в ній є інфантильні риси. Так, хворий віком 19 років може разом із 5-річною дитиною гратися "пісочними" іграшками, камінцями тощо.

Імбецильність - це ступінь олігофренії середньої тяжкості, при якому можливе, хоч і обмежене, утворення умовних зв'язків, тобто набуття деяких рухових навичок і мови.

Ці хворі можуть відрізнити близьких людей від сторонніх, їстивне від неїстивно-го, користуватися посудом, одягом, олівцем, іграшками, виконувати найпростіші види роботи, наприклад копати, щось переносити тощо. Вони впізнають знайомі їм предмети, зображені на малюнку, можуть назвати їх, але зрозуміти зміст якоїсь складної за сюжетом картинки здебільшого не спроможні. Вони звичайно не вміють як слід поводитися на уроках у школі: підводяться з місця і ходять по класу під час уроку, не реагують на зауваження вчителя. Одні з них байдужі до всього, що відбувається довкола, мляві, інші -дратівливі, злобні чи навпаки, добродушні, привітні, працьовиті.

Ідіотія - це найтяжчий ступінь недорозвитку інтелекту, при якому умовні рефлекси майже або зовсім не виробляються. Внаслідок цього у хворих не розвивається мова, вони не набувають навичок не лише трудових, а й самообслуговування: не можуть одягатися або роздягатися, вмиватися, користуватись посудом, їдять тільки зі сторонньою допомогою. Не розвиваються в них вищі емоції (сором, бридливість, вдячність тощо). У тяжких випадках хворі не можуть навіть навчитися стояти, ходити, відрізнити їстивне від неїстивного, близьких осіб від сторонніх.

У хворих із легкою формою ідіотії можуть вироблятися деякі умовні рефлекси. Вони впізнають близьких, виявляють до них прихильність, розуміють найпростіші фрази, жести і міміку людей, які їх оточують, здатні навіть самі вимовляти деякі слова, але запас цих слів невеликий. Хворі можуть самостійно їсти, реагувати на все, що відбувається, уникати небезпеки, плакати і сміятися. Однак моторика в них обмежена, не координована, вони

роблять багато зайвих, непотрібних рухів, тоді як точні, тонкі та більш диференційовані рухи (наприклад, шиття) їм не вдаються.

Хворі на ідіотію, особливо на тяжку її форму, здебільшого лежать, багато часу сплять, прокидаючись від голоду, холоду, болю тощо. Іноді виникає стан збудження, коли вони галасують, мимрять, плачуть, кусаються, стають агресивними без зовнішніх причин.

Олігофренія являє собою недорозвиток не лише психічних функцій, а й всього організму. Причини цього недорозвитку різні, тому соматичні й неврологічні симптоми хвороби дуже різноманітні.

Будова тіла у хворих на олігофренію здебільшого неправильна, диспластична. Розміри тулуба і кінцівок не відповідають одне одному. Зріст, розміри голови, маса тіла, розвиток волосяного покриву і жирової тканини недостатні або надмірні. Можуть спостерігатися неправильний ріст зубів, "заяча" губа, "вовча паща", альбінізм, перетинка між пальцями, неправильна їх кількість (полідактилія), відхилення в розвитку внутрішніх органів.

При неврологічному обстеженні виявляють різноманітні порушення, як локальні, так і загальноомозкові (наприклад, при гідроцефалії). Моторика і мова хворих також порушені, розвиваються із запізненням. Рухи незграбні, часто виникають різні дефекти мови.

Олігофренія як хвороба не прогресує. Але це не означає, що стан хворих залишається незмінним впродовж усього їхнього життя. За сприятливих умов виховання і навчання (в спеціальних школах) хворі на олігофренію при ступені імбецильності й, особливо, дебільності можуть до певної міри розвиватися, оволодівати деякими шкільними знаннями, набувати навичок якоїсь професії і згодом працювати. Позитивно діють деякі терапевтичні заходи, особливо в тих випадках, коли встановлено етіологічний чинник.

Лікування. Існують різні методи лікування хворих на олігофренію, які застосовують з урахуванням причини захворювання (при можливості їх з'ясування). При розвитку олігофренії на основі сифілісу призначають специфічні лікарські засоби, при ендокринних порушеннях - препарати, які компенсують нестачу відповідного гормону в організмі; при гідроцефалії лікування спрямовують на зниження підвищеного внутрішньочерепного тиску, іноді застосовують хірургічне втручання. Переважно всі ці види лікування не можуть бути високоефективними і повністю нормалізувати стан хворого, бо в основному йдеться про залишкові явища після перенесеного захворювання, а не про хворобливий процес, який перебігає в даний момент.

Профілактика олігофренії ефективніша, ніж терапія. Профілактичне значення має насамперед боротьба з інфекційними захворюваннями, інтоксикаціями, дитячим травматизмом, а також поліпшення надання допомоги при пологах.

Медсестри, які працюють у будинках для немовлят та інтернатах для дітей-сиріт, у своїй практичній діяльності постійно мають справу з дітьми, в яких особливості психічного розвитку значною мірою визначаються наявністю проявів так званої "**психічної депривації**". Це явище можна було тимчасово спостерігати в післявоєнний час, зараз воно значно поширюється внаслідок зростання соціально-економічних негараздів і зниження моральності суспільства. Багато дітей, які виховуються в притулках, народилися з певними дефектами психіки, зумовленими тим, що батьки, які їх покинули, зловживали спиртними напоями, наркотиками, не турбувались про нормальний перебіг вагітності й пологів. У зв'язку з економічними труднощами такі діти не отримують належного комплексу медико-педагогічної корекції, внаслідок чого ті дефекти психіки, які в принципі піддаються корекції, в них прогресують.

Крім цього, діти-сироти позбавлені повсякденних прикладів для наслідування, які мають діти, що виховуються в сім'ях.

Одним із проявів синдрому психічної депривації є так званий **елективний мутизм**, який характеризується вираженою емоційно зумовленою вибірковістю під час розмови. У дитини у звичних для неї ситуаціях мова задовільна, але вона не може розмовляти в незвичних для неї ситуаціях. Типовим є те, що дитина розмовляє з добре

знайомими вихователями або близькими друзями, але мовчить, коли до неї звертаються сторонні люди. Здебільшого елективний мутизм поєднується з іншими вираженими особливостями особистості, зокрема із соціальною тривожністю, відгородженістю, підвищеною емоційною чутливістю або впертістю.

У структурі синдрому психічної депривації нерідко виникає реактивний розлад прихильності дитячого віку (у немовлят та маленьких дітей). Характерними є боязливність і підвищена настороженість, які не зникають при спробах втішити дитину. Типовими є погана соціальна взаємодія з ровесниками, дуже часті акти алло-й аутоагресії. Такі діти перебувають у стані постійного душевного страждання.

Маленькі діти з цим субсиндромом виявляють амбівалентні соціальні реакції, які найбільш очевидні в період розлуки або зустрічі. Так, малюки можуть наблизитись до вихователя або няні, відвернувши погляд, або пильно дивитись у той бік тоді, коли їх тримають на руках. Вони реагують на осіб, які надають турботливу допомогу, своєрідно реакцією: поєднуються зближення, ухилення і супротив. Емоційні розлади проявляють зовнішнім стражданням, відсутністю емоційного резонансу, реакцію аутизації (наприклад, діти можуть на тривалий час згорнутись "калачиком" на підлозі, ні з ким не спілкуючись і нічим не цікавлячись) і агресивними реакціями в психотравмуючій ситуації. У деяких випадках виникає боязлива і підвищена настороженість ("заморожена пильність"), на яку не впливають спроби втішити. Здебільшого діти проявляють цікавість до спілкування з ровесниками, але повноцінного ігрового контакту не настає внаслідок відсутності емпатії або домінування негативних емоцій.

Реактивні розлади прихильності майже завжди виникають внаслідок грубого і нетактовного ставлення до дитини. При створенні адекватного психологічного клімату цей субсиндром нівелюється.

Тоді, коли дитина, яка звикла до батьків, втрачає їх і переходить у притулок, у неї розвивається психічний регрес (емоційна пасивність, недорозвиток навичок спритності й розумових здібностей). Внаслідок психічного регресу дитина ніби повертається в минулий етап свого розвитку, втрачає деякі вже здобуті навички, наприклад гігієнічні (підтримання чистоти тіла, самостійне виконання сечовиділення і дефекації), уміння самостійно одягатись, не розвиває мовні навички, розмовляє менше і гірше. У неї розвиваються виражені емоційно-вольові порушення: депресія, нудьга, плач; галасливий злосливий протест, бігання, пошуки матері, замкнутість; отупілість, яка в більшості випадків має риси прояву моторного регресу - монотонні стереотипні кивальні рухи, смоктання пальців, неартикулярні звуки та інші неадекватні прояви моторної активності, які не відповідають віку дитини.

Психопатія - це патологічний розвиток особистості, який зумовлює неадекватне реагування на зовнішні подразники, що викликає неправильні форми поведінки. При психопатіях якісних розладів сприймання, мислення, пам'яті, емоцій та свідомості немає. Однак логіка пацієнтів з психопатією має своєрідний формальний характер, а виражені відхилення в емоційно-вольовій сфері виходять за межі звичайного емоційного відреагування, що визначає характер дій та вчинків, а також стиль усього життя.

Є такі клінічні критерії діагностики психопатії:

◆ Наявність у людини не окремих рис характеру, а комплексу патологічних проявів, які визначають весь психічний стан особи і тип психопатії.

◆ Різко виражена загостреність патологічних особливостей характеру, яка не тільки помітна для людей, але й перетворює пацієнта в так званого соціопата, який травмує суспільство (за Шнейдером, пацієнти з психопатією - це особи, від ненормальності яких страждають вони самі чи суспільство, або страждають і вони і люди, які їх оточують).

◆ Крайня нестійкість та лабільність психіки пацієнта з психопатією при певних психофізіологічних станах (наприклад, статеве дозрівання, клімактеричний період), а також при різних інтоксикаціях і травмах призводять до втрати психічної рівноваги з найменшого приводу і розвитку різноманітних патологічних реакцій.

◆ Наявність спонтанних, "ідіопатичних" нападів (або фаз), тобто патологічних реакцій без

видимої зовнішньої причини.

◆ Відновлення звичного психічного стану після нападів або реакцій із збереженням психопатичної особистості.

◆ Стійка стабільність психопатичних рис, які становлять психопатичну сутність, майже повна відсутність їх зворотності.

Ранній розвиток психопатії, перші ознаки якої звичайно виявляють у ранньому дитинстві.

Згідно з МКХ-10, розрізняють такі основні типи психопатій.

Емоційно нестійкі розлади особистості. У поведінці таких осіб домінує виражена тенденція діяти імпульсивно, не думаючи про наслідки, поряд із нестійкістю настрою. Здатність планувати цілеспрямовані адекватні дії в них мінімальна; спалахи інтенсивного гніву призводять до насилля; часто виникають афекти, якщо Імпульсивні акти осуджуються людьми, або коли хворі зустрічають протидію. Крайній прояв емоційно нестійкого розладу особистості називають "імпульсивним типом". У вітчизняній літературі цей тип психопатії традиційно називають "психопатією збудливого кола за експлозивним типом". Стиль життя таких осіб - це "ланцюг безконечних конфліктів".

Дизсоціальний розлад особистості (у вітчизняній літературі його називають "психопатією збудливого кола з антисоціальною поведінкою"). При цій формі психопатії звертає на себе увагу груба невідповідність між поведінкою і пануючими соціальними нормами. Дизсоціальний розлад особистості характеризується такими ознаками:

◆ Безсердечною байдужістю до почуттів людей.

◆ Грубою і стійкою позицією безвідповідальності та ігнорування соціальними правилами й обов'язками.

◆ Немоżliвістю підтримати стосунки з людьми при відсутності утруднень під час налагодження їх.

◆ Низькою толерантністю до фрустрацій, а також низьким порогом розряду агресії, зокрема насилля.

◆ Нездатністю відчувати провину, сором і робити адекватні висновки з життєвого досвіду, особливо покарання.

◆ Вираженою схильністю звинувачувати людей або давати слухні пояснення своїй поведінці, яка призводить до конфлікту із суспільством.

◆ Стиль життя і поведінка таких осіб формується установкою: "Я так хочу, і я завжди правий!".

Істеричний розлад особистості ("психопатія збудливого кола за істероїдним типом").

Він характеризується:

◆ Самодраматизацією, театральністю, перебільшеною експресивністю емоцій.

◆ Навіюваністю, легким впливом людей або обставин.

◆ Поверховістю і лабільністю емоцій.

◆ Постійною потребою, щоб хворих визнавали і захоплювались ними інші люди, і прагненням до діяльності, при якій пацієнт знаходиться в центрі уваги.

◆ Неадекватною театральністю зовнішнього вигляду і поведінки.

◆ Стилем життя і поведінки істероїдних психопатів - "постійна гра на публіку".

Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості. Ця форма психопатії у вітчизняній літературі називають "психопатією епілегтоїдного кола". Її властиві:

◆ Ригідність психіки і впертість.

◆ Підвищена педантичність і неухильне дотримання соціальних умовностей.

◆ Надмірна добросовісність, скрупульозність.

◆ Стурбованість деталями, правилами, порядком, організацією.

◆ Переважання форми виконання роботи над творчим змістом.

◆ Надмірна схильність до обережності.

◆ Необґрунтовані настирливі вимоги, щоб інші робили точно так, як він сам.

◆ Стиль життя і поведінки - "людина у футлярі".

Шизоїдний розлад особистості (шизоїдна психопатія). Для цієї форми психопатії характерними є такі ознаки:

- ◆ Мало що або нічого не приносить задоволення.
- ◆ Емоційна холодність, відчуженість або сплюснена афективність.
- ◆ Нездатність проявляти теплі, ніжні почуття до інших людей, а також гнів.
- ◆ Слабка зворотна реакція на похвалу і критику.
- ◆ Незначний інтерес до сексу.
- ◆ Підвищена схильність до безплідних мрій.
- ◆ Майже постійне прагнення до усамітненої діяльності.
- ◆ Відсутність близьких друзів (або існування одного, який його "розуміє").
- ◆ Стиль життя і поведінки - "світ сам по собі, я сам по собі".

Параноїдні розлади особистості (параноїальна форма психопатії). Цій формі психопатії властиві:

- ◆ Надмірна чутливість до відмов і невдач.
- ◆ Тенденція бути кимось незадоволеним (відмова вибачати образи, завдання шкоди тощо).
- ◆ Підозрілість і загальна тенденція до спотворення фактів шляхом неправильної інтерпретації нейтральних або навіть дружніх дій людей як ворожих або підозрілих.
- ◆ Войовничо-скрупульозне ставлення до питань, пов'язаних із порушенням прав особистості, що не відповідає фактичній ситуації.
- ◆ Невиправдані сумніви щодо подружньої вірності.
- ◆ Тенденція до завищення самооцінки.
- ◆ Стиль життя і поведінки - "постійна боротьба за справедливість відносно себе".

Тривожний розлад особистості Цю форму психопатії у вітчизняній літературі традиційно називають психастенією. Для неї характерні:

- ◆ Постійне загальне відчуття напруження з тяжким передчуттям.
- ◆ Постійні сумніви щодо правильності прийнятих рішення і дій.
- ◆ Уявлення про свою соціальну неспроможність.
- ◆ Обмеження життєвого укладу через потребу фізичної безпеки.
- ◆ Ухилення від соціальної і професійної діяльності, пов'язаної із значними міжособистісними контактами, через страх критики або несхвалення.
- ◆ Стиль життя і поведінки за типом "як би чогось не сталося".

Тривожний розлад особистості нагадує психастенічний невроз, але, на відміну від останнього, не має ні початку, ні кінця.

Наявність певних психопатичних рис особистості, що явно виділяють цих людей із загалу, але які, проте, не сягають рівня соціальної декомпенсації, називають **акцентуацією особистості**.

Тип акцентуації визначається превалюванням аномальних рис особистості, наприклад: "акцентуація особистості за шизоїдним типом", "акцентуація особистості за істероїдним типом"; "акцентуація особистості за епілептоїдним типом" тощо.

Розрізняють дві основні групи причин розвитку психопатій і акцентуацій особистості. Першою групою причин є дія біологічного фактора. Вона включає в себе вплив спадковості та органічне ураження ембріона і плода під час зачаття, виношування вагітності, пологів та внаслідок перенесених хвороб у ранньому дитинстві. При дії біологічного фактора формуються так звані "ядерні психопатії". Вважають, що поміж усіх психопатій питома вага їх становить 5-10 %. Другою групою причин є неправильне виховання дитини з раннього віку. Виділяють чотири **основні типи неправильного виховання**:

1. "Гіперопіка". Батьки надмірно опікають малюка, роблять усе за нього (одягають, роздягають, взувають, годують), не дають можливості розвивати навички, якими володіють ровесники. Коли дитина йде до школи, більшість домашніх завдань виконують батьки або репетитори. Іншими словами, батьки активно пригнічують її

самостійність. Внаслідок такого "виховання" в дитини формуються психастенічні риси особистості.

2. Близьким до попереднього типу виховання є наступний **"кумир сім'ї"**. Дитина знаходиться в центрі уваги всієї сім'ї або деяких її членів ("мамина доня", "бабусине золотко", "татусів скарб" тощо). Усі її бажання, примхи і забаганки негайно виконують. Дитину не привчають адекватно сприймати і розуміти поняття "це зробити не можна", "це здійснити немає можливості". Вона твердо впевнена в правильності поняття "я хочу, а ви зобов'язані це зробити". Спроба відмови виконати чергову забаганку такої дитини викликає бурхливий протест із вираженою істеричною поведінкою. У результаті такого "виховання" виростає індивід з істероїдними рисами особистості (нерідко мають місце певні психастенічні риси характеру).

3."Гіпоопіка" - Діти здебільшого виховуються в неповних або соціально неблагополучних сім'ях. Батьки зловживають спиртними напоями, наркотиками, займаються бізнесом або іншими своїми справами і не приділяють належної уваги вихованню малюка. Така дитина "виживає" сама, її виховує вулиця із своїми неписаними законами, які регламентують норми поведінки. Якщо вона фізично розвинена і рішуча, то зможе себе захистити, тоді починає користуватись авторитетом у своїй компанії. Коли дитина фізично слабка і нерішуча, її всі цькують, знущаються над нею. У першому випадку формується психопатія збудливого типу, в іншому - особистість має риси психастенії, шизоїдності або істероїдності.

4."Попелюшка". Батьки нелюблять дитину, психологічний клімат у сім'ї бідний, увага до малюка недостатня. Вона є тягарем для батьків, інколи ще й нагадує про невдалі спроби зробити в домашніх умовах аборт. Нерідко дитину нещадно експлуатують, Примушують виконувати непосильну роботу, жебракувати, імітувати роль каліки або потерпілоївнаслідок природної катастрофи. Цигани таких викрадених або підібраних на вулиці дітей калічать, щоб вони краще жебракували. Вони позбавлені сутності поняття "дитинство". Інколи жертвою такого "виховання" стає дитина від першого шлюбу, коли з'являється сиблінг від другого шлюбу. Дитина від другого шлюбу є бажаною, їй приділяють належну увагу, а дитина від першого шлюбу всім заважає і всіх дратує. На її долю випадають лише образи, прокльони і покарання. Зрозуміло, що особистість такої дитини буде деформованою.

Психопатії", які виникли внаслідок неправильного виховання, називають **"крайовими"**.

До розладів зрілої особистості та поведінки у дорослих відносяться також розлади сексуальної орієнтації та статевої ідентифікації: транссексуалізм, фетишизм, ексгібіціонізм, вуаєризм, педофілія, садомазохізм та ін.

Найчастіше психопатія чи акцентуація особистості з'являється при поєднаній дії біологічного фактора і неправильного виховання.

Лікування і профілактика. У пом'якшенні й корекції особливостей поведінки при психопатії велике значення мають правильно підібрані виховні заходи, які придатні не тільки для дітей, а й для дорослих: правильний вибір професії, що відповідає властивостям особистості, утримання від вживання алкоголю, який такі особи погано переносять. Велику роль відіграють школи-інтернати для дітей, яких неправильно виховують у родині.

Узагальнення та практичні поради

◆ Аномалії розвитку особистості не є психотичними захворюваннями, але своєрідні дефекти психіки, які зумовлені цими аномаліями, вимагають від медичної сестри певних знань і навичок щодо догляду за цією категорією пацієнтів.

◆ Осіб, хворих на олігофренію (ступінь дебільності), можуть використовувати наркомани і токсикомани у своїх корисливих цілях. Ці пацієнти є усвідомлюють адекватно наслідків своїх дій, тому їх можна використовувати для крадіжок препаратів із токсикоманічною дією або в якості сексуальних партнерів.

◆ Пацієнти з психопатіями або акцентуаціями збудливого кола схильні до

конфліктів і порушень лікарняного режиму. їх бажано помістити в ізольовані палати.

◆ Пацієнтів із психастенічними рисами особистості бажано помістити в палату, де є сусід із схильністю до лідерства, який сам твердо вірить в успішне лікування і спроможний розвіяти сумніви та утвердити віру в одужання хворого з психастенічними рисами характеру.

◆ Пацієнти з психастенічними рисами особистості нерідко активно вимагають викликів на маніпуляції або обстеження. Вони можуть соромитись нагадати про себе, незважаючи на погане самопочуття.

◆ Медична сестра повинна дотримувати правила: "Насамперед обслужити тяжкохворих, потім -делікатних і нерішучих хворих, а пізніше- хворих, схильних конфліктувати". Якщо почати день із конфлікту, настрої буде зіпсованим, і це вплине на якість подальшої роботи.

◆ Медичні сестри, які працюють у закладах для дітей-сиріт, повинні завжди пам'ятати про специфічність своїх підопічних. Такі діти, з одного боку, потребують турботи, ласки й уваги, якими вони обділені. З іншого -доглядаючи за такими дітьми, не можна занадто психологічно "прив'язувати" їх до себе, бо вони будуть суб'єктивно сприймати таку медсестру як свою "маму" і вимушена розлука з неостане черговою психічною трагедією для малюка.

Питання для самоконтролю:

- 1.Сутність і класифікація аномалій розвитку особистості.
- 2.Класифікація і клініка олігофреній.
- 3.Критерії діагностики психопатій і акцентуацій особистості.
- 4.Клініка різних форм психопатій.
- 5.Сутність і клінічні прояви психічної деприваціїв дитячому віці.
- 6.Особливості тактики медичної сестри щодо обслуговування пацієнтів з аномаліями розвитку особистості.

ЛЕКЦІЯ **Основи наркології**

У МКХ-10 виділено окрему рубрику "*Психічній поведінковій розладу внаслідок приймання психоактивних речовин*" (F1). У вітчизняній навчальній, науковій і

популярній літературі в цю групу патології традиційно входять гостра та хронічна інтоксикація алкоголем, наркотиками і токсикоманічними речовинами. Останні проявляють психотропну дію і здатні викликати явища гострого та хронічного отруєння залежно від дози і тривалості приймання. Руйнівний вплив цих речовин на психіку і соматоневрологічний стан організму в принципі однаковий - передусім усі вони є психотропними отрутами. Поділ на токсикоманічні середники і наркотики зумовлений юридичною кваліфікацією операцій із цими речовинами. Незаконне виготовлення сировини для наркотиків, їх зберігання, транспортування і розповсюдження переслідуються карним Кодексом України. Аналогічні дії з токсикоманічними речовинами не заборонені. Серед токсикоманічних речовин у нашій країні, як і в більшості країн, заселених білою расою, найбільш поширеними є алкогольні напої (в Україні - горілка, самогон, коньяк типу бренді, вино, пиво).

Просте алкогольне сп'яніння

Просте алкогольне сп'яніння. Стан гострої інтоксикації без явищ психозу, викликаний прийманням спиртних напоїв, називають простим алкогольним сп'янінням. Розрізняють легкий, середній і тяжкий ступені сп'яніння.

Легкий ступінь проявляється ейфорією, гіперемією обличчя, загальним збудженням, тахікардією та підвищенням артеріального тиску до 130-150/80-95 мм рт. ст. (17,3-20,0/10,7-12,7 кПа). Порушень мовної артикуляції та координації рухів не спостерігають. Концентрація алкоголю в крові становить 1-2%. При **середній тяжкості** сп'яніння ейфоричний настрій змінюється на депресивний або дратівливий. Можливі імпульсивні вчинки. Мова стає уривчастою, змазаною. З'являється тахікардія. Артеріальний тиск сягає 140-180/90-110 мм рт. ст. (18,7-24,0/12,0-14,7 кПа). Порушується координація рухів. Концентрація алкоголю в крові дорівнює 3-4%. **Тяжкий ступінь** простого алкогольного сп'яніння супроводжується виключенням свідомості (від оглушення до сопору і коми). Концентрація алкоголю в крові становить 5-6%. Смертельним є приймання такої кількості алкоголю, при якій рівень його в крові перевищує 7%.

Діагностику проводять за допомогою клінічного та параклінічного обстежень. До останнього належать виявлення парів спирту у видихуваному повітрі (за допомогою апарата ППС-1) і біохімічні методи визначення вмісту алкоголю в крові та сечі (газохроматичний та спектрографічний). Застосування будь-яких діагностичних проб не виключає клінічного аналізу стану особи. Необхідно зіставляти клінічні та параклінічні дані.

Лікування проводять при тяжкому ступені сп'яніння. Для припинення всмоктування алкоголю промивають шлунок 1,0-1,5 л слабого розчину калію перманганату, при необхідності - через зонд. Можна викликати блювання шляхом підшкірного введення 0,25-0,50 мл 1% свіжоприготовленого розчину апоморфіну. Одночасно вводять 1 мл кордіаміну або 1 мл 20% розчину кофеїну. Слід дати прийняти 5-8 крапель 10% розчину аміаку (нашатирного спирту) на півсклянки води. При алкогольній комі хворого необхідно негайно госпіталізувати в стаціонар для проведення інтенсивної терапії або реанімаційних заходів (гемодилуція з форсованим діурезом, внутрішньовенне краплинне вливання поліглюкіну, реополіглюкіну, серцевих глікозидів тощо).

Хронічний алкоголізм

Хронічний алкоголізм. Серед популяції населення, яка приймає спиртні напої, в 5-10% розвивається хронічний алкоголізм. Це захворювання є одним із різновидів токсикоманії і складається з таких синдромів: патологічного потягу до приймання спиртних напоїв, зміни толерантності (стійкості) до алкоголю, синдрому фізичної залежності, комплексу соматоневрологічних порушень алкогольного генезу, психічних розладів.

У перебізі алкоголізму розрізняють три стадії. Перша (початкова) стадія - **псевдоневрастенічна**. У цій стадії формується патологічний потяг до приймання спиртних

напоїв у формі психічної залежності (хворого постійно "тягне" до спиртного), толерантність до алкоголю зростає в 3-5 разів, але абстинентного синдрому немає. Соматоневрологічні порушення мають функціональний характер, особливо після запою. Характерним є симптом анозогнозії, тобто заперечення факту хвороби.

Хворі заявляють, що вони цілком здорові, "п'ють, як усі". Соціально-трудоий статус здебільшого не змінений.

У другій (**наркоманічній**) стадії формується алкогольний абстинентний синдром (ААС) як прояв фізичної залежності. Основними його симптомами є такі: загальний тремор, тахікардія, підвищення артеріального тиску, пітливість, спрага, нудота, втрата апетиту, пронос, зниження настрою, тривога, фізична слабкість, порушення уваги, розлади сну. Щоб позбутись цих неприємних проявів, хворий змушений прийняти відповідну дозу алкоголю, тобто похмелитись. Толерантність до спиртних напоїв зростає в 5-10 разів. Змінюється характер алкогольного сп'яніння: замість ейфорії виникає знижений настрій із дратівливістю та настирливістю.

У другій стадії алкоголізму суттєво змінюється характер хворого. На фоні егоїзму і брехливості розвивається **психопатизація** за такими варіантами:

1. Експлозивний. Хворі стають дуже дратівливими, брутальними, озлобленими. З найменшого приводу вони починають конфліктувати, найчастіше з членами сім'ї.

2. Істеричний. Для поведінки хворих характерні хвалькуватість, істероїдні реакції (показний плач, гнів, погрози закінчити життя самогубством).

3. Астенічний. Хворі знесилені, не можуть упоратися з незначним фізичним чи розумовим навантаженням, стають нерішучими людьми, які пасивно підкоряються чужій волі, за винятком осіб, які забороняють чи засуджують їх пияцтво.

4. Апатичний. Розвивається байдужість до родичів, близьких, самого себе, роботи, свого соціального стану, наростають емоційне спустошення і прояви апатико-абулічного синдрому.

У цей період хвороби функціональні соматоневрологічні порушення переростають в органічні. Розвиваються гепатит, панкреатит, гастрит, ентероколіт, алкогольна міокардіопатія, нефрит, гостра та хронічна енцефалопатія, поліневрит. У першій половині другої стадії алкоголізму ці порушення перебігають без вираженого больового синдрому. Пізніше з'являється біль, який практично не знімається болезаспокійливими чи протиспазматичними засобами. Як правило, він минає або зменшується після приймання невеликої дози спиртних напоїв.

У 10 % хворих виникають алкогольні психози, найчастіше делірій, галюциноз, параноїд, корсаківський психоз, депресія.

У третій (енцефалопатичній) стадії хвороби пияцтво набуває сталого характеру, але толерантність до алкоголю різко знижується. Соматоневрологічні зміни стають незворотними. У деяких хворих розвивається хронічний психоз на фоні алкогольної енцефалопатії. Як правило, розпадається сім'я, хворий втрачає роботу і житло. Розвивається повна моральна і фізична деградація.

Лікування ефективне в першій і на початку другої стадії алкоголізму. Його проводять у наркологічному стаціонарі й амбулаторно (в тому числі в кабінеті анонімного лікування).

У лікуванні хронічного алкоголізму виділяють чотири етапи. На першому етапі необхідно обірвати запій і зняти ААС. З цією метою використовують метронідазол, унітіол, натрію тіосульфат і сульфозин. На другому етапі проводять дезінтоксикацій-ну та загальнозміцнювальну терапію за допомогою унітіолу, метіоніну, гепатотропних засобів, глюкози, інсуліну і вітамінів. Дози лікарських препаратів і термін лікування визначає лікар-нарколог. На третьому етапі застосовують специфічну протиалкогольну терапію. Найефективнішими є психотерапія (кодування) за методом О. Довженка (в різних модифікаціях) і внутрішньом'язова імплантація препарату "Еспераль". Цей етап лікування проводить лише лікар-нарколог. Після цього показане протирецидивне лікування згідно з методикою, яку також визначає лікар-нарколог.

Профілактика. Первинна профілактика алкоголізму полягає в санітарно-просвітній роботі, вторинна - у виконанні призначень лікаря-нарколога, спрямованих на запобігання рецидивам, і своєчасному лікуванні хворого при зриві ремісії.

Алкогольні психози

Приблизно в 10 % хворих, які хворі на хронічний алкоголізм, розвиваються гострі й хронічні алкогольні психози. Серед психозів найчастіше виникає *алкогольний делірій* (біла гарячка). Клінічна картина характеризується в основному наявністю деліріозного синдрому.

Деліріозний синдром проявляється дезорієнтацією в часі й просторі із збереженням орієнтації у власній особистості. При цьому з'являються зорові, тактильні та слухові галюцинації.

Переважають зоровіогалюцинації: мухи, жуки, таргани, миші, пацюки. Рідше хворі бачать людей. Зорові галюцинації можуть мати фантастичний, неправдоподібний характер (чорти, чудовиська). Розвивається психомоторне збудження. Поведінка хворого визначається характером галюцинацій (він збирає жуків, відганяє чортенят, ховається від переслідувачів). Деякі хворі роблять одноманітні рухи, які стосуються їхньої професії (шофер крутить кермо, перемикає швидкість, шукає гальмівну педаль; їздовий керує кіньми тощо). Це так званий **професійний** делірій. Прогностично найтяжчим є муситуючий делірій, при якому свідомість глибоко затьмарена до рівня аменції. Стан делірію звичайно короткочасний, навіть без лікування він минає через 3-5 діб. Інколи психоз затягується на 1 -1,5 тижні.

Біла гарячка постійно супроводжується соматонев-рологічними розладами. До них належать: виражена пітливість із різким запахом поту; гіперемія шкіри, особливо обличчя; тахікардія; коливання артеріального тиску; збільшення печінки, жовте забарвлення склер; тремор рук, голови, тремтіння всього тіла. Температура тіла найчастіше субфебрильна. Інколи психоз може набувати форми фебрильного делірію, при якому температура тіла підвищується до 39 °С, і протягом доби після різкого погіршення загального стану хворий раптово помирає при явищах гострої серцево-судинної недостатності.

Невідкладна долікарська допомога. Хворим, у яких психоз розвинувся при яскравих проявах ААС, показана суміш Є.А. Попова: 0,4г фенобарбіталу або будь-який інший снодійний препарат у чотирикратній одноразовій дозі подрібнюють, змішують із 30-50 мл 96 % етилового спирту, додають 70-80 мл води і дають хворому випити. Спирт можна замінити горілкою (120-150 мл). Приймання цієї суміші усуває або значно зменшує прояви абстиненції, а інколи викликає сон. З метою дезінтоксикації внутрішньовенно вводять 10 мл 30 % розчину натрію тіосульфату і внутрішньом'язово 10 мл 5% розчину унітіолу.

Необхідно якнайшвидше госпіталізувати хворого в найближчий наркологічний, психіатричний чи соматичний стаціонар. При вираженому психомоторному збудженні слід ввести внутрішньом'язово 4 мл 2,5 % розчину аміназину і 4-6 мл 0,5 % розчину реланіуму (седуксену, сибазону). Під час транспортування вживають заходи безпеки, щоб хворий не вистрибнув з автомобіля і не завдав травм особам, які його супроводжують (див. "Психомоторне збудження"). Подальше лікування проводять у стаціонарі лікарі-фахівці (нарколог, а при необхідності -реаніматор).

Алкогольний галюциноз - це психоз, який розвивається у другій та третій стадіях алкоголізму і характеризується наявністю слухових галюцинацій.

Клінічно проявляється гострою і хронічною формами. Гострий галюциноз виникає в період ААС або під час запою. Клінічна картина визначається слуховими галюцинаціями, що мають характер монологу, діалогу або полівербального слухового галюцинозу з тематикою звинувачення хворого в пияцтві, спогадами про його минулі вчинки, загрозою жорстокої розправи, яку він заслужив. Інколи деякі голоси захищають хворого. Внаслідок галюцинацій домінують афекти напруженої тривоги, страху, відчаю, які посилюються

ввечері й вночі. Свідомість збережена. Алкогольний галюциноз триває 2-4 тижні, іноді проявляється абортивно і редукується через 1 -3 доби. Критичне ставлення до свого хворобливого стану під час гострого психозу відсутнє. **Хронічний алкогольний галюциноз** триває місяці й роки, клінічно нагадує шизофренію. Але, на відміну від неї, поступово з'являється критичне ставлення до галюцинацій. Хворий звикає до них і намагається не звертати уваги. Дефекту особистості за шизофренічним типом немає.

При гострому алкогольному галюцинозі хворий, який боїться розправи або виконує наказові галюцинації, може здійснити небезпечні дії (здебільшого самогубство). Такі самі вчинки інколи скоюють хворі на хронічний галюциноз при його загостренні.

Невідкладна долікарська допомога полягає у внутрішньо-м'язовому введенні 2 мл 2,5 % розчину аміназину або 2 мл 0,5 % розчину галоперидолу і 2-4 мл 0,5 % розчину діазепаму (седуксену, ре-ланіуму, сибазону). Хворий на гострий психоз підлягає негайній госпіталізації в психіатричну лікарню. Після того, як хворого виписали з лікарні, медсестра контролює проведення призначеного протирецидивного або підтримувального лікування, сприяє виробленню установки на тверезий спосіб життя, а тоді, коли він знову починає приймати спиртні напої, або при загостренні психотичної симптоматики організовує консультацію лікаря-нарколога.

Алкогольний параноїд ~ це психоз алкогольної етіології, який проявляється маяченням переслідування або ревнощів.

Хворий впевнений, що йому загрожує фізична розправа або отруєння. Багатьох людей, які його оточують, він вважає переслідувачами, в їх міміці, словах і діях вбачає загрозу для свого життя. Вчинки таких хворих стають імпульсивними: вони раптово починають тікати, на ходу вистрибують із транспорту, звертаються до міліції з вимогою захистити їх від злочинців. При маяченні отруєння відмовляються споживати їжу або готують її самі в окремому посуді. Інколи маячення переслідування супроводжується незначними вербальними ілюзіями та галюцинаціями. Здебільшого гострий алкогольний параноїд минає через декілька днів або тижнів, інколи затягується на кілька місяців (хронічний алкогольний параноїд).

Алкогольне маячення ревнощів найчастіше виникає в осіб віком понад 40 років при спричиненій алкоголізмом значній зміні особистості та імпотенції. Спочатку ревнощі проявляються лише в стані сп'яніння. З часом підозри в подружній невірності поступово переростають у маячення. "Обманутий чоловік" звертається за допомогою до органів влади, починає стежити за дружиною і може застосувати до неї жорстоке насилля, особливо коли до маячення ревнощів приєднується ідея отруєння. При алкогольному маяченні переслідування і ревнощів хворий може скоїти фізичну розправу над особою, яка, на його переконання, є ворогом хворого або коханцем дружини. Інколи хворі на гострий алкогольний параноїд учиняють самогубство, щоб "не загинути жахливою смертю від рук переслідувачів".

Лікування. Хворого з маяченням переслідування або ревнощів необхідно за невідкладними показаннями госпіталізувати в психіатричний стаціонар, де провести лікування з приводу алкоголізму та психозу (трифтазин, галоперидол, аміназин, інсулінокоматозна терапія). Після виписування хворого із стаціонару дільнична сестра повинна провести комплекс заходів щодо профілактики рецидиву пияцтва, налагодити спостереження за психічним станом пацієнта і при зміні його поведінки організувати терміновий огляд лікарем-наркологом або психіатром.

Корсаківський поліневритичний психоз характеризується наявністю корсаківського синдрому (див. розділ "Порушення пам'яті та інтелекту") в поєднанні з поліневритом.

Початок психозу переважно гострий. В осіб похилого віку захворювання може розвиватися поступово. Першим проявом психічних розладів буває фіксаційна й інколи ретроградна амнезія тривалістю від кількох днів до декількох років. Деякі хворі прогалини в пам'яті заповнюють конфабуляціями. При вираженій фіксаційній амнезії конфабуляціях може

розвинутих амнестичне дезорієнтування в місці, часі й особах, які оточують їх. Виникають млявість, пасивність, зниження спонукань, підвищена втомлюваність. Неврологічний стан характеризується симптомами невритів з атрофією м'язів кінцівок та послабленням або відсутністю сухожильних рефлексів.

Алкогольні енцефалопатії розвиваються здебільшого в третій стадії алкоголізму і є найбільш характерним проявом масивної й тривалої дії алкоголю на головний мозок.

Ці ураження головного мозку найчастіше розвиваються при органічній недостатності мозку в умовах масивної інтоксикації сурогатами, при супровідних соматичних захворюваннях, неповноцінному харчуванні, авітамінозі й дії інших факторів, які ослаблюють організм. Досить часто ці стани розвиваються в осіб, які лікувались тетурамом, але продовжували зловживати спиртними напоями, особливо сурогатами.

Основною формою гострої алкогольної енцефалопатії є **енцефалопатія Гайє-Верніке**. Ця геморагічна енцефалопатія, або верхній гострий поліенцефаліт, розвивається здебільшого під час приймання денатурату, неякісного самогону, сурогатів спирту і політури при органічному ураженні головного мозку і хронічних соматичних захворюваннях.

Продромальний період енцефалопатії Гайє-Верніке триває 3-5 місяців. У хворих різко порушується сон, вони втрачають апетит, майже нічого не їдять, різко худнуть, у них з'являються постійні диспептичні розлади, сухість і в'ялість шкіри, її блідість із жовтуватим відтінком. У зв'язку з тремором, який наростає, і загальною слабкістю хворі мало рухаються. З'являються дизартричні розлади, змінюється хода і почерк. Увага і пам'ять слабнуть, хворий швидко виснажується.

При цьому виникають грубі психічні розлади, наприклад тяжкий **делірій**, який може трансформуватись у **аментивний синдром**.

Зміни свідомості мають мінливий характер, при якому явища делірію періодично змінюються глибоким оглушенням, а мовно-рухове збудження - періодами прострації. Характерними для гострої енцефалопатії Гайє-Верніке є підвищення температури і наявність судомних нападів. Це захворювання нерідко ускладнюється пневмонією і порушеннями серцево-судинної діяльності, що здебільшого закінчуються смертю. Перебіг гострої енцефалопатії Гайє-Верніке може бути "блискавичним", коли при виражених вегетативно-неврологічних розладах швидко приєднуються глибоке оглушення, сопор і кома, які призводять до смерті хворого.

Основними формами хронічної алкогольної енцефалопатії є корсаківський психоз, алкогольна деменція й алкогольний псевдопараліч.

Корсаківський алкогольний поліневротичний психоз є найбільш частим варіантом хронічної алкогольної енцефалопатії. Йому передують тяжкий алкогольний делірій або гостра енцефалопатія Гайє-Верніке.

Настрій у цих хворих звичайно має відтінок ейфорії, у зв'язку з чим вони часто переоцінюють свої можливості й недооцінюють реальну перспективу. В них порушується здатність прогнозувати результати діяльності. У хворих згасають потяги і спонукання, мотивація до діяльності. Поступово розвиваються пасивність і в'ялість. Афективні прояви лабільні. Плоска ейфорія з відтінком безпечності й метушливості змінюється на байдужість або підвищену подразливість.

Дефекти пам'яті й психічна неспроможність, як правило, мало турбують цих хворих, вони не усвідомлюють свого дефекту, тому з власної ініціативи до лікаря-психіатра звертаються рідко, а якщо звертаються, то до лікарів-терапевтів або невропатологів.

Алкогольна деменція характеризується симптомами зниження інтелекту-ально-амнестичних і емоційно-вольових якостей особистості.

Атрофуються морально-етичні установки, втрачаються відчуття сорому, власної гідності й відповідальності за свої вчинки, а також звичні інтереси, творчі й професійні можливості. З'являється грубий і цинічний "алкогольний гумор". Основним мотивом поведінки стає добування і приймання будь-яких спиртних напоїв (найчастіше дешевих

сурогатів). Грубих порушень пам'яті при алкогольній деменції не виникає, але рівень осмислення і його критичність різко знижуються.

Алкогольний псевдопараліч - це хронічна енцефалопатія з прогресивним перебігом і глобальним порушенням інтелектуально-мнестичних процесів, клінічна картина якої нагадує прогресивний параліч (звідси назва "псевдопараліч").

Алкогольний псевдопараліч може розвиватись повільно, але інколи маніфестує гостро як наслідок тяжких рецидивних алкогольних психозів.

У хворих виявляють виражене зниження рівня суджень, некритичне ставлення до себе і людей. Вони безцільно блукають у парках, на вокзалах, у місцях громадського харчування, мандрують у приміських поїздах. Настирливо чіпляються до людей, "впізнають знайомих", які цих хворих ніколи не бачили, пригадують їм свої заслуги, жебрають на випивку, ображаються, коли їх не хочуть "впізнати" або "визнати".

Хворі з хронічними алкогольними енцефалопатіями здебільшого повністю не працездатні, а інколи навіть потребують постійного стороннього нагляду. Лікування є відносно ефективним лише на початкових стадіях енцефалопатії (кращий прогноз при корсаківському психозі). Воно передбачає введення великих доз вітамінів групи В і ноотропних засобів на фоні загальнозміцнювальної терапії і належного харчування.

Узагальнення та практичні поради

◆ Зловживання спиртними напоями є досить поширеним явищем. Серед хворих на алкоголізм соматоневрологічні, венеричні й інфекційні хвороби, різноманітні травми виникають частіше, ніж у загальній популяції. Такі хворі можуть лікуватись у будь-якому медичному закладі, тому медична сестра повинна достатньою мірою орієнтуватись у вузлових питаннях цієї соціально-медичної проблеми.

◆ Хворі на алкоголізм здебільшого психопатизовані й схильні до порушення лікувального режиму. Медична сестра повинна проявляти щодо них твердість та принциповість і, не порушуючи принципів медичної етики та деонтології, рішуче попереджувати спроби асоціальної поведінки.

◆ Медики білої раси (особливо слов'яни) традиційно входять у першу десятку професій підвищеного ризику щодо зловживання спиртними напоями. Це пов'язано з особливостями культуральних традицій (хворі, яких виписують із медичних закладів, зазвичай "віддячують" медикам піднесенням "могоричу"). З часом приймання спиртних напоїв може стати своєрідною традицією з подальшими негативними наслідками. Це один із проявів так званої "професійної психічної деформації медика". Майбутні медичні сестри повинні про це пам'ятати.

◆ У більшості випадків розвитку алкогольного делірію йому передує передделірійний період. Спочатку у хворого нарастають явища алкогольного абстинентного синдрому. Сон стає переривистим, нерідко розвивається безсоння. Хворий стає тривожним, з'являються елементи невмотивованої метушливості. Прогресують вегетативні порушення (гіперемія шкіри, підвищена пітливість, тахікардія, підвищення АТ). Якщо чергова медична сестра помітила у хворого з алкогольними стигмами наростання явищ абстиненції і порушення сну, вона повинна доповісти про це лікарю-куратору. Запобігти розвитку алкогольного делірію набагато легше і безпечніше, ніж лікувати психоз.

◆ Якщо хворий знаходиться в соматоневрологічному стаціонарі з приводу хвороби, яка потребує обов'язкової спеціалізованої допомоги (наприклад, оперативного втручання), а в нього розвинувся гострий алкогольний психоз, біля пацієнта необхідно встановити індивідуальний пост.

Питання для самоконтролю

- 1.Клініка і діагностика простого алкогольного сп'яніння.
- 2.Методика приведення до тверезості при простому алкогольному сп'янінні.
- 3.Клініка і перебіг алкогольного делірію.
- 4.Клініка і перебіг алкогольного галюцинозу і параноїду.
- 5.Клініка і перебіг корсаківського амнестичного алкогольного психозу й енцефалопатії Гайе-Верніке.

ЛЕКЦІЯ

Токсикоманії і наркомани

Токсикоманії і наркомани, або зловживання психоактивними речовинами, -це хворобливий потяг до приймання певних речовин із метою досягнення стану ейфорії або отримання штучного збудження, внаслідок чого розвиваються психофізична залежність і своєрідна деградація особистості, нерідко настає передчасна смерть.

Наркотичними є ті токсикоманічні засоби, які наказом Міністра охорони здоров'я країни віднесені до наркотиків, тому за їх незаконне виготовлення, зберігання та розповсюдження встановлено кримінальну відповідальність. Підлітки здебільшого приймають токсикоманічні речовини (вдихають пари бензину, ацетону, органічних розчинників, клеїв), снодійні препарати, протипаркінсонічні засоби тощо. Старші підлітки та юнаки приймають наркотики (препарати опійного маку, коноплі, ефедрину, кокаїн, барбітурати, транквілізатори).

Сучасна класифікація наркотичних засобів:

- ◆ Седативні препарати (опійні наркотики і снодійні барбітуратної групи тощо).
- ◆ Стимулювальні препарати (ефедрин, фенамін, кокаїн тощо).
- ◆ Психоделічні препарати, тобто ті, які змінюють свідомість (діетиламід лівергинової кислоти (ЛСД), препарати коноплі та інші галюциногени).

Хронічна інтоксикація психоактивними речовинами проявляється синдромами зміненої реактивності, психічної і фізичної залежності, а також своєрідним симптомокомплексом наслідків і ускладнень зловживання токсикоманічними та наркотичними сполуками.

Синдром зміненої реактивності складається із змін форми приймання токсикоманічної чи наркотичної речовини, сп'яніння, толерантності й втрати захисних реакцій.

Синдром психічної залежності включає в себе нав'язливий (обсесивний) потяг до приймання звичної токсичної речовини, а також потребу досягти психічного комфорту в стані інтоксикації.

Синдром фізичної залежності складається з комплексу імперативного (компульсивного) потягу до інтоксикації звичним наркотиком і абстинентного синдрому.

Наслідки хронічної інтоксикації токсикоманічними і наркотичними речовинами характеризуються прогресуючим порушенням соматоневрологічної сфери та різноманітними проявами морально-етичної й інтелектуальної деградації.

Запідозрити потяг до приймання токсикоманічних і наркотичних речовин у підлітковому та юнацькому віці можна за низкою ознак: 1) втрата інтересу до навчання і часті пропуски занять без поважних причин; 2) невмотивоване зниження успішності; 3) ухилення від суспільно корисної праці; 4) втрата приятельських стосунків із друзями, які негативно ставляться до приймання наркотичних і токсикоманічних речовин; 5) контакти з особами асоціальної поведінки; 6) різка зміна спектра інтересів, спонукає до діяльності та звичного стилю поведінки; 7) поява в характері негативних рис, зокрема брехливості, цинізму, егоїзму; 8) уникання побутових обов'язків; 9) пізні повернення додому; 10) підвищений інтерес до відвідування розважальних закладів, зловживання тонізуючими напоями, куріння; 11) намагання будь-що роздобути кошти для задоволення невідомих батькам потреб; 12) затримування правоохоронними органами у зв'язку з асоціальною поведінкою; 13) приймання з приводу різноманітних "недуг" непевних ліків, джерело отримання яких невідоме близьким; 14) зміни емоційного та життєвого тону: зранку - пригніченість, апатія чи дисфорія, а після повернення додому - ейфорія, жвавість, балакучість.

Діагностує стан наркотичного або токсико-манічного сп'яніння лікар-нарколог при виявленні відповідних речовин у крові або сечі. Діагностувати приймання опіатів у другій стадії опіатної наркоманії можна за допомогою викликання штучного абстинентного синдрому після введення налорфіну (антагоніста опіатів).

Нижче описано основні ознаки хронічної інтоксикації наркотичними і токсикоманічними препаратами та засобами, наявність яких із достатнім ступенем вірогідності може свідчити про систематичне зловживання ними. Під час проведення масових профілактичних оглядів, а також при огляді хворих на амбулаторному прийомі або в стаціонарі, медики повинні звертати увагу на можливі ознаки, що часто характерні для осіб, які зловживають наркотичними і токсикоманічними речовинами.

Так, будь-якому виду наркоманії або токсикоманії властиві неспецифічні соматоневрологічні стигми: ознаки зниженого живлення, одутлість обличчя, рідкий волосяний покрив, своєрідний вигляд очей, який характеризуються западанням очних яблук, помутнінням погляду без приймання наркотику й особливим блиском очей після його прийняття, нездорове жовтяниче або землисте забарвлення шкірних покривів, дистрофічні або запальні зміни шкіри, слизових і внутрішніх органів, тьмяність і ламкість нігтів, патологія ротової порожнини (випадання і ламкість зубів, карієс, стоматити і гінгівіти). Особливе діагностичне значення мають наявність рубцевих змін вен, сліди від ін'єкцій (особливо внутрішньовенних) і рубців від порізів у ділянках передпліч. Деякі наркомани і токсикомани перед відвідуванням лікаря стараються замаскувати сліди ін'єкцій шляхом інтенсивної обробки шкірних покривів пемзою під час приймання ванни. Тоді звертає на себе увагу наявність поверхневих подряпин на шкірі. У зв'язку з тим, що візуально визначити постін'єкційні зміни не завжди вдається, в сумнівних випадках необхідно дослідити стан поверхневих вен пальпаторно. Потрібно мати на увазі, що хворі з наркоманіями і токсико-маніями нерідко стараються сховати сліди уколів і можуть робити ін'єкції в нетипових місцях (підпахвинні впадини, пахвинні складки, під грудну залозу тощо).

Медичні сестри, які працюють у стаціонарах, зобов'язані бути пильними в плані можливості зловживання наркотичними і токсикоманічними засобами деякими хворими.

При цьому їх повинна насторожити своєрідна поведінка. У відділенні наркомани і токсикомани швидко групуються та намагаються встановити тісний контакт із середнім і молодшим медперсоналом, за допомогою якого сподіваються дістати препарати, які б викликали сп'яніння. З цією ж метою вони заводять тимчасову "дружбу" з хворими, які отримують такі засоби.

У хворих із наркоманіями і токсикоманіями, як правило, порушується сон. Вони постійно скаржаться на безсоння і просять або настирливо вимагають призначити їм снодійні препарати (ноксирон, барбітурати, транквілізатори, димедрол тощо). Нерідко хворі скаржаться на гострий біль (найчастіше зубний біль, біль, який імітує невралгію трійчастого нерва, напади мігрені, печінкова або ниркова коліка) з метою отримання наркотиків, анальгетиків, транквілізаторів і снодійних препаратів. Здебільшого вони демонструють напади "непереносимого болю" вночі, коли є труднощі в плані забезпечення їх консультативною допомогою з боку спеціалістів вузького профілю (стоматолога, невропатолога, уролога тощо), а середній медперсонал не бажає "возитись" з хворими і надає їм відповідну "допомогу". Хитрість, винахідливість, брехливість і підступність цих хворих не має меж. Якщо отримати бажані препарати неможливо, вони всілякими шляхами намагаються дістати їх за допомогою родичів, відвідувачів та інших хворих. Важливо налагодити спостереження за особливостями вживання їжі хворими. Більшість наркоманів і токсикоманів мають поганий апетит і їдять мало м'ясних продуктів. Починаючи їсти, деякі опіомани відчувають "спастичний" біль жувальних м'язів, а тому часто роблять перерви. Після зникнення гострих проявів абстиненції анорексія нерідко змінюється на булімію. При цьому перевага надається солодощам і жирним стравам (меду, варенню, тістечкам із вершками). Опіомани не переносять тютюновий дим у період гострих явищ абстиненції і починають знову курити тоді, коли їм вдається прийняти наркотик. Зміна періоду завзятого куріння на період відрази до тютюнового диму поряд з метушливістю, що характерно для опійного абстинентного синдрому, може бути ознакою наркоманії.

Під час вимушеної депривації звичного засобу у хворих спостерігають своєрідну мозаїку в'ялості, гіпо- й анергізму, апатії й ажитації, іпохондричності й дисфоричності. Якщо хворий у такому стані виходить із відділення або ховається у ванній кімнаті, туалеті або іншому місці, а після цього з'являється в палаті зовсім інакшим ("оздоровленим"), ймовірно, що він прийняв потрібний йому середник. На аналогічні зміни загального стану старшокласників, молоді, яка навчається і працює, повинні звертати увагу класні керівники, наставники груп, майстри виробничого навчання і бригадири.

Абстинентний синдром при наркоманіях і токсикоманіях проявляється великою кількістю різноманітних симптомів. Більшість із них є неспецифічними: погіршення загального самопочуття і настрою, позіхання, озноб, безсоння, анорексія з подальшою булімією, неприємні відчуття в м'язах із частими судомами або м'язовим гіпертонусом з посіпуванням м'язів. У неврологічному статусі спостерігаються явища вегетативної дисфункції (мідріаз, тахікардія, судинна дистонія зі схильністю до підвищення АТ), гіперрефлексія, тремор пальців витягнутих рук, а інколи і всього тіла, рухова активність з ажитацією, яка зумовлюється пропріоцептивними неприємними відчуттями.

Важливою ознакою абстинентного синдрому є зміна психічного статусу з мозаїчністю емоційних порушень - явища психічного дискомфорту з переважанням явищ депресії, які змінюються на злобу, дисфорію, тривожний настрій, плаксивість із частими істеричними реакціями і демонстративною поведінкою.

Віддиференціювати конкретний вид наркотичної чи токсикоманічної абстиненції можна за наявністю симптомів, відносно специфічних для кожного виду інтоксикації.

Гостра інтоксикація гашишем. Найбільш поширеними наркотиками у світі є маріухана і гашиш. Активний компонент цих речовин - 9-тетрагідроканнабіол - знаходиться в коноплі. Його важко віднести до якогось певного класу психотропних агентів, тому що він одночасно проявляє збудливу, ейфоризуючу та галюциногенну дію. Ці наркотики майже завждивживають шляхом куріння, додаючи їх до тютюну.

Характерними особливостями сп'яніння від одурманливих речовин із коноплі є: ейфорія, напади невмотивованого сміху, бажання співати, танцювати, руховий неспокій, прискорене непослідовне мислення, безладність мови, гіпертрофія чутливого компонента всіх переживань, можливість розвитку яскравих, барвистих зорових ілюзій. Спостерігають мінливість афективності: ейфорія раптово і невмотивовано змінюється на розгубленість, страх втратити розум, відчуття спустошення і сорому. З'являється відчуття нереальності й зміни довкілля та відчуження власного тіла (дереалізація і деперсоналізація). Порушується сприймання характеру та інтенсивності звуків і шумів, розмірів предметів (часто збільшення, видовження їх). Сп'яніла людина відчуває сильну спрагу і голод, але вживає лише гарячу воду, тому що холодна вода і їжа викликають майже миттєве витверезення. Досвідчений наркоман задовольняє відчуття голоду лише після всіх фаз сп'яніння або при нагальній необхідності швидкого витверезення. Характерною ознакою колективного приймання препаратів коноплі є взаємоіндукція емоційних переживань усіх членів групи. Варто одному засміятись - миттєво безпідставно регоче вся група, в когось з'явилося відчуття страху - в усіх розвивається паніка.

Об'єктивні ознаки: гіперемія обличчя й, особливо, склер (характерний симптом "червоних очей"), очі блищать, зіниці розширені. Виникають непереносимість світла і відчуття різі в очах, внаслідок чого сп'яніла людина прижмурюється. З'являються сухість язика і губ, легке порушення координації рухів. Мова стає сплутаною, голос - хриплим. Виникають тахікардія, тахіпноє, гіпертензія, горизонтальний ністагм, гіперрефлексія.

При значному передозуванні наркотику, що здебільшого спостерігають у новачків або примітивних осіб, може розвинути оглушення, яке інколи переходить у сопор або кому. Зіниці при цьому різко розширюються і не реагують на світло.

Характерні тремор, лабільність артеріального тиску (підвищення при сопорі й падіння при глибокій комі). Феноменологічно клінічні прояви при гострому отруєнні гашишем нагадують отруєння атропіном.

Абстинентний синдром при гашишизмі проявляється сенестопатіями, депресивно-іпохондричним відтінком настрою, а також схильністю до ажитації і дисфоричних реакцій при загальній астенії. Психічний потяг досить виражений. Нами виявлено типовий симптом - відчуття "ломки" в поперековій ділянці хребта. Люмбагія частіше виникає в наркоманів, які приймають препарати коноплі у вигляді ін'єкцій.

Об'єктивними ознаками гашишно-абстиненції є мідріаз, позіхання, озноб, анорексія, тремор, м'язова гіпертензія, підвищення артеріального тиску і тахікардія.

Інколи на 3-5 добу утримання від наркотику до депресивно-іпохондричного настрою приєднується відчуття тривоги, яке зростає. У таких випадках можливий розвиток абстинентного психозу, зокрема делірійного синдрому, іноді запаморочливого затьмарення свідомості або галюцинаторно-параноїдного (шизоформного) синдрому. При цьому хворий блідий, із сухим блиском очей, хриплим голосом внаслідок сухості в роті й горлі.

У більшості хворих явища абстиненції минають протягом 2-4 діб, але інколи (особливо в осіб, які приймають наркотик у вигляді ін'єкцій) можуть затягнутись до 3-4 тижнів.

Гостра інтоксикація опіатами. При прийманні будь-яких опіатів, крім кодеїну, в дозі, яка викликає сп'яніння, виникає своєрідний стан безтурботного приємного спокою і загального розслаблення, яке супроводжується швидкими змінами позитивно забарвлених візуалізованих уявлень ("маячноподібних фантазій"). Сп'яніла людина в'яла і малорухлива, в руках і ногах відчуває тяжкість і тепло. Якщо обставини дозволяють, то цей стан переходить у поверхневий сон. Досвідченим наркоманам при необхідності вдається приховати сп'яніння (дисимуляція сп'яніння утруднена лише в новачків). При вступі з ними в активний контакт блаженство може перетворитись на підвищену балакучість з ейфоричним відтінком настрою.

Об'єктивні ознаки сп'яніння: звужені зіниці, сухість шкіри і слизових, гіпотонія, брадикардія, гіпотермія, гіперглікемія, гіперрефлексія, благодушний настрій, швидка мова і зміна асоціацій.

Кодеїнове сп'яніння викликає прискорення мислення і мови, а також рухове збудження. Мова сп'янілої людини стає голосною, швидкою з постійною зміною теми. Підвищення рухової активності може носити елементи ажитації. Доза кодеїну, яка спричиняє сп'яніння, не викликає сну.

Об'єктивні ознаки: гіперемія і набряк обличчя, гіперемія верхньої частини тулуба, свербіння шкіри обличчя, шиї, грудей, спини, рук.

Значне передозування опіатів може викликати глибоке виключення свідомості (до сопора і коми). Досить часто дихання змінюється за типом Чейн-Стокса, виникають міоз (при глибокій комі можна спостерігати мідріаз), блідість шкіри, глюкозурія, альбумінурія.

Особливості опіатної абстиненції. Першими ознаками опіатного абстинентного синдрому є мідріаз, позіхання, сльозотеча, ринорея, напади чхання, ано-рексія, порушення сну. Ця фаза абстинентного синдрому може тривати від 3 днів до 2-3 тижнів і обмежуватись лише цими симптомами. У більш злісних наркоманів до цих явищ через 1-2 доби приєднуються переміжні стани жару і ознобу із "гусячою шкірою", напади пітливості й загальної слабості. Чхання стає частішим, може ставати пароксизмальним (10-100 разів підряд), посилюються ринорея і сльозотеча. Внаслідок різкого розширення зіниць хворі погано переносять світло і жмуряться. Виникає біль у міжщелепних суглобах і жувальних м'язах, який посилюється тоді, коли вони починають вживати їжу або коли думають про неї. З'являється слинотеча. Через кілька годин приєднуються найбільш тяжкі прояви абстиненції, так звана "ломка". Великі м'язи спини і кінцівок "крутить", "зводить", інколи з'являється вкрай болюче відчуття відриву м'язів від кісток. Різко підвищується потреба в русі, хворі постійно безцільно ходять. Дещо пізніше з'являються часті проноси з тенезмами і нападами сильного болю в кишечнику. Явища опіатної абстиненції, як правило, перебігають при вираженій депресії зі схильністю до дисфоричних та істе-роїчних реакцій з відповідною поведінкою.

Після того, як гострі прояви абстиненції редукуються, у хворих розвивається стійка астения. Явища вираженої астенизації перші 1-1,5 місяця супроводжуються стійким безсонням, але пізніше з'являється сонливість, яка триває до 2-3 місяців. У цій фазі хворі не можуть працювати, вони засинають у будь-якому місці й у будь-якій позі.

На відміну від інших явищ абстиненції, які минають (у зворотному порядку) через декілька днів або тижнів, у багатьох злісних у минулому наркоманів м'язовий біль може утримуватись місяці, навіть роки, і періодично посилюватись, незважаючи на виключення приймання наркотику. Потрібно мати надзвичайно велику силу волі, щоб в умовах пролонгованої "ломки" втриматись від відновлення наркотизації.

Клінічні прояви **кодеїнової абстиненції** аналогічні, але перебігають менш виражено і тривають в 1,5-2,0 рази довше.

Гостра інтоксикація кокаїном. Кокаїн отримують із листя південноамериканського куща коки. Він має вигляд білого порошку ("снігу"), який приймають шляхом вдихання в ніс або у вигляді ін'єкцій. Кокаїн передусім викликає стан загального збудження в поєднанні з ейфорією. Під дією цього наркотику людина відчуває себе сильною і діяльною, чітко бачить життєву перспективу, відчуває надлишок сил і впевненість у собі. Приймання кокаїну після короткочасного запаморочення і незначного головного болю призводить до покращання самопочуття з посиленням інтелектуальної діяльності. При цьому підвищується працездатність. Потік думок і мова прискорюються. Характерним симптомом кокаїнізму є графоманія. Хворі пишуть листи, заяви, спогади з частими однотипними роздумами і повтореннями.

У більшості хворих спостерігають підвищену активність і потяг до діяльності. Вони постійно в русі. Приймання кокаїну пригнічує відчуття голоду і спраги.

Цей період кокаїнового сп'яніння нагадує маніакальний синдром. Такий стан триває 1,5-2,5 год і змінюється знесиленням, апатією і пригніченим настроєм. Інколи в наркоманів з'являються зорові й тактильні галюцинації та симптом Маньяна.

При більш вираженому отруєнні кокаїном виникають мідріаз, блідість шкіри, нудота, тремтіння, пітливість, загальна слабкість, запаморочення, тахікардія, а потім зниження артеріального тиску, колаптоїдні стани або знепритомнення. У деяких випадках перед розвитком колапсу можна спостерігати психомоторне збудження із затьмаренням свідомості. При сильному отруєнні настає смерть від паралічу дихання, рідше від зупинки серця. Інколи перед смертю спостерігають нетривалий епізод делірійного затьмарення свідомості з яскравими зоровими і тактильними галюцинаціями, маренням і різким руховим збудженням. Делірій супроводжується клонічними і тонічними конвульсіями. Якщо хворі виживають, вони певний час скаржаться на головний біль і сильну загальну слабкість із запамороченням.

Фізична залежність від кокаїну настає лише після тривалого систематичного приймання його, проте виражена психічна залежність розвивається досить швидко.

Гостра інтоксикація ефедрином. З метою сп'яніння приймають ефедрину гідрохлорид і окислений ефедрин (ефедрон, жаргонні назви "джеф", "марцефаль", "мулька"). Приймання цих речовин викликає стимулювальний ефект. Сп'яніння починається з відчуття легкості, "відчуття польоту", чіткості та яскравості сприймання довкілля. Потім з'являється відчуття теплої хвилі в тілі, мислення стає прискореним із легкою зміною асоціацій.

У токсикоманів-початківців виникають надмірна моторна активність, безглузда метушливість, настирлива багатомовність. Після декількох приймань ефедрину метушливість змінюється на більш цілеспрямовану діяльність, яка найчастіше має риси "творчого" характеру. Сп'янілі люди починають рифмувати, намагаються писати вірші, листи, малюють. У період сп'яніння немає відчуття голоду, спраги, потреби в сні. Спостерігається блідість обличчя, мідріаз, сухість губ, тахікардія, незначна гіпертензія, дрібний тремор пальців рук, легка дискоординація рухів, незначний латеральний ністагм. Ейфорична фаза сп'яніння в новачків триває близько 6 год, при повторних інтоксикаціях вона скорочується до 4-2 год. Закінчується в'ялістю, знесиленням, серцебиттям, сухістю в роті, потягом до повторного приймання ефедрину.

Ефедрінова абстиненція. Явища абстиненції при ефедріновій токсикоманії мають стадійний розвиток. Після припинення приймання звичної речовини з'являються запаморочення, нудота, нездатність тривалий час виконувати фізичну і розумову роботу. Виникають блідість обличчя, міоз, сухість у роті, пітливість (особливо вночі), тахікардія і підвищення артеріального тиску. Характерним є яскраво-малиновий "лакований" язик із фібрилярними посіпуваннями. Мова хворих не зрозуміла, "змазана". Координація рухів порушується, хода стає атаксичною. З'являються світлофобія, ріжучий біль в очах. Протягом перших діб перебування в стаціонарі вони ні з ким не спілкуються, дримають або сплять.

Через 12-24 год з'являються головний біль і відчуття розбитості у всьому тілі, фібрилярні посіпування окремих м'язів. Потім виникають біль у великих суглобах, болючі судомні зведення м'язів, біль у кишечнику і пронос.

Емоційне тло нестійке з багаторазовими протягом дня перепадами настрою від гіпоманіакального (нерідко гнівливого) до виражених дисфорій зі зловним і похмурим афектом, підозрілістю і незадоволенням усім, що оточує хворого. Сонливість змінюється на безсоння, особливо тяжко хворим заснути. Характерними є пароксизмальні загострення апетиту, перевага віддається солодкій їжі. Дисфоричний етап абстиненції триває до 2-х діб і змінюється на явища апатичної депресії. Хворому здається, що життя втратило перспективу і сенс, ніщо не викликає інтересу, все стає "бридким". Розвивається різка фізична слабкість. Незважаючи на компульсивний потяг до ефедрину, хворі у зв'язку із різким зниженням психоенергетичного потенціалу не спроможні в цей період виконувати

активні дії, спрямовані на добування наркотику. Через 1 -2 тижні стан хворого покращується, але ще протягом 2-3 тижнів залишаються явища астенизації ЦНС. Обсесивний потяг зберігається до 3-х місяців.

Інтоксикація снодійними препаратами. Сп'яніння від приймання снодійних препаратів у новачків може виникати від потрібної терапевтичної дози. У подальшому, при розвитку токсикоманії або наркоманії, внаслідок підвищення толерантності наркомани для того, щоб викликати сп'яніння, дозу збільшують (переважно у 8-10 разів).

Швидкість розвитку сп'яніння залежить від шляху введення препарату. При пероральному застосуванні сп'яніння розвивається через 20-25 хв. Проте токсикомани здебільшого викликають стан наркотизації шляхом внутрішньовенного введення суспензії порошку товченого препарату - сп'яніння настає відразу після ін'єкції.

Сп'яніння від приймання снодійних препаратів здебільшого нагадує алкогольне. Розвивається виражена ейфорія з підвищенням моторної активності, яка має хаотичний характер. Дії сп'янілої людини безладні й не зовсім цілеспрямовані, але вона цього не помічає. Рухи стають розмашистими, некоординованими, їх завжди більше, ніж це вимагає конкретна ситуація. Якість осмислення і суджень різко знижується. Увага сп'янілої людини стає вкрай нестійкою, внаслідок чого тема розмови, як і предмет дії, постійно змінюється. Емоції стають лабільними: ейфорія легко переходить у гнів. Стан гніву, який виникає з найменшого приводу, а часом і без нього, може сягати ступеня оскаженіння. Сп'янілі люди стають агресивними, жорстокими і нестриманими у своїх вчинках із вираженою схильністю до немотивованих руйнівних дій. Вони трощать, розбивають і руйнують все, що потрапляє в поле їх зору й уваги.

Об'єктивні ознаки: гіперемія обличчя і склер, сальність шкірних покривів, мідріаз, гіперсаливація, тахікардія з напруженим пульсом, зниженим артеріальним тиском, гіпергідроз із виділенням гарячого поту.

Неврологічні розлади: порушення координації рухів, горизонтальний ністагм, диплопія і дизартрія. Характерною особливістю фенобарбіталового сп'яніння є те, що відразу після протвердження можна викликати повторне сп'яніння шляхом випивання склянки гарячої води.

При інтоксикації аміталом натрію грубих неврологічних розладів не спостерігають. Сп'яніння, викликане цим препаратом, проявляється короточасним гіпоманіакальним або маніакальним станом із логореєю, багатою на асоціації мовою, елементами гіпермнезії, яскравими, виразними рухами, мімікою і модуляцією голосу. Приховати сп'яніння зусиллям волі практично неможливо. При гострому отруєнні снодійними препаратами розвивається швидко наростаючий глибокий сон.

В отруєної людини виникають блідість шкіри із сальним блиском, брадикардія і гіпотонія, "гра зіниць". М'язи гіпотонічні, в'ялі, кінцівки тяжкі й розслаблені. При пасивному переміщенні хворого не відчувається природного опору. Нерідко спостерігають гіперсаливацію. Відтак сон, який постійно поглиблюється, переходить у кому. При повному згасанні глибоких рефлексів можуть з'являтися пірамідні знаки. Дихання стає частим і поверхневим. При поглибленні коми дихання сповільнюється і набуває типу Чейн-Стокса або Куссмауля. Може розвинути бронхорея і з'явитись схильна слинотеча, що призводить до закупорення трахеобронхіально-го дерева і викликає гостру дихальну недостатність. Інколи при загальній блідості коматозний стан супроводжується припливом крові до обличчя і значним потовиділенням. Смерть настає від паралічу дихального центру. Половину спроб самогубств здійснюють особи з гострими отруєннями барбітуратами, причому приблизно 10 % жертв помирають внаслідок отруєння.

Барбітурова абстиненція проявляється вкрай тяжкими симптомами. Суб'єктивно відміна снодійних препаратів супроводжується відчуттям незадоволення, неспокою і ознобом. Різко знижується апетит, розвивається безсоння. З'являються тривога і дисфоричні явища з надмірним компонентом "звірячої люті". При п'яності та характерному маскоподібному обличчі із землистим відтінком і сальним блиском

симптоми абстиненції виникають у такій послідовності: 1) мідріаз, блідість і озноб із "гусячою шкірою", м'язова слабкість, яка найбільш виражена при хронічній інтоксикації ноксироном; 2) через добу розвивається м'язова гіпертонія, з'являються судомні зведення литкових м'язів, тремор, гіпер-рефлексія; хворий не може довго перебувати в одній позі, а при ході похитується, з'являється тахікардія і підвищується артеріальний тиск; 3) через 2 доби приєднуються блювання і проноси при "ломці" (сильний біль у великих суглобах) і болю в шлунку; 4) на 3-5 добу при зростаючій депресії в більшості хворих розвиваються великі судомні напади, які можуть бути серійними, а інколи проявляються статусом конвульсійних нападів. У деяких хворих розвивається психоз, який нагадує алкогольний делірій. На відміну від білої гарячки, для цього психозу характерним є "звучання" психоорганічного компонента - більш глибокий ступінь затьмарення і виключення свідомості з менш вираженим руховим збудженням та дисоціацією між яскравістю зорових галюцинацій і бляклим емоційним забарвленням галюцинаторних переживань. Розвиток цих станів (конвульсійного синдрому або психозу) при інших симптомах абстиненції практично завжди підтверджує діагноз барбітуро манії.

Абстинентний синдром, зумовлений зловживанням антипаркінсонічними препаратами. Абстинентному синдрому властиві відчуття ознобу із "гусячою шкірою", біль у м'язах, у великих суглобах, мимовільні рухи руками, непосидючість, гіпертонус м'язів із переважанням тону розгиначів. Останнє зумовлює характерні поставу і ходу хворого на ногах, які не згинаються, при випростаній спині й нерідко відставлених руках. Рухові порушення при циклодоловій абстиненції розвиваються в такій послідовності: тремор - скутість рухів - судомні посіпування окремих груп м'язів - мимовільні рухи (потирання рук, погладжування волосся голови, похитування тіла). Звертають на себе увагу своєрідна блідість і сальність шкіри обличчя з порозовілістю щік у вигляді метелика та яскраво-червоними губами. В емоційній сфері переважає іпохондричний компонент. Триває гострий період абстиненції до 2 тижнів.

Діетиламід лізергінової кислоти (ЛСД) для маскування наносять на марки і перебивні картинки. Таку марку смокчуть, викликаючи стан одурманення.

Майже завжди виникають глибокі зміни сприймання, емоцій і мислення. Незважаючи на це, критика частково збережена, і наркоман усвідомлює, що порушення сприймання в нього зумовлене приймання препарату. Інколи суб'єктам здається, що вони збожеволіли, і в цей час бояться, що вже ніколи не стануть нормальними. Проте нерідко можливий розвиток дійсного маячного гострого стану. Як правило, маячення пов'язане з галюцинаціями та іншими змінами сприймання.

Саме сприймання стає надзвичайно яскраим та інтенсивним, кольори здаються більш насиченими, контури - різкішими, музика - емоційнішою, глибокою, а запахи і смакові відчуття - більш загостреними і витонченими. Досить часто з'являються синестезії: кольори можна чути, а звуки і запахи - бачити. Можуть також виникати розлади схеми тіла і порушення сприймання часу та простору.

Найчастіше бувають зорові галюцинації, звичайно у вигляді геометричних форм (інколи цифр), проте часом виникають також слухові й тактильні. Галюцинації з'являються лише при прийманні надто великих доз. У цьому випадку людина може відчувати, що вона перетворилась в іншу істоту (наприклад пташку), що супроводжується відповідною поведінкою. Сприймання часу також значно змінюється в плані прискорення або сповільнення, що залежить від сюжету "мандрів", який суб'єкт уявляє. Характерним для інтоксикації ЛСД є візуалізація уявлень, тобто людина може відчувати і переживати те, що хоче відчувати чи пережити. Усе це часто супроводжується ідеями величі або переслідування.

Емоції стають надзвичайно інтенсивними і можуть змінюватися раптово, різко та часто. В один і той же час у суб'єкта виникають два протилежні один одному відчуття з відповідним відреагуванням (амбівалентність і амбітендентність). Надто посилюються

навіюваність і чутливість до невербальних сигналів. Може виникати підвищене відчуття єдності з іншими людьми або, навпаки, ізоляція від них.

Хворий пригадує події раннього дитинства, в тому числі акт свого народження, події далекого минулого, які звичайно забуваються і знаходяться у сфері підсвідомого в символічній формі.

Типовими є інтроспективна рефлексія і схильність до пізнання філософських і релігійних ідей. Сильно змінюється відчуття самого себе, інколи ці зміни сягають ступеня деперсоналізації. Особа в стані одурманення переживає своєрідне відчуття, ніби вона злилась із зовнішнім світом, що супроводжується відокремленням свого "Я" (душі) від тіла і загальним розчиненням свого ества в містичному екстазі.

Інколи суб'єкти вважають, що ці відчуття і переживання підвищують їх творчі здібності, дають і формують новий психологічний інсайт, викликають бажані зміни їх особистості.

У більшості випадків психодизлептична дія триває від 8 до 12 год. Проте приблизно в кожному четвертому випадку серед наркоманів трапляється так званий "зворотний спалах", тобто спонтанне транзиторне повторення психічних розладів уже без приймання препарату. Зворотні ефекти можуть виникати при переході з темної кімнати в освітлену, при вмиканні світла, при прийманні препаратів коноплі.

Інколи наркомани, які перенесли дію ЛСД, при бажанні можуть викликати ретроспективні сцени довільно без приймання препарату. Зворотні спалахи переважно тривають 1-2 доби. Ретроспективні сцени можуть виникати також після травми або в стресовій ситуації. Звичайно цей стан швидко нормалізується після закінчення стресу, але інколи може затягнутись на місяці й навіть роки.

У наркоманів із шизоїдним або тривожно-помисловим складом характеру внаслідок приймання дизлептиків можуть розвинути стійкі невротичні й психічні зміни.

При психозах не рекомендують приймати нейрорептици у зв'язку з можливою синергічною антихолінергічною і пригнічувальною дією на ЦНС. Найкращий метод допомоги хворому в цьому стані-тепле спілкування з ним і дбайливий догляд. При виражених розладах застосовують діазепам або хлоралгідрат як снодійні. Лише в крайніх випадках допустимим є призначення галоперидолу.

Приймання ЛСД та інших галюциногенів практично не викликає фізичної залежності, але з часом толерантність до них підвищується. Серйозною небезпекою, пов'язаною із прийманням ЛСД, є ризик здійснити "небезпечні мандри", які можуть спричинити емоційні розлади, особливо в осіб із нестійкою психікою.

Гостра інтоксикація фенциклідіном. Цю речовину, яку випускають підпільно, широко застосовують із 70-х років. Даний наркотик найчастіше викурюють разом із препаратами коноплі, інколи приймають всередину, вводять внутрішньовенно або вдихають. Спектр дії та її тривалість широко варіюють залежно від дози.

Напади, кома і навіть смерть можливі при дозі понад 20 мг. Звичайно приймають 2-3 мг речовини, дозу, яка перевищує 10 мг, вважають великою. Дія наркотику розпочинається через 5 хв і стійко утримується приблизно півгодини. Особливістю дії фенциклідину є те, що наркомани не можуть точно описати відчуття і переживання, які були в них безпосередньо перед і під час стану наркотичного одурманення. Спогади їх фрагментарні, часто вони повністю амнезують стан сп'яніння, а прогалини пам'яті заповнюють псевдоремінісценціями і конфабуляціями. Такими цигарками злодії пригощають інших людей у випадкових компаніях із метою пограбування.

Спостерігаючи за сп'янілими людьми, можна помітити, що їх відчуття швидко (калейдоскопічно) змінюються: ейфорія, тепло в тілі, дзвін у вухах, блаженство, інколи деперсоналізація (розлади схеми тіла), порушення сприймання часу, ізолюваність і відчуженість. Наркоман може проявляти співчуття, знаки дружелюбного ставлення і симпатії, які раптово й часто невмотивовано змінюються на негативізм і ворожнечу із схильністю до конфліктів. У деяких осіб спостерігають стереотипні колові рухи головою,

погладжування, гримаси, м'язову ригідність, блювання. Інколи розвиваються слухові й зорові галюцинації. Психосенсорні розлади і галюцинації, як правило, супроводжуються маячною інтерпретацією.

Після редукції ознак сп'яніння розвивається субдепресія, під час якої хворий може бути подразливим, певною мірою параноїдно настороженим, войовничим із підвищеною задирилістю, інколи з'являються суїцидні й гомоцидні тенденції.

Стан сп'яніння супроводжується кількома об'єктивними ознаками: 1) вертикальним або горизонтальним ністагмом; 2) підвищенням артеріального тиску; 3) тахікардією; 4) больовою гіпестезією; 5) атаксією; 6) дизартрією; 7) м'язовою ригідністю; 8) епілептиформними судомними нападами; 9) гіперакузією; 10) виключенням свідомості (оглушення, сопором, комою); 11) делірійним станом.

При тривалому прийманні наркотику може розвинути психоорганічний синдром із зниженням контролю за своїми потягами або стан летаргії. Майже завжди наявний депресивний компонент. Інколи з'являються тілесні галюцинації (відчуття повзання комах під шкірою).

Гостра інтоксикація метаквалонем. Метаквалон - це седативно-гіпнотичний препарат, який не належить до барбітуратів. Його приймають в основному молоді люди з метою підвищення сексуальної активності.

Жаргонні назви: "мандрокер" і "сопор". Поняття "лудингувати" означає приймати наркотик разом з алкогольним напоєм. Передозування проявляється неспокоєм, підвищенням артеріального тиску, делірієм, розвитком спазмів м'язів, які переходять у конвульсії, що може закінчитись смертю.

Останнім часом молодь і підлітки періодично приймають наркотик із вираженою стимулювальною дією - "Екстазі". Його випускають у таблетках. Практично завжди наркотик приймають на дискотеках. "Екстазі" викликає нестримну потребу в ритмічних рухах. Настрій здебільшого ейфоричний, а внаслідок підвищеної взаємодукції може розвиватись стан масового екстазу із схильністю до неконт-рольованих дій. У зв'язку з надмірною руховою активністю під час нестримних танців, у молоді розвивається виражене зневоднення. Періодичне приймання "Екстазі" не викликає явищ абстиненції, але після закінчення дії цього препарату певний час зберігається виражена астения.

Гостре отруєння транквілізаторами. У більшості випадків наркомани і токсикомани приймають транквілізатори-замінники для послаблення явищ абстиненції. Інколи їх приймають разом із спиртними напоями з метою потенціювання дії алкоголю. Транквілізатори досить швидко суттєво знижують потенцію аж до розвитку стійкої імпотенції. Враховуючи цей фактор, більшість токсикоманів стараються не приймати транквілізатори впродовж тривалого часу, а приймають інші речовини, які стимулюють лібідо, потенцію або відчуття оргазму (наприклад, ефедрин або гашиш).

Вираження сп'янюючого ефекту значною мірою залежить від типу транквілізаторів. Найбільш виражену ейфорію і збудження викликають транквілізатори снодійні (нігразепам, радедор, еуноктин). При прийманні цих препаратів, як і при інтоксикації фенотропомом, сп'яніння нерідко супроводжується втратою кількісного контролю. Після згасання ейфорії наркомани (особливо початківці або вже деградовані з інтелектуальним дефектом) часто схильні до приймання чергової дози препарату, що може призвести до передозування і вираженого отруєння. Отруєння транквілізаторами можуть викликати різке порушення координації рухів і можливе виключення свідомості до ступеня сопору, а інколи і коми. Цей стан розвивається як відразу після приймання транквілізатора, так і через певний проміжок часу, тому може виникнути у будь-якому місці: на вулиці, в транспорті тощо.

Клінічна картина отруєння в нетоксикоманів залежить від прийнятої дози і проявляється комплексом міастенічних реакцій (птозом, дизартрією, утрудненим диханням, міорелаксацією зі зниженням тону м'язів кінцівок), розладами очної іннервації (мідріазом, диплопією, порушеннями акомодатції), вегетативними розладами (артеріальною

гіпотонією, колаптоїдними станами, атонією сечового міхура і зумовленою нею затримкою сечі), а також сонливістю, яка зростає.

У хворих на токсикоманію, навпаки, спостерігають гіпертонус скелетної мускулатури, артеріальну гіпертензію, затьмарення свідомості (запаморочливі стани, делірійні епізоди), продуктивну психосимптоматику (галюцинації, ілюзії, маячення) з афективними розладами (страхом, тривогою). Коматозні стани в токсикоманів розвиваються після прийняття приблизно стократної дози транквілізаторів, тоді як для розвитку коматозного стану в нетоксикоманів достатньо прийняти 20-40 терапевтичних доз препарату. При цьому в 20 % випадків прекоматозні стани супроводжуються явищами неспокою. Збудження, як правило, обмежується межами ліжка. У багатьох хворих може різко знизитись артеріальний тиск і раптово розвинутих колапс. Пульс при цьому пришвидшується до 140-150 ударів за 1 хв. Дихання стає глибоким, шумним, а при поглибленні коми - поверхневим, нерідко порушується його ритм. Шкіра і слизові сухі, обличчя почервоніле. Глибока кома супроводжується повною арефлексією. Зіниці в прекоматозному стані розширені, реакція на світло збережена; при глибокій комі - міоз, а в преагональній фазі знову розвивається мідріаз, але з втратою реакції на світло. У дуже тяжких випадках можливе різке пригнічення дихання.

Крім описаних вище явищ, у хворих інколи виникають конвульсії, набряки кінцівок, утруднене сечовипускання, анурія, гіпотермія й атонічна непрохідність кишечника. Смертність при отруєнні транквілізаторами, навіть при застосуванні сучасних методів інтенсивної терапії, сягає 2-3 %.

Особливості кофеїнової залежності. В одній чашці кави міститься приблизно 100-150 мг кофеїну, в склянці чаю - половина, а в склянці напою з колою ("Кока-кола", "Пепсі-кола") - третина цієї дози. Певна кількість кофеїну є в шоколаді, який споживають здебільшого діти (приблизно 25 мг у плитці). Прийняття 50-100 мг кофеїну викликає відчуття припливу фізичної і розумової енергії. Період його напіврозпаду - від 3 до 10 год, а максимальна концентрація в плазмі крові визначається приблизно через 30 хв після прийняття середника. Доза, яка перевищує 0,5 г, може викликати початкові явища інтоксикації, хоча деякі особи приймають 2-3 г кофеїну без будь-яких ускладнень.

Ознаки кофеїнової інтоксикації включають тривожність з явищами психомоторної ажитації і загального неспокою, підвищену подразливість, безсоння і неприємні відчуття з боку внутрішніх органів. Виникає не менше п'яти з перерахованих нижче симптомів: 1) неспокій; 2) нервовість; 3) збудження; 4) безсоння; 5) гіперемія шкіри обличчя; 6) посилений діурез; 7) шлунково-кишкові розлади; 8) посіпування м'язів; 9) прискорення мислення і мови (інколи хаотичне); 10) тахікардія (деколи - аритмія); 11) підвищена працездатність із зниженням відчуття втоми; 12) психомоторна ажитація; 13) підвищена чутливість до світла і звуків; 14) дихальна недостатність, конвульсії, пептична виразка і колаптоїдні стани при тяжкому отруєнні.

Приблизно у 25 % осіб, які зловживають кофеїном, через 15-18 год розвиваються явища абстиненції: тривалий головний біль із відчуттям пульсації, який зменшується після того, як випити каву або чифір. Можливий розвиток летаргічної сонливості, подразливості, агедонії і депресії. Чим вища денна доза, тим більша вірогідність розвитку депресії. Явища абстиненції самостійно проходять через 4-5 днів. Хронічне вживання кави стимулює підвищену секрецію соляної кислоти в шлунку, що може спровокувати розвиток виразкової хвороби. Досить часто виникає серцева аритмія. Нерідко постійне вживання напоїв, що містять кофеїн, покращує суб'єктивний стан жінок, які страждають фіброзно-кістозними захворюваннями, тому кавоманкам необхідно пройти огляд у гінеколога. Часто хронічне зловживання кофеїном помилково вважають проявом тривожного невроту чи псевдоневротичних розладів і такого псевдохворого "лікують" антифобічними середниками, які звичайно неефективні, а лише викликають розвиток лекоманії (психофізичної залежності від лікарських препаратів).

Інтоксикація засобами, які належать до групи ароматичних вуглеводів і органічних розчинників. Останнім часом спостерігають тенденцію до поширення серед підлітків своєрідної токсикоманії, при якій сп'яніння викликається вдиханням парів ароматичних вуглеводів та розчинників (бензину, нафти, бензолу, ацетону, плямовивідників типу "Минутка", "Домал", клею, лаків на органічних розчинниках тощо), а також диму від спалення органічних речовин (гуми, целулоїду, пластмас). Інгаляцію проводять шляхом глибоких вдихів.

Приймання цих засобів підлітками, особливо на початкових етапах токсикоманії, має, як правило, груповий характер. При цьому поліетиленовий мішок із токсикоманічними засобами вони по черзі передають один одному для інгаляції. Керує цим процесом найбільш досвідчений токсикоман, який відіграє роль неформального лідера цієї своєрідної мікрогрупи.

Тривалість сеансів інгаляції зумовлюється токсикоколічною характеристикою засобу, який приймають. Більш токсична дія характерна для бензину (особливо етильованого), ацетону, лаків і плямовивідників. Період інгаляцій цих засобів відносно короткий (2-3 год). Плямовивідники типу "Домал" і клеї на органічних розчинниках менш токсичні, що дозволяє токсикоманам вдихати пари цих засобів більш тривалий час (весь день із короткими інтервалами).

Клінічна картина сп'яніння й особливості перебігу цих токсикоманій схожі.

Два-чотири глибокі вдихи парів бензину викликають відчуття "невагомості" й "легкості". При цьому можуть розвиватися психосенсорні розлади: дереалізація і порушення схеми тіла. Сп'янілі люди відчувають, що в них набрякли і стали "ватними" руки й ноги, змінилася форма голови. Довкілля вони вважають нереальним, зміненим, "казковим". Приблизно кожен третій, закривши очі, бачить німі "мультики" з різноманітними тваринами, комахами, людьми, які перебувають у постійному русі. У сп'янілих людей покращується настрій, при цьому в одних настає тихе "блаженство" без бажання рухатися (нагадує опіатне сп'яніння), в інших - підвищується балакучість, з'являється бажання говорити і сміятися (нагадує сп'яніння внаслідок приймання гашишу). Бензинове отруєння легко виявити тому що у видихуваному повітрі чути запах бензину.

При сп'янінні внаслідок прийняття плямовивідників типу "Домал" або клеїв на органічній основі зоровим галюцинаціям властиві особлива яскравість, жвавість і правдоподібність. Більшість хворих можуть викликати бажані цікаві або приємні для себе галюцинаційні переживання. Після виходу із стану сп'яніння виникають постінтоксикаційні явища (в'ялість, загальмованість, підвищена втомлюваність, байдужість, порушення сну). Деколи з'являються страх і тривога. Типовим абстинентним явищем є часті судоми м'язів нижніх кінцівок. Об'єктивні ознаки інтоксикації такі: 1) психомоторна загальмованість; 2) ністагм; 3) порушення координації рухів; 4) нечітка мова; 5) сонливість; 6) зниження рефлексів; 7) тремор; 8) генералізована м'язова слабкість; 9) нечіткий зір або диплопія; 10) виключення свідомості (оглушення, сопор, кома); 11) ейфорія; 12) нудота і блювання. Летючі речовини важко виявити в крові, а знайти в сечі неможливо.

Узагальнення та практичні поради

◆ Токсикоманії і наркоманії поширюються темпами, які мають ознаки епідемії. Серед токсикоманів і наркоманів соматоневрологічні, венеричні, інфекційні хвороби, різноманітні травми виникають набагато частіше, ніж у загальній популяції. Особи, які передозували психоактивний засіб, потребують невідкладної інтенсивної медичної допомоги. Такі хворі можуть лікуватись у будь-якому медичному закладі, тому медична сестра повинна достатньою мірою орієнтуватись у вузлових питаннях цієї соціально-медичної проблеми.

◆ Наркологічні хворі здебільшого психопатизовані й схильні порушувати лікувальний режим. Медична сестра повинна проявляти щодо них твердість та принциповість і, не порушуючи принципів медичної етики та деонтології, рішуче

попереджувати спроби асоціальної поведінки.

◆ Якщо біля наркомана групуються інші хворі, то вони або самі приймають одурманюючі препарати, або дістають їх для наркомана.

◆ Наркотики (в тому числі транквілізатори і снодійні препарати) необхідно зберігати в сейфі, обладнаному відповідно до діючих інструкцій.

◆ Наркомани в стані абстиненції здатні до будь-яких актів агресії. Проводити їм медичні маніпуляції потрібно в присутності іншого обслуговуючого медперсоналу, щоб попередити можливі нещасні випадки.

◆ Підступність, хитрість і брехливість наркоманів не мають меж. Довіряти їм не можна. Недопустимо піти на проступок і допомогти їм дістати якийсь психотропний препарат. Як правило, це призводить до наступного шантажу з їх боку і до службових неприємностей.

◆ Після того, як фізичні явища наркотичної абстиненції пройшли, психічний потяг залишається. Наркомани схильні до агравації і симуляції, щоб отримати потрібний одурманюючий засіб. Якщо такі хворі "демонструють" свої муки, але почали вживати їжу і відновили куріння тютюну, це означає, що вони агравують свій стан.

◆ Найбільш тяжкий і небезпечний для життя абстинентний синдром викликають барбітурати. Найтриваліша абстиненція зумовлена опіатною наркоманією. Найбільш виражену психічну деградацію (психопатизацію й отупіння) спричиняє барбітурова наркоманія. Найшвидше руйнує соматоневрологічний стан організму і викликає моральне спустошення ефедрон. Навіть у середовищі наркоманів барбітуромани і "ефедронщики" здебільшого зневажаються.

◆ Наркотики дорого коштують. Смертельні отруєння ними трапляються відносно рідко. Переважно тяжкі отруєння бувають токсикоманічними речовинами, бо більшість їх є широкодоступними. Приблизно 10 % отруєнь барбітуратами закінчуються летально, а в деяких осіб несмертельні отруєння призводять до появи психо-органічного синдрому.

◆ Статистика свідчить, що серед людей, які приймають спиртні напої, хронічний алкоголізм розвивається в 5-10 %, а серед тих, хто приймає наркотики, наркоманія спостерігається у 85-90 %. Тому єдиним дієвим методом боротьби з наркоманією є її профілактика.

◆ Так звані "слабкі наркотики" (маріхуана й "екстазі") практично не викликають абстиненції і зміни толерантності. Але більшість людей, які почали приймати ці речовини, звикають до стану штучного одурманення, прагнуть пережити сильніші відчуття і приймають активніші наркотики, тобто гашиш і "Екстазі" є першою сходинкою, яка веде до тяжких наслідків.

Питання для самоконтролю

1. Сутність наркоманій і токсикоманія.
2. Основні стигми зловживання наркотичними і токсикоманічними речовинами.
3. Особливості опіатної абстиненції.
4. Особливості барбітурової абстиненції.
5. Які наркотики і токсикоманічні речовини мають виражений стимулювальний ефект?
6. Перерахуйте наркотики і токсикоманічні речовини з галюциногенною дією.
7. Який наркотик має найбільш виражену психодизлептичну дію?
8. В чому полягає основна небезпека зловживання гашишем і ЛСД?
9. Основні ознаки інтоксикації ароматичними вуглеводами та органічними розчинниками.
10. Тактика дій медсестри стосовно токсикомана.

ЛЕКЦІЯ
Невідкладні стани в психіатрії і наркології.
Типові (найважливіші) медсестринські діагнози.
Основні принципи й алгоритми сестринської допомоги

ДІАГНОЗ - ПСИХОМОТОРНЕ ЗБУДЖЕННЯ

Найчастішим з екстрених станів, які небезпечні для хворого та людей, які його оточують, і вимагають невідкладної медичної допомоги, є так зване гостре психомоторне збудження. Це гострий психотичний стан, зумовлений різними психічними захворюваннями, що супроводжується вираженим руховим і мовним збудженням, а також психопатологічною симптоматикою, що становить небезпеку для людей або самого хворого.

Залежно від причини, розрізняють такі основні види психомоторного збудження з відповідною клінікою:

1. *Галюцинаторно-маячне.* Збудження виникає внаслідок галюцинаторних і маячних переживань. Особливі збудження визначаються характером галюцинацій і відповідним сюжетом маячних ідей. Трапляється при шизофренії, отруєнні наркотиками з галюциногенною дією, реактивних психозах.

2. *Делірійне.* Збудження в основному викликається інтоксикаціями, інфекційними хворобами, травмами.

3. *Маніакальне.* Збудження супроводжується піднесеним настроєм, надцінними та маячними ідеями переоцінки особистості (величі, багатства тощо), надмірною діяльністю, співами, танцями, декламуванням віршів або виголошенням коротких промов на різну тематику, підвищеним статевим потягом, епізодичною гнівливістю з агресивними тенденціями.

Є характерним для маніакальної фази маніакально-депресивного психозу, маніакальної фази циркулярної форми шизофренії, алкогольного і наркотичного сп'яніння, туберкульозної інтоксикації.

4. *Меланхолійний вибух* - це збудження, зумовлене крайнім загостренням депресивних переживань.

При ньому душевна туга стає непереносимою. Хворий знаходиться в стані депресивного відчаю. Прагнучи обірвати тяжкі душевні муки, він може вдасться до суїцидних дій. Для цього стану є характерним лемент із різко вираженою руховою активністю. Меланхолійний вибух властивий депресивній фазі маніакально-депресивного психозу, інволюційній і реактивній депресії.

5. *Кататонічне і гебефренічне збудження* - це безглузде збудження з кривляннями, клоунізмами і хаотичними асоціальними вклученнями в поведінку. Трапляється при відповідних формах шизофренії.

6. *Епілептичне збудження* - це крайній ступінь дисфорії з вираженими агресивними і руйнівними тенденціями. Виникає при епілепсії.

7. *Еректільне збудження* - це немотивоване, хаотичне, безглузде і без підставне збудження, що з'являється в осіб з вираженою олігофренією.

8. *Афект фізіологічний* - це короткотривала і сильна позитивна або негативна емоція, яка виникає у відповідь на дію внутрішніх чи зовнішніх факторів і супроводжується психомоторним збудженням та вираженими сомато-вегетативними проявами: блідістю або гіперемією шкіри та слизових, тахікардією, підвищенням або зниженням артеріального тиску, загальним тремором, імперативними позивами на акт дефекації тощо.

Свідомість не потьмарюється, людина усвідомлює свої дії. Після закінчення афективної реакції амнезії немає. До фізіологічного афекту схильні особи з психопатією збудливого кола.

9. *Патологічний афект* - це короткочасний психічний розлад, який виникає у відповідь на інтенсивну, несподівану психічну травму і проявляється афективним розрядом на фоні запаморочливого стану свідомості, за яким настають загальна розслабленість, байдужість і, як правило, глибокий сон; супроводжується повною або частковою ретроградною амнезією.

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

Тип збудження, причину і тактику нозологічного лікування встановлює лікар-психіатр. Рівень медсестринського діагнозу полягає у встановленні наявності феномена "Психомоторне збудження", а тактика - в наданні невідкладної долікарської допомоги і детальному описі особливостей поведінки хворого в журналі спостереження за пацієнтами.

Невідкладна долікарська допомога полягає в проведенні заходів, якими досягають ліквідації або пом'якшення психопатологічних проявів, і негайній госпіталізації хворого в психіатричну лікарню чи організації екстреної консультації. При наданні допомоги збудженому хворому до прибуття транспорту для його переведення в психіатричну лікарню необхідно забезпечити безпеку пацієнта і людей, які його оточують.

Практичні поради.

Алгоритм дій медичної сестри

◆ Хворого помістити в окрему палату, в якій знаходяться лише особи, які наглядають за ним, а при необхідності й фіксують: медик, працівники міліції, сусіди.

◆ Спостерігачі повинні бути поряд із хворим, щоб своєчасно попередити його спробу вистрибнути у вікно або втекти.

◆ Усі предмети, які хворий може використати для нападу або самогубства, треба забрати і сховати.

◆ При різкому збудженні хворого необхідно негайно іммобілізувати.

Щоб пом'якшити удари, які він може нанести, до нього підходять, тримаючи перед собою матрац, товсту ватну ковдру або перину.

◆ Найбільш раціонально фіксувати (знерухомлювати) хворого в ліжку. Для цього достатньо трьох, а в деяких випадках чотирьох, людей, бажано чоловіків. Один тримає ноги вище колін, другий - руки за передпліччя, третій - плечі. Не дозволяється тримати хворого за груди (небезпека перелому ребер) або тиснути на живіт. При необхідності можна тримати за голову: на лоб накласти рушник, і його кінці притиснути до подушки.

◆ Для пом'якшення явищ збудження перед транспортуванням хворому ввести 2-5 мл 2,5 % розчину аміназину внутрішньом'язово або 2-4 мл 2,5 % розчину тизерцину. При відсутності ефекту через 1 год, вже в лікарні, бажано внутрішньом'язово ввести 2-3 мл 1 % розчину мажептилу або 5-7 мл 10 % розчину гексеналу. При делірійному збудженні внутрішньом'язово ввести 2-4 мл 0,5 % розчину седуксену або реланіуму (краще внутрішньовенно).

◆ При госпіталізації хворого необхідно уважно перевірити його речі, щоб він не міг взяти з собою небезпечні предмети.

◆ Для транспортування хворого виділяють людей (медиків, працівників міліції), кількість яких залежить від його стану. В їх обов'язки входить нагляд за хворим, а при необхідності - фіксація його.

◆ Двері автомобільного салону краще зачинити на ключ, щоб хворий не міг вистрибнути на ходу.

ДІАГНОЗ - ВИСОКИЙ РИЗИК СУЇЦИДУ АБО ГОМОЦИДУ

Особливу небезпеку для життя психічнохворого і людей, які його оточують становлять *суїцидальні і гомоцидні дії*. Це дії особи із психічним захворюванням, спрямовані на

самогубство, вбивство незнайомих і знайомих людей, а також своїх родичів і близьких. Основними їх причинами є:

1. Наказові (імперативні) галюцинації, коли голоси наказують хворому вбити конкретну людину.

2. Маячення впливу, переслідування, отруєння, ревнощів, спрямоване на конкретних осіб.

3. Маячні ідеї депресивного хворого про те, що його родичі й знайомі переживають такі ж нестерпні душевні муки, як він сам, призводять до впевненості, що хворий перед самогубством повинен їх умертвити, щоб близькі йому люди не мучились.

4. Прояв моторного автоматизму, коли хворий мимоволі виконує дії суцидального або гомоцидного характеру, відчуваючи, що його рухами і вчинками керує сила, якій він не може протистояти.

5. Затьмарення свідомості: делірій, епілептиформне збудження при запаморочливих станах, патологічний афект, патологічне сп'яніння.

6. Імпульсивні дії. Хворі, схильні до гомоцидних дій, психіатричною ЛКК визнаються соціально небезпечними. Після скоєння гомоцидного акту психічнохворих за рішенням суду примусово лікують у спеціалізованих психіатричних лікарнях.

Про те, що соціально небезпечного хворого виписали з лікарні, необхідно сповістити райвідділ міліції і дільничного лікаря-психіатра для встановлення належного динамічного контролю.

Дільнична медична сестра повинна мати список соціально небезпечних хворих. Вона зобов'язана особливо уважно контролювати своєчасне відвідування ними лікаря-психіатра і приймання ними протирецидивного лікування.

Практичні поради

У разі виявлення або запідозрення наявності суїцидальних та гомоцидних дій і тенденцій у поведінці хворого медична сестра повинна:

◆ негайно повідомити про це лікаря.

◆ хворого перевести в палату пильного догляду або встановити біля нього індивідуальний цілодобовий пост.

◆ особисті речі такого хворого повинні бути під контролем чергового медперсоналу, щоб попередити нещасні випадки.

◆ конкретну причину і тактику нозологічного лікування встановлює лікар-психіатр.

ДІАГНОЗ - ВИСОКИЙ РИЗИК НАСИЛЛЯ, СПРЯМОВАНОГО НА ІНШИХ ОСІБ

Визначення: стан, при якому індивід здатний проявляти форми поведінки, небезпечніші для інших осіб.

Характерні симптоми й етіологічні фактори:

1. Агресивна поза; міміка і пантоміміка (напружена поза, стиснуті кулаки, щелепи, словесні погрози тощо).

2. Руйнівна поведінка.

3. Підвищена рухова активність з подразливістю і збудженням.

4. Неточне сприймання ситуації.

5. Напади люті.

6. Виражена дисфорія.

7. Порушення сприймання (галюцинації, ілюзії).

8. Наявність маячення.

9. Стани сплутаної свідомості.

10. Порушення контролю за потягами.

11. Володіння небезпечним предметом (ножем, рушницею тощо).

12. Зловживання алкоголем або наркотиками, сп'яніння й абстиненції.

13. Насилля в анамнезі.

Практичні поради.

Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ Найчастіше агресія є наслідком психотичного стану. Потрібно вчасно помічати зміни в психічному стані хворих.
- ◆ Ризик агресії підвищується, коли є доступ до небезпечних предметів. Наслідки агресії стають тяжчими. Заберіть потенційно небезпечні предмети. Суворо дотримуйтесь правил техніки безпеки.
- ◆ Велика кількість подразників посилює неадекватність поведінки. Зменшіть кількість подразників (невелика кількість людей, тиша, слабе освітлення).
- ◆ Дії психічнохворих з агресивними тенденціями нерідко є непередбаченими масштабами самої агресії. Забезпечте достатню кількість помічників для гарантування безпеки під час надання допомоги. Це продемонструє хворому силу і доказ контролю над ситуацією.
- ◆ Тривога є заразною і може передатись від вас хворому, що посилить його агресивні тенденції. Поводьте себе біля нього спокійно, не залякуйте, пригнічуйте в собі страх і тривогу.
- ◆ Агресивна поведінка одного хворого може індукувати аналогічну поведінку в інших. Ізолюйте хворого, який знаходиться в стані збудження.
- ◆ Правильна орієнтація зменшує інтенсивність психотропного збудження. Переривайте періоди неправильної орієнтації і повторно орієнтуйте хворого.
- ◆ Грубе застосування фіксації збуджує хворих. Адекватно використовуйте фіксацію.
- ◆ Психомоторне збудження пом'якшуйте шляхом застосування нейролептиків і транквілізаторів. Точно і своєчасно виконуйте призначення лікаря.
- ◆ Проговорювання переживань зменшує афект. Дайте можливість хворому "викричати" свій гнів.
- ◆ Агресивні дії необхідно попереджувати. Поки стабільно не покращиться стан хворого, він повинен перебувати на режимі суворого нагляду.

ДІАГНОЗ - ВИСОКИЙ РИЗИК СПРЯМОВАНОГО НА СЕБЕ НАСИЛЛЯ

Визначення: стан, при якому індивід проявляє форми поведінки, небезпечні для нього.

Характерні симптоми й етіологічні фактори:

1. Депресивний настрій.
2. Відчуття власної нікчемності.
3. Гнів, обернений на себе.
4. Неадекватне переживання власної вини.
5. Численні невдачі.
6. Відчуття самотності.
7. Безнадійність.
8. Помилкова інтерпретація дійсності.
9. Прямі або опосередковані заяви про намір здійснити суїцид.
10. Наявність суїцидних дій у минулому.
11. Вирішення справ, складання заповіту; роздавання і дарування свого майна.
12. Наявність галюцинацій.
13. Заяви про безнадійність і безперспективність відносно покращання умов свого життя.
14. Саморуйнівна поведінка (зловживання алкоголем, наркотиками, захоплення азартними іграми).

Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ Ризик суїциду значно збільшується, коли хворий поставив перед собою кон-

кретну мету і, особливо, коли в нього були знаряддя і засоби для здійснення самогубства. Потрібно поставити йому ряд прямих запитань: "Чи були у вас думки про самогубство? Якщо так, то що саме Ви планували зробити? Чи були у вас знаряддя і засоби для його здійснення?"

◆ Безпека хворого є пріоритетом у справі сестринського догляду. Забезпечте йому безпечні умови. Захуйте всі потенційно небезпечні для нього речі (гострі й скляні предмети, шнури, ремені тощо).

◆ У хворого з'являється впевненість і надійність, коли він відчуває, що до нього ставляться, як до людини, що йому приділяє увагу шанована ним особа. Проводьте максимум часу з хворим, якнайбільше з ним розмовляйте.

◆ Обговорення суїцидних переживань із людиною, яка викликає довіру, приносить хворому значне полегшення. Обговорюйте з ним його переживання, намагайтесь довести неадекватність його намірів.

◆ Депресія і суїцидальні форми поведінки є маскою гніву, поверненою на себе. Якщо цей гнів виразити словесно або переключити свою психічну енергію на іншу діяльність, можна буде полегшити переживання, незважаючи на супровідний дискомфорт. Дайте можливість хворому словесно виразити своє незадоволення.

◆ Фізична діяльність знімає приховане нервово-психічне напруження. Стимулюйте фізичну активність хворого (біг "підтюпцем", боксерський бій з грушею тощо).

◆ Наявність конкретного плану само- і взаємодопомоги під час кризи допомагає попередити суїцидну спробу. Дайте хворому і його родичам телефон "Довір'я" служби психологічної допомоги.

ДІАГНОЗ - ВИСОКИЙ РИЗИК САМОПОШКОДЖЕНЬ

Визначення: стан, при якому індивід має підвищений ризик нанести собі не смертельну травму.

Фактори, пов'язані з етіологією, і фактори ризику:

1. Анамнестичні відомості про форми поведінки з пошкодженням тіла (кусання, дряпання, удари головою, висмикування волосся).
2. Депресивні стани.
3. Переживання дереалізації.
4. Демонстративна поведінка з метою маніпулювання іншими людьми.
5. Низька самооцінка.
6. Невирішена реакція горя.
7. Напади лютості.
8. Підвищений рівень тривоги.
9. Повторні настирливі скарги, вимоги і прохання.
10. Підвищена рухова активність, збудження, подразливість, неспокій.
11. Дії з нанесенням собі фізичних пошкоджень (різаних ран, опіків, передозування ліків тощо).

Практичні поради.

Алгоритм дії медичної сестри

◆ Самопошкодження потрібно попереджувати. Пильно слідкуйте за хворими. Для захисту голови від ударів використовуйте шлем, для запобігання висмикуванню волосся - шапочку і рукавички.

◆ Ігнорування дезадаптивним способом поведінки здебільшого зменшує частоту його використання. При самопошкодженні обробіть рану. Не висловлюйте співчуття і не приділяйте надмірної додаткової уваги.

◆ Безпека хворого є пріоритетом у справі сестринського догляду. Захуйте всі небезпечні предмети. При необхідності застосовуйте тимчасову м'яку фіксацію хворих.

◆ Фізичні вправи є безпечним і ефективним способом послаблення відчуття внутрішнього напруження. Ширше застосовуйте щодо хворого працетерапію. Дайте

йому можливість розрядитись, виконуючи фізичні вправи (біг підтюпцем, заняття з боксерською грушею тощо).

♦ Демонстрація хворому доказів контролю за ситуацією зменшує ризик деструктивної поведінки. Забезпечте достатню кількість персоналу, щоб при необхідності показати йому силу.

♦ Адекватне застосування психотропних препаратів проявляє заспокійливу дію на хворого і зменшує ризик деструктивної поведінки. Точно виконуйте призначення лікаря-куратора.

ДІАГНОЗ - ВИСОКИЙ РИЗИК ТРАВМУВАННЯ

Визначення: стан, при якому індивід має високий ризик пошкоджень, пов'язаний з умовами навколишнього середовища, що взаємодіють із психічним і фізичним станом людини.

Фактори, пов'язані з етіологією, і фактори ризику:

1. Органічне ураження головного мозку, що супроводжується такими симптомами:
 - порушення орієнтування і стан сплутаної свідомості;
 - фізична слабкість;
 - епілептичні напади;
 - послаблення зору;
 - психомоторне збудження.
2. Наявність галюцинацій.
3. Наявність маячення.
4. Стани інтоксикації (алкогольної, наркоманічної, токсикоманічної тощо).
5. Абстинентний синдром.
6. Тривога панічного рівня.
7. Нестійкість показників життєво важливих функцій (втрата свідомості, колапс тощо).
8. Психопатія.
9. Дисфорія.
10. Синдром гіперактивності в дітей.

Характерні симптоми:

1. Човгання і спотикання.
2. Падіння, зумовлені порушенням координації рухів.
3. Забої об меблі та одвірки.
4. Перебування в умовах низької температури в легкому одязі.
5. Нанесення собі порізів при користуванні гострими предметами.
6. Невдалі спроби запалити газ або залишення його запаленим в анамнезі.
7. Куріння в ліжку, залишення запалених сигарету різних місцях.
8. Безцільні й некоординовані рухи.
9. Галюцинаторна поведінка.
10. Маячна поведінка.
11. Психомоторне збудження.
12. Ознаки інтоксикації.
13. Гострі ознаки абстиненції.
14. Дезорієнтування в навколишньому середовищі.
15. Психомоторне збудження.
16. Деструктивні форми поведінки.
17. Гнів, спрямований на людей.
18. Спалахи гніву - хворий починає руйнувати предмети (бити посуд, ламати меблі).

Практичні поради.

Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ Необхідно знати рівень функціонування хворого (його психічний і фізичний стан), щоб розробити план необхідної допомоги. Оцініть психічний і фізичний стан хворого.
- ◆ Безпека хворого є пріоритетом у справі сестринського догляду. Пильно спостерігайте за його поведінкою і станом. Допомагайте хворому під час пересування. Винесіть із кімнати потенційно небезпечні предмети. При необхідності застосовуйте тимчасову фіксацію хворого.
- ◆ Порушення орієнтування підвищує рівень травмування. Систематично орієнтуйте хворого в навколишньому середовищі.
- ◆ Надмірна кількість подразників посилює збудження. Зменшіть її.
- ◆ Посильні фізичні навантаження зменшують гіперактивність. Рекомендуйте гіперактивному хворому посильні фізичні навантаження.
- ◆ Адекватне застосування психофармакотерапії зменшує рухову активність хворого. Точно виконуйте призначення лікаря-куратора.

ДІАГНОЗ - СТАТУС КОНВУЛЬСІЙНИХ НАПАДІВ

Одним із небезпечних для життя хворого станів, які вимагають невідкладної **медичної допомоги**, є **серія або статус епілептичних чи епілептиформних нападів**.

При серійному перебізі судомні напади часто слідуєть один за одним, але поміж конвульсіями хворий отямлюється. При статусі в періоди між конвульсіями він непритомний. За умови ненадання своєчасної медичної допомоги ці стани часто призводять до смерті, основною причиною якої є набряк мозку, при якому заклинюються мигдалики мозочка і паралізується дихальний центр. Головними причинами, які викликають серію або статус конвульсійних нападів, є епілепсія, тяжкі форми еклампсії періоду вагітності або пологів, отруєння (наприклад стрихніном), набряк мозку (наприклад уремична або діабетична кома), черепномозкові травми, тяжкі форми правця, пухлини мозку тощо. Нозологічний діагноз і тактику специфічного лікування встановлює лікар-психіатр. Медична сестра, негайно доповідаючи лікарю про такий стан, формулює діагноз - статус конвульсійних нападів із втратою свідомості (вказує кількість нападів під час спостереження).

Практичні поради.

Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ Негайно сповістити лікаря-куратора, завідувача відділення або чергового лікаря.
- ◆ Покликати на допомогу молодших медсестер або санітарок.
- ◆ Встановити в ліжку бокові бортики, щоб хворий під час чергового нападу не впав і не завдав собі травми.
- ◆ Обкласти бокові бортики матрацами, товстими ковдрами або подушками.
- ◆ Підкласти під хворого надувне судно і клейонку.
- ◆ Порахувати частоту пульсу і поміряти артеріальний тиск.
- ◆ Підключити до доступної поверхневої вени крапельницю з 0,9 % розчином натрію хлориду (перед початком краплинного вливання взяти кров для екстреного біохімічного аналізу, передусім на вміст глюкози й електролітів у крові).
- ◆ Біля ліжка хворого розгорнути переносну підставку з необхідним обладнанням і медикаментами, які потрібно буде вводити. На столику повинні бути: 1) рото-розширювач; 2) язикотримач; 3) 25 % розчин магнію сульфату в ампулах; 4) ампульовані препарати діазепаму (реланіум, седуксен, сибазон); 5) 10 % розчин кальцію хлориду в ампулах по 5 мл; 6) 40 % розчин глюкози в ампулах; 7) гормони кори надниркових залоз (преднізолон, докса тощо); 8) натрію тіопентал або гексенал.
- ◆ Свіжоприготовлений розчин хлоралгідрату для лікувальної мікроклізми.
- ◆ Підготувати назогастральний зонд, шприц Жане, шприц на 20 мл і таблетовані антиконвульсанти для внутрішньогастрального введення за Курловим.
- ◆ Якщо в лікарні є реанімаційне відділення, медична сестра повинна підготувати і

забезпечити засоби екстреного транспортування хворого в цей підрозділ спеціалізованої допомоги.

◆ Якщо черговий лікар з якоїсь причини затримується (наприклад, знаходиться біля тяжкого хворого), медична сестра повинна внутрішньовенно ввести 20 мг діазепаму (по 4 мл 0,5 % розчину реланіуму, седуксену або сибазону).

◆ Категорично заборонено вводити при конвульсійному синдромі камфору. Зі стимуляторів серцево-дихальної системи слід застосувати лише ті препарати, які призначає лікар.

ДІАГНОЗ - ВІДМОВА (АБО НЕМОЖЛИВІСТЬ) ВЖИВАТИ ЇЖУ

Небезпеку для здоров'я хворого, а іноді й для його життя, становить активна *відмова вживати їжу*, або тривала неможливість її приймати внаслідок безпорадного стану.

Активна відмова вживати їжу, в основному, зумовлена:

1. Наявністю у хворого слухових імперативних галюцинацій, при яких голоси забороняють йому вживати їжу, або слухових галюцинацій, які лякають, що їжа отруєна.

2. Наявністю нюхових і смакових галюцинацій, при яких їжа здається смердючою й огидною (гхне "трупним запахом", має "огидний смак").

3. Негативістичною поведінкою хворого.

4. Наявністю маячення отруєння.

5. Наявністю нігілістичного маячення Котара ("шлунок і кишечник всохли", "їжа не перетравлюється, а тому її не можна їсти").

6. Наявністю вираженого депресивного синдрому з маячними ідеями самозвинувачення.

7. Наявністю нервової анорексії.

8. Симуляцією психічного захворювання або хвороби шлунково-кишкового тракту.

9. Установча реакція типу надцінних ідей на вживання звичайної в даній популяції їжі представниками деяких релігійних сект (наприклад "Білого братства", секти "Наступники індуїзму", мусульман на вживання свинини тощо).

10. Гострий період вираженого абстинентного синдрому в наркоманів.

Основними причинами безпорадного стану, які роблять неможливим приймання їжі, є:

1. Тривалі стани глибокого виключення свідомості (сопор, кома).

2. Тривалі стани вираженого затьмарення свідомості (аменція, делірій, онейроїд).

3. Тотальне слабоумство і стан маразму.

4. Стани вираженого ступору (особливо кататонічного).

5. Неможливість вживати воду і рідку їжу (є характерною ознакою сказу).

Причину відмови і тактику етіопатогенетичного лікування основного захворювання, яке призвело до відмови або неможливості вживати їжу, встановлює лікар-психіатр. Медична сестра, як правило, встановлює один із двох діагнозів на симптоматичному рівні, наприклад:

1. Хворий відмовляється вживати їжу протягом (вказати точно) часу.

2. Хворий неспроможний вживати їжу протягом (вказати тривалість) часу.

Медична сестра повинна стежити за особливостями поведінки такого хворого, щоб надати лікарю максимум об'єктивних даних, які допоможуть йому правильно кваліфікувати причину відмови (або неспроможності) вживати їжу.

Практичні поради.

Алгоритм дії медичної сестри

Маніпуляції проводить досвідчена медична сестра або медсестра, яка допомагає лікарю:

◆ Встановити за хворим режим посиленого нагляду.

◆ негайно доповісти лікарю.

◆ Перевести хворого в палату посиленого режиму.

◆ Спробувати вмовити хворого поїсти.

◆ З'їсти самій трошки їжі з тарілки хворого, щоб наочно продемонструвати йому

безпе́чність вживання їжі.

◆ Залишити хворого з їжею наодинці (інколи за таких умов хворі "розгальмовуються" і вживають їжу).

◆ Спробувати нагодувати хворого з ложки.

◆ Якщо хворий не вживає рідину більше однієї доби - наводнювати організм за допомогою крапельниць згідно з вказівками лікаря. Посилити апетит шляхом підшкірного введення інсуліну в невеликих дозах, вказаних лікарем.

◆ Вести контроль за діурезом і спорожненням кишечника.

Якщо хворий не вживає їжу понад 2 доби, слід підготувати все необхідне для штучного годування через назогастральний зонд згідно з інструкціями лікаря.

Техніка й алгоритм годування через зонд:

◆ Приготувати стерильний тонкий шлунковий зонд, шприц Жане або лійку, шприц на 20 мл, 600-1000 мл рідковісококалорійної їжі (молоко, рідка манна каша, сирі яйця, вершки, масло, цукор, мед, сіль, полівітаміни, при потребі – медикаментозні препарати у вигляді розчинів або пігулок, розтертих у порошок). Їжу перемішати до гомогенності й підігріти до 37-40 °С.

◆ Хворого з психомоторним збудженням піддати тимчасовій м'якій фіксації.

◆ Бажано виконувати цю процедуру в положенні хворого сидячи, якщо це не можливо, то його годують у положенні лежачи.

◆ Очистити носові ходи.

◆ Облитий гліцерином, рідким вазеліном або олією зонд ввести на 45-50 см через нижній носовий хід, носоглотку і стравохід у шлунок. Голову хворого при цьому нахилити вперед, щоб зонд спрямувався у стравохід по задній стінці глотки.

◆ Перевірити місцезнаходження зонда. Він повинен знаходитись у шлунку, а не в трахеї чи бронху. Критерії правильності введення зонда: а) при потраплянні зонда в трахею або бронх хворий починає кашляти і синіти; б) коли затиснути носові ходи і закрити рот, а зонд знаходиться в дихальних шляхах, хворий не задихається, а вогник запаленого сірника, піднесеного до кінця зонда, коливається, повторюючи дихальні рухи; в) через зонд влити 20-40 мл підігрітої води або 0,9 %

розчину натрію хлориду - якщо зонд знаходиться в дихальних шляхах, хворий закашлюється; г) після цього ввести 50-100 мл повітря за допомогою шприца Жане, у цей час лікар стетофонендоскопом прослуховує шлунок - якщо зонд знаходиться в стравоході, можна почути характерне булькання; д) відтак дробними порціями ввести приготовлену харчову суміш; ж) при ознаках виходу зонда із стравоходу і потрапляння в трахею (закашлювання і посиніння шкірних покривів) годування негайно припинити.

Через лійку або шприцом Жане ввести до 100 мл фізрозчину, щоб ще раз пересвідчитись у правильності положення зонда. Влити поживну суміш, потім - знову фізрозчин або чай для змивання залишків суміші чи ліків зі стінок зонда, після чого зонд плавно і швидко видалити.

Після процедури хворого ще 30-40 хвилин утримують у лежачому положенні. Зондову суміш слід вливати повільно і в помірній кількості, щоб не перевантажувати шлунок і тим самим не викликати блювання.

◆ Годування через зонд проводять один раз на добу або через день. Годування через зонд неприємне для хворого, тому іноді після кількох таких сеансів він може почати їсти самостійно. Але здебільшого цю процедуру доводиться виконувати протягом тривалого часу. В таких випадках хворого періодично повинен оглядати лікар-оториноларинголог.

◆ Встановити в ліжку бокові бортики, щоб хворий під час чергового нападу не впав і не завдав собі травми.

◆ Обкласти бокові бортики матрацами, товстими ковдрами або подушками.

◆ Підкласти під хворого надувне судно і клейонку.

◆ Порахувати частоту пульсу і поміряти артеріальний тиск.

◆ Підключити до доступної поверхневої вени крапельницю з 0,9 % розчином натрію

хлориду (перед початком краплинного вливання взяти кров для екстреного біохімічного аналізу, передусім на вміст глюкози й електролітів у крові).

♦ Біля ліжка хворого розгорнути переносну підставку з необхідним обладнанням і медикаментами, які потрібно буде вводити. На столику повинні бути: 1) рото-розширювач; 2) язикотримач; 3) 25 % розчин магнію сульфату в ампулах; 4) ампульовані препарати діазепаму (реланіум, седуксен, сибазон); 5) 10 % розчин кальцію хлориду в ампулах по 5 мл; 6) 40 % розчин глюкози в ампулах; 7) гормони кори надниркових залозах в ампулах (преднізолон, ДОКСА тощо); 8) натрію тіопентал або гексенал.

♦ Свіжоприготовлений розчин хлоралгідрату для лікувальної мікроклізми.

♦ Підготувати назогастральний зонд, шприц Жане, шприц на 20 мл і таблетовані антиконвульсанти для внутрішньогастрального введення за Курловим.

♦ Якщо в лікарні є реанімаційне відділення, медична сестра повинна підготувати і забезпечити засоби екстреного транспортування хворого в цей підрозділ спеціалізованої допомоги.

♦ Якщо черговий лікар з якоїсь причини затримується (наприклад, знаходиться біля тяжкого хворого), медична сестра повинна внутрішньовенно ввести 20 мг діазепаму (по 4 мл 0,5 % розчину реланіуму, седуксену або сибазону).

♦ Категорично заборонено вводити при конвульсійному синдромі камфору. Зі стимуляторів серцево-дихальної системи слід застосувати лише ті препарати, які призначає лікар.

ДІАГНОЗ - ВІДМОВА (АБО НЕМОЖЛИВІСТЬ) ВЖИВАТИ ЇЖУ

Небезпеку для здоров'я хворого, а іноді й для його життя» становить активна *відмова вживати їжу*, або тривала неможливість її приймати внаслідок безпорадного стану.

Активна відмова вживати їжу, в основному, зумовлена:

1. Наявністю у хворого слухових імперативних галюцинацій, при яких голоси забороняють йому вживати їжу, або слухових галюцинацій, які лякають, що їжа отруєна.

2. Наявністю нюхових і смакових галюцинацій, при яких їжа здається смердючою й огидною (тхне "групним запахом", має "огидний смак").

3. Негативістичною поведінкою хворого.

4. Наявністю маячення отруєння.

5. Наявністю вираженого депресивного синдрому з маячними ідеями самозвинувачення.

6. Наявністю нервової анорексії.

7. Симуляцією психічного захворювання або хвороби шлунково-кишкового тракту.

8. Установча реакція типу надцінних ідей на вживання звичайної в даній популяції їжі представниками деяких релігійних сект (наприклад "Білого братства", секти "Наступники індуїзму", мусульман на вживання свинини тощо).

10. Гострий період вираженого абстинентного синдрому в наркоманів.

Основними причинами безпорадного стану, які роблять неможливим приймання їжі, є:

1. Тривалі стани глибокого виключення свідомості (сопор, кома).

2. Тривалі стани вираженого затьмарення свідомості (аменція, делірій, онейроїд).

3. Тотальне слабоумство і стан маразму.

4. Стани вираженого ступору (особливо кататонічного).

5. Неможливість вживати воду і рідку їжу (є характерною ознакою сказу).

Причину відмови і тактику етіопатогенетичного лікування основного захворювання, яке призвело до відмови або неможливості вживати їжу, встановлює лікар-психіатр. Медична сестра, як правило, встановлює один із двох діагнозів на симптоматичному рівні, наприклад:

1. Хворий відмовляється вживати їжу протягом (вказати точно) часу.

2. Хворий неспроможний вживати їжу протягом (вказати тривалість) часу.

Медична сестра повинна стежити за особливостями поведінки такого хворого, щоб надати лікарю максимум об'єктивних даних, які допоможуть йому правильно кваліфікувати причину відмови (або неспроможності) вживати їжу.

Практичні поради.

Алгоритм дії медичної сестри

Маніпуляції проводить досвідчена медична сестра або медсестра, яка допомагає лікарю:

- ◆ Встановити за хворим режим посиленого нагляду.
 - ◆ негайно доповісти лікарю.
 - ◆ Перевести хворого в палату посиленого режиму.
 - ◆ Спробувати вмовити хворого поїсти.
 - ◆ З'ясувати самій трошки їжі з тарілки хворого, щоб наочно продемонструвати йому безпечність вживання їжі.
 - ◆ Залишити хворого з їжею наодинці (інколи за таких умов хворі "розгальмовуються" і вживають їжу).
 - ◆ Спробувати нагодувати хворого з ложки.
 - ◆ Якщо хворий не вживає рідину більше однієї доби - наводнювати організмза допомогою крапельниць згідно з вказівками лікаря.
 - ◆ Посилити апетит шляхом підшкірного введення інсуліну в невеликих дозах, вказаних лікарем.
 - ◆ Вести контроль за діурезом і спорожненням кишечника.
- Якщо хворий не вживає їжу понад 2 доби, слід підготувати все необхідне для штучного годування через назогастральний зонд згідно з інструкціями лікаря.

Техніка й алгоритм годування через зонд:

◆ Приготувати стерильний тонкий шлунковий зонд, шприц Жане або лійку, шприц на 20 мл, 600-1000 мл рідкої висококалорійної їжі (молоко, рідка манна каша, сирі яйця, вершки, масло, цукор, мед, сіль, полівітаміни, при потребі- медикамен тозні препарати у вигляді розчинів або пігулок, розтертих у порошок). Їжу перемішати до гомогенності й підігріти до 37-40 °С.

- ◆ Хворого з психомоторним збудженням піддати тимчасовій м'якій фіксації.
- ◆ Бажано виконувати цю процедуру в положенні хворого сидячи, якщо це неможливо, то його годують у положенні лежачи.
- ◆ Очистити носові ходи.
- ◆ Облитий гліцерином, рідким вазеліном або олією зонд ввести на 45-50 см через нижній носовий хід, носоглотку і стравохід у шлунок. Голову хворого при цьому нахилити вперед, щоб зонд спрямувався у стравохід по задній стінці глотки.
- ◆ Перевірити місцезнаходження зонда. Він повинен знаходитись у шлунку, а не в трахеї чи бронху. Критерії правильності введення зонда: а) при потраплянні зонда в трахею або бронх хворий починає кашляти і синіти; б) коли затиснути носові ходи і закрити рот, а зонд знаходиться в дихальних шляхах, хворий не задихається, а вогник запаленого сірника, піднесеного до кінця зонда, коливається, повторюючи дихальні рухи; в) через зонд влити 20-40 мл підігрітої води або 0,9 % розчину натрію хлориду - якщо зонд знаходиться в дихальних шляхах, хворий за кашлюється; г) після цього ввести 50-100 мл повітря за допомогою шприца Жане, у цей час лікар стетофонендоскопом прослуховує шлунок -якщо зонд знаходиться в стравоході, можна почути характерне булькання; д) відтак дробними порціями ввести приготовлену харчову суміш; ж) при ознаках виходу зонда із стравоходу і потрапляння в трахею (закашлювання і посиніння шкірних покривів) годування негайно припинити.

Через лійку або шприцом Жане ввести до 100 мл фізрозчину, щоб ще раз пересвідчитись у правильності положення зонда. Влити поживну суміш, потім -знову фізрозчин або чай для змивання залишків суміші чи ліків зі стінок зонда, після чого зонд плавно і швидко видалити.

Після процедури хворого ще 30-40 хвилин утримують у лежачому положенні. Зондову суміш слід вливати повільно і в помірній кількості, щоб не перевантажувати шлунок і тим самим не викликати блювання.

◆ Годування через зонд проводять один раз на добу або через день. Годування через зонд неприємне для хворого, тому іноді після кількох таких сеансів він може почати їсти самостійно. Але здебільшого цю процедуру доводиться виконувати протягом тривалого часу. В таких випадках хворого періодично повинен оглядати лікар-оториноларинголог.

ДІАГНОЗ - ХВОРИЙ НЕ ПРИЙМАЄ ЛІКІВ

Деякі хворі з порушеннями психіки відмовляються приймати ліки, або ховають пігулки під язик (за щоку), а потім випльовують.

Основними причинами цього є ті ж стани, що спричиняють відмову (або неможливість) вживати їжу. Сестринський діагноз - хворий не приймає пероральних ліків.

Практичні поради

Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ Доповісти про це лікарю.
- ◆ Роздавати ліки за умов асистування молодшої медичної сестри або санітарки.
- ◆ Медична сестра дає пігулки і воду, щоб запити їх, а асистент за допомогою шпателя або ложки (індивідуальних) ретельно перевіряє простори під язиком і за губами, де хворий може сховати ліки.
- ◆ При неможливості ентерального приймання ліків (вперта відмова, психомоторне збудження, неможливість ковтання) медична сестра повинна поставити перед лікарем питання щодо парентерального їх введення.

ДІАГНОЗ - ГІПОГЛІКЕМІЧНА КОМА

Серйозну небезпеку для життя хворого може становити затяжна гіпоглікемічна кома, зумовлена проведенням інсулінокоматозної терапії, яку здебільшого застосовують при лікуванні незадавених форм шизофренії в осіб молодого віку.

Особливо небезпечними є так звані "вторинні гіпоглікемічні коми". У цих випадках сестринський діагноз такий - гіпоглікемічна кома. Для профілактики цього стану необхідно особливо пильно спостерігати за загальним станом хворого, щоб при тяжкій або атиповій реакції на введення інсуліну швидко й ефективно вивести його із стану гіпоглікемії. Сеанси інсулінокоматозної терапії проводить досвідчена медсестра під контролем лікаря.

Практичні поради

Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ Метод інсулінотерапії, дозу і шлях введення інсуліну, глюкози визначає лікар.
- ◆ Перед кожним сеансом інсулінотерапії медична сестра досліджує шляхом пильного огляду і пальпації стан поверхневих вен, придатних для проведення внутрішньовенних ін'єкцій. При відсутності великих магістральних вен, тромбуванні й спаданні їх проводити інсулінокоматозну терапію не можна, необхідно вставити катетер у підключичну або стегнову вену.
- ◆ Для проведення інсулінокоматозної терапії можна використовувати лише інсулін звичайним терміном дії. Застосувати інсуліни пролонгованої дії категорично заборонено.
- ◆ Перед проведенням сеансу інсулінокоматозної терапії медична сестра контролює випорожнення кишечника і сечового міхура, знімає зубні протези, міряє артеріальний тиск. Про останній негайно доповідає лікарю.
- ◆ Перевіряє наявність необхідної кількості стерильних шприців, медикаментів, які знадобляться при виведенні хворого з гіпоглікемічного стану або ускладненої коми. При відсутності необхідних медикаментів або обладнання сеанс інсулінокоматозної терапії не проводить.

- ◆ Натще парентерально вводять інсулін, індивідуальну дозу якого перед кожним сеансом встановлює лікар.
- ◆ Слідкує, щоб хворий нічого не їв і не вживав солодких напоїв.
- ◆ Через кожні 15 хв оцінює загальний стан і вимірює артеріальний тиск.
- ◆ При розвитку початкових явищ гіпоглікемії проводить профілактичну тимчасову м'яку фіксацію хворого (висока ймовірність розвитку психомоторного збудження або конвульсійних нападів).
- ◆ Після перебування певний час у стані гіпоглікемічної коми або глибокого сопору (глибину виключення свідомості й тривалість її індивідуально визначає лікар) хворого виводять із цих станів. У цьому випадку субалгоритм такий:
 - струминно внутрішньовенно вводять 40-80 мл 40 % розчину глюкози;
 - після відновлення ковтальних рухів хворому дає випити 300-400 мл цукрового сиропу;
 - відтак хворий повинен зісти сніданок, багатий на вуглеводи.
- ◆ Якщо після внутрішньовенного введення 80 мл 40 % глюкози свідомість не прояснюється, медична сестра негайно викликає до хворого лікаря.
- ◆ Голку шприца в цьому випадку не виймають із вени, а негайно під'єднують до неї крапельницю з 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, а краще - 5 % розчину глюкози.
- ◆ Доставити в палату до ліжка хворого укладку препаратів із маркуванням "Невідкладна допомога при гіпоглікемічній комі", стерильний назогастральний зонд, роторозширювач, язикотримач, шприц Жане і ліжку.
- ◆ Подальшими діями і маніпуляціями медичної сестри керує лікар.
- ◆ Після виходу з коми до нічного сну за хворим пильно стежить медперсонал, тому що можливим є розвиток вторинної гіпоглікемії.
- ◆ При повторному розвитку ускладненої гіпоглікемічної коми інсулінокоматозну терапію не проводять.
- ◆ У журнал спостережень записують факт появи коми або глибокого сопору та їх тривалість.

ДІАГНОЗ - КОЛАПС

Інколи при проведенні психофармакотерапії, зокрема при парентеральному введенні нейролептиків (особливо при внутрішньовенних ін'єкціях), може розвинути *колапс*. При цьому стані хворий різко блідне, розвивається виражена загальна слабкість, тонус м'язів знижується, з'являється запаморочення, може розвинути знепритомнення.

Пульс, як правило, прискорюється, стає м'яким, артеріальний тиск різко знижується (діастолічний тиск може падати до нуля). Якщо хворий стоїть або сидить, він заточується чи падає.

Сестринський діагноз - післяін'єкційний колапс або колаптоїдний стан.

Практичні поради

Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ З'ясувати у хворого або його родичів, чи не приймав він раніше нейролептики і як переносив їх. Якщо хворий погано переносив їх у минулому, про це необхідно доповісти лікарю-куратору.
- ◆ Перед введенням нейролептиків маніпуляційна сестра зобов'язана мати наготові набір препаратів для виведення хворого із станів колапсу та непритомності (кордіамін, мезатон або адреналін, нашатирний спирт, дофамін, систему для внутрішньовенного введення ліків, 5,0% розчин глюкози або 0,9% розчин натрію хлориду, роторозширювач і язикотримач, подушку з киснем, преднізолон).
- ◆ Хворим, які починають приймати нейролептики, за 20-30 хв до їх введення дають випити кордіамін у краплях або вводять його підшкірно в дозі, призначеній лікарем.
- ◆ Парентеральне введення нейролептиків (особливо перші ін'єкції) проводять за умови лежачого положення хворого.
- ◆ Після ін'єкції нейролептика хворий повинен 1 год знаходитись у ліжку.

Якщо у хворого розвинувся колапс:

- ◆ Негайно сповіщають про це лікаря.
- ◆ Молодша медична сестра або санітарка (чи ходячий хворий) піднімає нижні кінцівки, щоб кров від ніг перемістилась до головного мозку.
- ◆ Хворому підносять під ніс ватний тампон із розчином нашатирного спирту.
- ◆ Підшкірно вводять кордіамін, а при значному зниженні артеріального тиску - адреноміметики (адреналін або мезотон).
- ◆ Дають вдихати кисень (бажано зволожений).
- ◆ Відкривають вікно або квартиру.
- ◆ Якщо запав язик-ротрозширювачем відкривають рот, а язикотримачем витягують язик назовні, щоб розкрити дихальні шляхи.
- ◆ При глибокому колапсі негайно підключають систему для внутрішньовенного капання (з 5,0 % розчином глюкози або 0,9 % розчином натрію хлориду).
 - За цей час хворого підходить лікар, і медична сестра виконує його призначення.
 - Перелік усіх препаратів, які вводять хворому, наводять у листку призначень.

ДІАГНОЗ - ГОСТРА ЗАТРИМКА СЕЧОВИПУСКАННЯ

У хворих, які приймають антидепресанти, може розвинути *гостра затримка сечовипускання*.

Особливо високий ризик цього ускладнення спостерігають серед хворих чоловіків з інволюційною депресією, в яких є гіперплазія або аденома простати. Сестринський діагноз - гостра затримка сечовипускання.

Практичні поради

Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ З'ясувати у хворого або його родичів, чи не приймав він раніше антидепресанти і які були наслідки. Про гостру затримку сечовипускання доповісти лікарю.
- ◆ Тримати під контролем сечовипускання хворого.
- ◆ Якщо хворий не мочиться понад 6 год, доповісти про це лікарю.
- ◆ До приходу лікаря підготувати необхідні засоби для катетеризації сечового міхура (стерильний м'який зонд, гліцерин (рідкий вазелін або олію), фурацилін, посудину для сечі, марлеві серветки).
- ◆ Якщо лікар призначить катетеризацію, медична сестра проводить її за допомогою м'якого зонда:
 - за необхідності ввести жінці катетер - стати праворуч від неї, вона лежить на спині з напівзігнутими в колінах і розведеними ногами. Лівою рукою розсунути статеві губи, а правою обробити статеву щілину тампоном, змоченим дезінфекційним розчином (розчином фурациліну). Пінцетом взяти катетер, облитий гліцерином (вазеліном, олією) і ввести через отвір сечівника в сечовий міхур. Поява сечі з катетера, опущеного в посуд, свідчить про те, що він знаходиться в сечовому міхурі. Катетер вийняти дещо раніше, ніж виділиться вся сеча, щоб сечівник промився її залишками;
 - за необхідності катетеризації чоловіка спочатку необхідно дезінфікувати зовнішній отвір сечовивідного каналу. Великим і вказівним пальцями лівої руки розкрити зовнішній отвір сечівника, а правою рукою ввести м'який катетер, попередньо облитий змащувальною речовиною. Катетеризація чоловіків є складнішою процедурою, бо їх сечовивідний канал набагато довший і має два фізіологічні звуження, що створює перешкоду для просування катетера. Якщо катетеризацію за допомогою м'якого катетера провести неможливо, то використовують металевий (це лікарська маніпуляція).

ДІАГНОЗ - ГАЛЮЦИНАЦІЇ

Визначення: вигадані, несправжні сприймання неіснуючого об'єкта, суб'єкта або явища, що виникають на хворобливій основі й є для хворого дійсним сенсорним відображенням об'єктивної реальності.

Можливі етіологічні фактори:

1. Гострі й хронічні психози.
2. Інтоксикація наркотичними, токсикоманічними, лікарськими та іншими речовинами.

3. Депривація сну.

Характерні риси і симптоми:

1. Сприймання нереальних об'єктів, суб'єктів або явищ.
2. Поза і міміка "прислуховування".
3. Немотивований сміх.
4. Немотиваний переляк.
5. Розмова із самим собою.
6. Замовкання під час розмови, щоб прислухатись, придивитись, прийняти тощо.
7. Неадекватні емоції.
8. Неадекватні реакції.
9. Порушення орієнтування в навколишньому світі, власній особі або обставинах.

Практичні поради

Алгоритм дії медичної сестри:

◆ Своєчасне втручання може попередити небезпечні дії хворого. Спостерігайте за його поведінкою. Звертайте увагу на об'єктивні ознаки галюцинацій (поза прислухання, сміх або розмова із самим собою, раптове припинення розмови тощо). При розвитку психомоторного збудження вживайте адекватних заходів.

◆ Безпека хворого є пріоритетом у справі сестринського догляду. Переконайте хворого в безпеці, якщо він реагує страхом на оточуюче.

◆ Зменшення кількості подразників покращує формування правильного сприймання людей. Зменшуйте кількість подразників в обстановці, що оточує хворого (бажані низький рівень шуму, невелика кількість людей, проста обстановка в палаті).

◆ Правильне орієнтування покращує якість сприймання. Не погоджуйтесь механічно з галюциаторними переживаннями хворого. Переконайте хворого в тому, що його відчуття не справжні.

◆ Ваш дотик до хворого він може сприйняти як загрозовий і відповісти на нього агресією. Не доторкайте до нього. Тримайте дистанцію між собою і хворим.

◆ Позиція доброзичливого ставлення до хворого посилює довіру. Не смійтесь над ним, приділяйте йому увагу.

-Переключення уваги хворого зменшує інтенсивність галюцинацій. Постарайтесь відволікати його увагу від галюцинацій.

-Підтримуйте і підбадьоруйте хворого, в якого з'явилося відчуття дереалізації.

ДІАГНОЗ – МАЯЧЕННЯ

Визначення: маячними ідеями є несправжні умовиводи і судження, які не відповідають дійсності, виникають на хворобливій основі й не піддаються критиці та корекції.

Єдиною причиною виникнення маячення є психоз, який включає:

1. Висловлювання маячних ідей.

2. Неадекватна поведінка, яка відображає сутність маячного мислення:

- агресія й дезадантція;

- уникання контактів;
- відмова від їжі, пиття і медикаментів;
- боротьба з вигаданими переслідувачами;
- неадекватна настороженість і внутрішня напруженість;
- неправильна інтерпретація обстановки.

Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ Передусім дбайте про безпеку хворого і людей, які його оточують. Пильно стежте за поведінкою, маячного хворого, за прийманням ліків і вживанням їжі.
- ◆ Заперечення маячної впевненості хворого не приносить користі. Це не переконує хворого в неправильності його суджень, а навпаки, посилює віру в його правоту. Не сперечайтесь із ним відносно його маячення, але і не підтримуйте його переконань. Маячні ідеї зникнуть тоді, коли закінчиться психоз.
- ◆ Розповідь про власні переживання в спокійній обстановці полегшує психічний стан хворого. Дайте йому можливість розповісти про те, що в нього на душі, не насміхаючись над дивними висловлюваннями.
- ◆ Нерідко ступінь інтенсивності маячення має зв'язок із вираженням тривоги. Навчіть хворого прийомам, за допомогою яких можна зменшити вираження тривоги (глибоке дихання, релаксація, метод "стоп-думок").
- ◆ Постійні думки на маячну тематику посилюють маячення. Відволікайте хворого від маячних думок. Якнайбільше розмовляйте з ним про реальні події і реальних людей. Переключайте думки, увагу і діяльність хворого на раціональну діяльність.

ДІАГНОЗ - ТРИВОГА

Визначення: відчуття незрозумілого неспокою, джерело якого часто не є чітко визначеним або невідоме індивіду.

Етіологічні фактори і характерні симптоми, які підтверджують стан тривоги:

1. Надмірна збудливість.
2. Боягузливість.
3. Відчуття невідповідності й неадекватності.
4. Страх перед невідомим.
5. Неспокій.
6. Безсоння.
7. Послаблення очного контакту.
8. Зосередженість на собі.
9. Зниження уваги.
10. Демонстративна поведінка, яка спрямована на самоусвідомлення.
11. Тахікардія і часте дихання.
12. Страх збожеволіти.
13. Вегетативні розлади.
14. Нічні жахи.

Практичні поради

Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ Зрозуміти стан хворого допомагають довірливі відносини між ним і медичною сестрою. Ставтесь до хворого з істинною повагою.
- ◆ Діяльність із фізичними навантаженнями зменшує у хворого відчуття внутрішньої напруженості й рівень тривоги і приносить йому користь. Пропонуйте хворому види діяльності, що сприяють зменшенню напруженості й послабленню тривоги (піші прогулянки, біг підтюпцем, спортивні ігри, виконання домашніх обов'язків тощо).
- ◆ Тривожний хворий часто не усвідомлює наявності тривоги. Нерідко надмірно використовують механізми захисту: проєкції і перенесення. Поясніть хворому істинне

положення речей. Переконайте його в тому, що потрібно вживати заходів, спрямованих не проти якогось симптому (наприклад безсоння), а проти тривоги. Тривога є заразною. Вона легко передається від однієї людини до іншої. Медична сестра повинна підтримувати атмосферу спокою.

◆ Тривога може породжувати підозрілість і неправильну інтерпретацію вчинків та дій людей, які оточують хворого. Обережно застосовуйте прийом заспокійливого доторкування чи погладжування хворих, який вони можуть сприйняти як агресію.

◆ Безпека хворого є аксіомою в справі сестринського догляду. Суворо дотримуйтесь правил безпеки.

◆ Наявність реального плану дій надає хворому відчуття впевненості, необхідної для того, щоб успішно впоратись із тяжкою ситуацією.

◆ Коли тривога зменшиться, допоможіть хворому створити варіанти адекватних реакцій на відповідну ситуацію, яка може бути в майбутньому. Допоможіть хворому розпізнавати ознаки тривоги, яка зростає.

◆ Застосування діазепамів послаблює сковуючу дію тривоги і полегшує контактування з хворим у процесі лікування. Слідкуйте за своєчасним і точним виконанням лікарських призначень. Поясніть хворому клінічну дію транквілізаторів і можливі побічні явища.

ДІАГНОЗ – СТРАХ

Визначення: переживання небезпеки, джерело якої хворий вважає реальним.

Можливі етіологічні фактори:

1. Специфічні фобії.
2. Перебування в ситуації, з якої важко вийти.
3. Ніяковість перед іншими людьми.

Характерні симптоми:

1. Відмова залишатись наодинці.
2. Відмова перебувати в людних місцях.
3. Страх перед певними об'єктами або ситуаціями, які викликають фобії.
4. Розвиток неспокою або подразнення вегетативної нервової системи при дії об'єкта або ситуації, що викликає фобію.

Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

◆ Найбільшим страхом у хворого є страх за своє життя. Переконайте його, що він у безпеці.

◆ Розуміння особливостей сприймання й осмислення хворим об'єкта або ситуації, що викликають фобію, дають можливість створити реальний план допомоги хворому. З'ясуйте психічний стан.

◆ Хворий повинен змиритись із реальною ситуацією (аспекти якої змінити неможливо) перед тим, як робота щодо зменшення страхів почне просуватись вперед. Виясніть разом із хворим, що можна змінити, а що змінити неможливо.

◆ Наявність у хворого вибору дій забезпечує певну міру контролю над ситуацією. Розгляньте з хворим альтернативні рішення стратегії і тактики поведінки.

◆ Вербалізація (проговорювання) переживань допомагає хворому змиритись із своїм положенням. Дайте йому можливість виговоритись.

◆ Страх викликає вегетативну дисфункцію, а розлади вегетатики починають страх. Необхідно ліквідувати або зменшити вегетативні й соматичні розлади, які виникають при наявності страху.

◆ Лікування анксиолітиками зменшує страх. Точно виконуйте призначення лікаря.

◆ Напади серцевого болю обов'язково викликають напади панічного страху. При нападах серцевого болю насамперед необхідно купірувати больовий синдром.

ДІАГНОЗ - ПОРУШЕННЯ ФОРМУЛИ СНУ

Визначення: зміни часу сну, що викликає у хворого відчуття дискомфорту або заважає йому вести бажаний спосіб життя.

Можливі етіологічні фактори:

1. Наявність тривоги.
2. Наявність страху.
3. Ситуаційні кризи.
4. Зміна обстановки.
5. Наявність маячного мислення.
6. Наявність галюцинацій.
7. Наявність депресії.
8. Маніакальний стан та інші форми психомоторного збудження.
9. Відчуття безнадійності.

Характерні симптоми порушення сну:

1. Скарги на утруднене засинання.
2. Раннє пробудження.
3. Переривчастий сон.
4. Часте позіхання.
5. Байдужість, апатія.
6. Недостатність енергії.
7. Темні кола під очима.
8. Дрімота без засинання.
9. Бажання заснути протягом дня.
10. Відсутність відчуття відпочинку.

Практичні поради

Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ Перед тим, як запропонувати допомогу, необхідно уточнити дійсний стан. Спостерігайте за схемою його сну. Виявляйте обставини, які впливають на сон хворого.
- ◆ Порушення сну можуть викликати страхи і тривогу. Виясніть емоційний стан хворого.
- ◆ У присутність людини, яка викликає довіря, у хворого виникає відчуття впевненості й безпеки. Сидіть біля нього доти, доки він не засне.
- ◆ Приймання стимуляторів нервової системи може порушувати сон. Виключіть із харчового раціону хворого всі продукти, які містять кофеїн.
- ◆ Заспокійливі процедури полегшують засинання. Застосовуйте заспокійливі сестринські процедури (розтирання спини, релаксація під спокійну музику, тепле молоко, тепла ванна тощо).
- ◆ Людина звикає до стереотипного циклу відпочинку і неспання. Встановіть визначений час для сну і не допускайте відхилень від цього графіка.
- ◆ Сон астенозованих хворих є поверхневим і чутливим. Зберігайте режим тиші під час нічного сну. Дозволяйте молодшому медичному персоналу починати прибирання в палатах після того, як хворі виспляться.

ДІАГНОЗ - БІЛЬ (ГОСТРИЙ БІЛЬ)

Визначення: стан, при якому людина скаржиться на виражений дискомфорт або неприємні відчуття.

Можливі етіологічні фактори:

1. Порушення рівноваги між концентраціями естрогену і прогестерону.
2. Можливі зміни харчування, що включають:
 - дефіцит вітаміну В₆.
 - коливання рівня глюкози в крові.
 - порушення обміну жирних кислот,
 - дефіцит магнію.

- дефіцит вітаміну А.
- непереносимість алкоголю.
- 3. Затримка рідини.
- 4. Спазми гладких м'язів.
- 5. Судинні розлади.
- 6. Стан втоми.
- 7. Подразнення оболонки, в яких багато нервових закінчень (перикард, мозкові оболонки, окістя, очеревина тощо).
- 8. Наявність страху і тривоги.
- 9. Зниження порога больової чутливості (астенізація).

Характерні симптоми:

1. Скарги на біль в деяких ділянках тіла.
2. Характерна міміка ("гримаси болю").
3. Зміна рухової активності (руховий неспокій або вимушене положення).
4. Наявність об'єктивних ознак: м'язового валику, симптому Щоткіна, симптому Керніга, напруження м'язів тощо.

Практичні поради

Алгоритм дії медичної сестри

♦ Дані обстеження дають змогу створити адекватний план допомоги. Визначить локалізацію, час, тривалість та інтенсивність болю.

Біль свідчить про небезпеку, він є "сторожем організму". Перед застосуванням знеболювальних препаратів хворого повинен оглянути лікар, щоб не пропустити гострої патології" (наприклад, апендициту).

♦ Втома, стрес, страхи і тривога викликають і посилюють біль. Слідкуйте за режимом відпочинку. Попереджуйте стреси, страхи і тривогу.

♦ Відволікальні процедури зменшують біль. Застосовуйте доступні відволікальні процедури (масаж, теплі ванни тощо).

♦ Адекватне харчування попереджує і зменшує біль. Скорочуйте меню харчування хворого.

♦ Приймання анестетиків, спазмолітиків і психотропних препаратів зменшує біль. Точно виконуйте призначення лікаря.

ДІАГНОЗ - ХРОНІЧНИЙ БІЛЬ

Визначення: стан, коли хворий відчуває біль протягом тривалого часу (не менше 6 місяців).

Характерні симптоми і скарги, які підтверджують діагноз:

1. Скарги на біль без підтвердження його об'єктивними даними.
2. Соціальна ізоляція хворого, заглиблення його у хворобу.
3. Міміка, що виражає біль.
4. Демонстративно обережне пересування.
5. Відмова від терапевтичних процедур через біль.
6. Вимога вживати радикальних заходів (наприклад зробити операцію).
7. В анамнезі - звертання до багатьох медиків і цілителів.
8. Надмірне приймання знеболювальних препаратів.

Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

♦ Сприймання хворого як симулянта чи аграванта заважає встановити належний контакт. Визнавайте те, що біль дійсно існує, хоч джерела його виявити не вдається.

♦ Біль нерідко провокується або посилюється під впливом певного стресогенного фактора. Старайтесь виявити фактор, який викликає або посилює біль.

♦ Проведення відволікальних заходів зменшує фіксацію уваги хворого на больових відчуттях. Приділяйте йому якнайбільше уваги (навіть тоді, коли він не зосереджується на болю). Застосовуйте заспокійливі процедури (наприклад розтирання

спини, тепла ванна, грілка). Фіксація уваги на болю посилює його.

- ◆ Будьте уважні до хворого, але не акцентуйте свою увагу на його болю.
- ◆ Стан тривоги і страху посилює відчуття болю. Слідкуйте за емоційним станом хворого.
- ◆ Створюйте хворому умови для занять аутотренінгом, заохочуйте його до цікавої діяльності.

ДІАГНОЗ - СИНДРОМ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО НАПРУЖЕННЯ

Визначення: синдром передменструального напруження, яке, згідно з МКХ-10, називають передменструальним дисфоричним розладом, проявляється рядом соматичних і емоційних симптомів, що виникають протягом останнього тижня лютеїнової фази менструального циклу і проходять упродовж декількох днів після початку його фолікулярної фази. У більшості жінок ці симптоми виникають за тиждень до початку менструації і зникають через декілька днів після її початку. Даний синдром виникає і в жінок, у яких відсутність менструації зумовлена екстирпацією матки, але збережена функція яєчників.

Для синдрому передменструального напруження характерним є наявність таких симптомів:

1. Виражена афективна лабільність (раптове відчуття суму, туги, плаксивість).
2. Схильність до дисфоричних реакцій із подразливістю і гнівливістю.
3. Виражена тривога з відчуттям напруженості та надмірності.
4. Виражений депресивний настрій із відчуттям безнадійності й розпачу, а також наявністю самоосуджуючих думок.
5. Зникнення інтересу до звичайних видів діяльності й спілкування.
6. Легка фізична і розумова втомлюваність.
7. Суб'єктивне відчуття тяжкості при спробі зосередитись.
8. Виражена зміна апетиту (або відсутність його, або переїдання, або сильне бажання з'їсти якусь певну страву).
9. Сонливість або безсоння.

10. Ряд інших симптомів, характерних для конкретної жінки: набухання молочних залоз; головний біль, який може нагадувати мігрень; біль у суглобах або м'язах; відчуття здуття живота; непереносимість алкоголю; вугрі; цистит; олігурія; зміни сексуального потягу; забудькуватість; м'язові судоми; суїцидальні думки; набряки.

Практичні поради

Алгоритм дії медичної сестри

◆ Вдома посилює симптоми передменструального синдрому. Рекомендуйте жінці адекватний відпочинок і сон, а також уникнення нервово-психічних навантажень у передменструальний період.

◆ Стрес підвищує рівень тривоги, а тривога загострює сприйняття болю. Рекомендуйте жінці уникати стресових ситуацій.

◆ Відволікальні заходи зменшують концентрацію уваги на неприємних відчуттях і переживаннях. Застосовуйте заспокійливі сестринські процедури (розтирання спини, тепла ванна, грілка-подушка). Приділяйте хворій додаткову увагу, багато розмовляйте з нею на різноманітні теми.

◆ Вираження багатьох симптомів синдрому передменструальної напруженості може залежати від характеру їжі.

Порада:

- обмежте приймання жирів (особливо тваринних), молочних продуктів, рафінованого цукру, кухонної солі, кофеїну;

- вживайте продукти, які містять комплексні вуглеводи (овочі, боби, каші, цілісні зерна);

-скоротіть вживання рафінованих цукрів;
-рекомендуйте приймати полівітаміни.

◆ Коли проведення перерахованих вище заходів є неефективним, призначайте медичні препарати. Ліки призначає лікар відповідно до показань.

Медична сестра точно виконує призначення лікаря і пояснює жінці сутність лікування.

ДІАГНОЗ - ПАТОЛОГІЧНА РЕАКЦІЯ ГОРЯ

Визначення: реакція у відповідь на реальну або уявну втрату, при якій індивід зациклюється на одній із стадій процесу переживання реакцій горя протягом тривалого періоду часу, або стан, коли звичайні симптоми реакції горя перебільшуються до такого ступеня, що порушують функціонування людини в повсякденному житті.

Можливі етіологічні фактори:

1. Реальна або уявна втрата важливого суб'єкта або об'єкта.
2. Перевантаження важкими втратами.
3. Переживання вини від втрати.

Характерні симптоми:

1. Ідеалізація втраченого.
2. Розумове "переживання" втрати.
3. Лабільність афекту.
4. Зниження уваги.
5. Зменшення інтересу до звичних справ.
6. Зміна звичок, сну, статевої активності.
7. Надмірний гнів.
8. Настирливість в анамнезі.
9. Депресивний настрій.
10. Порушення соціального функціонування.
11. Симптом психічного регресу.
12. Страх самотності.

Практичні поради

Алгоритм дії медичної сестри

◆ Знання вихідних даних є необхідною умовою для створення реального плану допомоги хворому. Зберіть детальний суб'єктивний і об'єктивний анамнез.

◆ Довірливе ставлення до хворого полегшує його стан. Приймайте хворого таким, яким він є. Встановіть із ним довірливі стосунки.

◆ Проговорювання своїх переживань полегшує психічний стан хворого. Дайте йому можливість виговоритись.

◆ Хворий повинен відмовитись від ідеалізації сприймання й надмірного осмислення втрати та прийняти як негативні, так і позитивні її сторони. Стимулюйте хворого переосмислити втрату, обережно вкажіть йому на дійсне положення речей.

◆ Позитивний зворотний зв'язок підвищує самооцінку. Підтримуйте постійний контакт із хворим, дайте йому відчуття, що він користується увагою і повагою.

◆ Інтереси хворого необхідно переключити на іншу діяльність (інколи навіть тимчасово). Переключіть його увагу на дітей, релігію, догляд за іншими хворими, працетерапію, фізичні навантаження.

◆ При недостатньому самоконтролі можливими є суїцидальні спроби і самопошкодження. Постійно спостерігайте за хворим. При необхідності застосовуйте тимчасову фіксацію.

Уданому випадку лікують час і зміна установки. Психотропну терапію використовують на етапі надто гострих явищ. Основними є догляд і психотерапевтична робота медсестри, а не „заспокоєння” за допомогою психотропних препаратів.

ДІАГНОЗ - ІСТЕРИЧНІ ПРОЯВИ

Медсестринська тактика при розвитку у хворого істеричного нападу (алгоритм дій):

1. Під час нападу перевірити реакцію зіниць на світло. Істерія може поєднуватись з іншою патологією, а відсутність реакції на світло свідчить про це.
2. Попросити вийти з палати відвідувачів і ходячих хворих.
3. Порахувати частоту пульсу і поміряти артеріальний тиск.
4. Спробувати перервати напад імперативним окликом.
5. Доповісти про стан хворого лікарю.
6. Дати хворому прийняти слабодіючі препарати із седативною дією (настойку кореня валеріани, краплі Зеленіна тощо).
7. Залишити хворого в спокої наодинці. За умов відсутності глядачів напад проходить швидше. Чим більше "метушитися" біля хворого, тим довше триватиме напад.

ДІАГНОЗ - АЛКОГОЛЬНЕ СП'ЯНІННЯ

Найчастішими станами в наркології, які потребують невідкладної **допомоги, є тяжкі форми простого алкогольного сп'яніння, алкогольний абстинентний синдром і біла гарячка.**

Невідкладної медичної допомоги потребують сп'янілі з ознаками виключення свідомості (глибоке оглушення, сопор, кома). Відповідним чином формується діагноз - просте алкогольне сп'яніння з вираженим оглушенням, "алкогольний сопор", "алкогольна кома". Нерідко за відносно короткий час глибоке оглушення переростає в сопор, а сопор - у кому. Тому найчастіше сестринський діагноз такий - просте алкогольне сп'яніння тяжкого ступеня.

Практичні поради

Алгоритм дії медичної сестри

- ◆ До сп'янілого негайно викликати лікаря.
- ◆ Сп'янілого роздягають, кладуть у ліжко або каталку, постеливши під нього клейонку, охолоджене тіло обкладають грілками з температурою 37-38 °С.
- ◆ Голову сп'янілого повертають набік, щоб попередити можливе затікання блювотних мас у трахею.
- ◆ Попередньо досліджують стан життєво важливих функцій (міряють артеріальний тиск, рахують частоту пульсу і встановлюють тип дихання).
- ◆ Якщо сп'янілий може ковтати, йому дають випити 8-10 крапель нашатирного спирту на 30-50 мл води.
- ◆ Протягом 3-4 хв енергійно розтирають руками вушні раковини сп'янілого.
- ◆ Якщо стан сп'янілого не покращується, виконують такі дії:
 - стерильний товстий зонд вводять у шлунок і декілька разів промивають його розчином перманганату калію або звичайною теплою водою;
 - після промивання шлунка в нього заливають 50 мл води з 10 краплями нашатирного спирту;
 - у сечовий міхур вставляють м'який катетер, з'єднаний із сечоприймачем;
 - для об'єктивного оцінювання важкості сп'яніння і вибору об'єму медичної допомоги проводять забір венозної крові для визначення вмісту в ній етилового спирту. Шкіру в ділянці маніпуляції не можна протирати спиртом або іншим засобом, який його містить. Шкіру обробляють розчином фурациліну або 0,9 % розчином натрію хлориду. Забирають 5 мл крові, переливають у пляшечку (наприклад, з-під пеніциліну), герметично її закривають і негайно відсилають у відповідну лабораторію;
 - не виймаючи голку з вени, під'єднують до неї систему для краплинних вливань із 5 % розчином глюкози або 0,9 % розчином натрію хлориду.
- ◆ Відтак медична сестра виконує призначення лікаря.
- ◆ Напоготові в медичної сестри повинні бути: фуросемід (лазикс), аналептики, аскорбінова кислота, ентеросорбенти, ротаторозширювач і язикотримач.

- ◆ У листок призначень записують препарати, які потрібно ввести хворому.

ДІАГНОЗ - БІЛА ГАРЯЧКА

Якщо в пацієнта нарастають явища алкогольного абстинентного синдрому, розвивається *алкогольний пределірій, або біла гарячка*.

Практичні поради Алгоритм дії медичної сестри

1. Медична сестра виконує алгоритм дій, спрямованих на купірування алкогольного абстинентного синдрому, профілактику і купірування психозу.
2. Пильно спостерігає за хворими із загрозливим алкогольним анамнезом і явними сомато-вегетативними стигмами, які вказують на зловживання спиртними напоями.
3. Про розвиток симптомів алкогольного абстинентного синдрому (ААС) негайно доповідає лікарю.
4. Уважно слідкує за особливостями нічного сну таких пацієнтів. Безсоння в поєднанні із зростаючою симптоматикою ААС із високим ступенем ймовірності свідчить про загрозу розвитку психозу.
5. Стежить, щоб вдень хворий вживав багато рідини (особливо мінеральні води).
6. Пильно слідкує за прийманням хворим препаратів, призначених лікарем (метронідазолу і карбамезапіну при ААС, снодійних при безсонні, пірроксану або бутіроксану при вегетативних порушеннях).
7. Межею, коли пределірійний стан переростає в психоз, є період, у якому, закривши очі, хворий "бачить" різні картини. Про це медична сестра негайно доповідає лікарю і обриває початок психозу:

- згідно з призначеннями лікаря, готує суміш Попова. Для цього призначений снодійний засіб (2-3 разові дози) розтирає в порошок, змішує з 50-60 мл 96 % етилового спирту і доливає 80-100 мл води (або 100-120 мл 40 % горілки). Цю суміш дає випити хворому;

- хворого піддає тимчасовій м'якій фіксації до ліжка;
- якщо через 30 хв хворий не засне, викликає медикаментозний сон шляхом парентерального введення, здебільшого внутрішньовенного, відповідних препаратів (діазепамів, натрію оксибутирату, гексеналу або натрію тіопенталу, нейролептиків із вираженою снодійною дією тощо);
- до вени хворого підключає систему для краплинних вливань;
- пильно слідкує за функціонуванням серцево-дихальної системи;
- введенні препарати записує в листок призначень.

Узагальнення та практичні поради

- ◆ Невідкладні стани вимагають глибоких знань і стійких практичних навичок. Згідно з феноменом Еббінгауза, більша частина інформації з часом забувається.

Основи сестринської психотерапії

Сьогодні психіатрія все більше звертається до особистості хворого, сприймання пацієнта як громадянина, який має свої інтереси і володіє законними правами. Помітно зменшені соціальні обмеження, котрі ще недавно автоматично наставляли за встановленим діагнозом психічного захворювання. Психіатричні лікувальні заклади перестали виконувати свою традиційну роль "ізолятора" осіб з порушеннями психіки і перетворилися на заклади, де створюються всі умови (в тому числі і психологічний клімат), спрямовані не на хворобу, а на особистість хворого. Біологічна терапія психічних розладів, препарати цілеспрямованої дії на "синдром-мішень" стають лише частиною комплексу медико-соціальних заходів, а в

деяких випадках взагалі відходять на задній план і на перший виступає психотерапія, реабілітація та ресоціалізація хворих, в тому числі надання допомоги на дому.

Переорієнтація психіатричної служби з "ізоляції" хворих на ділове і психологічне партнерство з ними призвело до необхідності переосмислити роль медичної сестри в системі медичної і соціальної допомоги пацієнтам з психічними порушеннями.

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

"Медсестринська допомога полягає в тому, щоб сприяти здоров'ю, попереджувати хвороби, забезпечувати догляд за соматичними або хворими з психічними порушеннями і непрацездатними людьми будь-якого віку в усіх лікувальних та інших громадських закладах. Предметом особливої уваги медсестри повинна бути реакція окремої людини, сім'ї або групи людей на дійсно існуючі або можливі порушення здоров'я. Унікальна функція медсестри в її догляді за здоровими або хворими людьми полягає в тому, щоб правильно оцінити їх реакцію на стан їхнього здоров'я і допомогти у діях, котрі ведуть до здоров'я, видужання або до достойної смерті."

В центрі практичної діяльності медичної сестри, яка працює з пацієнтами з психічними порушеннями, є специфічні психічні реакції психологічні проблеми хворих, які виникають у них внаслідок психічного захворювання. Таким чином, основною роллю медичних сестер, які обслуговують пацієнтів з психічними порушеннями, є психотерапія і налагодження відповідного догляду за ними.

В межах цих основних завдань медична сестра повинна проводити такі види діяльності:

- ◆ Допомогати хворому чітко визначити проблеми, які негативно впливають на його здатність функціонувати в якості незалежної особистості.

- ◆ Навчати хворого і допомагати йому зберігати та удосконалювати власні можливості і резерви, а також пристосовуватись до нових умов життя, змінених наявністю психічного захворювання.

- ◆ Брати участь у розробці і впровадженні в практику заходів, спрямованих на попередження і усунення ознак психологічної залежності у пацієнтів з психічними порушеннями, пом'якшувати сприйняття оточуючої обстановки. Змінювати жорсткий обмежувальний лікарняний режим на більш вільний ("домашній"), створюючи умови для відпочинку і розвиваючи гуманні взаємовідносини з хворими, які спрямовані на покращання лікувального ефекту.

- ◆ Брати участь у розробці і виконанні індивідуальних програм активної реабілітації та соціальної терапії пацієнтів з психічними порушеннями.

- ◆ Проводити самостійну медичну практику в плані догляду і підтримувальної терапії пацієнтам з психічними порушеннями із стабілізованими хронічними психічними захворюваннями, які знаходяться у будинках-інтернатах системи соціальної допомоги.

- ◆ Проводити необхідне навчання та інструктаж молодшого медичного персоналу, організовувати його роботу і керувати ним.

- ◆ В рамках своєї компетенції повинна обстежувати і оцінювати психічний стан хворого із встановленням ситуаційного сестринського діагнозу і наступним проведенням обґрунтованих заходів на сестринському рівні.

- ◆ Виконувати призначення лікаря і, при необхідності, надавати невідкладну долікарську допомогу.

- ◆ Виявляти ранні ознаки погіршення стану хворих, які знаходяться за межами стаціонару, включаючи загрозу самопошкодження і ризик суїциду, погіршення соматичного стану і можливість загрози для здоров'я і життя навколишніх. Стежити за виконанням вимог техніки безпеки.

- ◆ Налагоджувати і підтримувати ділові зв'язки з сімейними лікарями і родичами хворого, та допомагати їм засвоїти необхідні навички з догляду за пацієнтами, у яких розвинулось психічне захворювання.

◆ Вести активне спостереження за виписаними із стаціонару хворими, стежити за належним проведенням підтримувальної протирецидивної терапії, а при появі ранніх ознак можливого загострення психічного захворювання негайно повідомляти про це дільничного лікаря-психіатра.

Будь-яка діяльність медичної сестри повинна органічно включати в себе елементи психотерапії. Уже сам зовнішній вигляд і робоча форма може мобілізувати і підбадьорити хворого, а може пригнічуюче вплинути на його стан. Якщо медсестра не слідкує за своїм зовнішнім виглядом, у хворого мимоволі з'являється усвідомлений або підсвідомий сумнів, чи здатна вона належним чином доглядати його, що є складовою частиною відповідної установки на лікування і очікування його результатів.

Спокійний, впевнений і тактовний стиль поведінки, грамотна мова без професійного жаргону, лагідне ставлення позитивно впливають на гіпноїдність хворого, навіюють впевненість, що йому приділяють належну увагу і він не стане обтяжливим тягарем для медиків.

Високий професіоналізм у темпі і якості виконання роботи медичної сестри позитивно впливає на душевний стан хворого, укріплює його віру в дієвість всіх ланок медичної допомоги. І навпаки, поспішність або безглузда метушливість, надто виражена млявість (стиль діяльності, котрий прийнято характеризувати словами "спить на ходу"), відволікання дій і маніпуляцій породжують усвідомлену або підсвідому невпевненість і тривогу за ефективність лікувального процесу.

Велике психотерапевтичне (а поряд з цим психогігієнічне і психопрофілактичне) значення має забезпечення охоронного режиму, що передбачає спокійну обстановку, мінімальне подразнення психіки хворого, забезпечення міцного сну. Тиша у кімнатах, уважне, лагідне ставлення до хворого, підтримка віри у можливість видужання або покращання його стану, контроль за відвідуванням хворих людьми, котрі можуть його збентежити або стомити тривалими і частими візитами, - ось основні умови створення охоронного режиму.

Таким чином, вся робота медичної сестри, починаючи з вимірювання температури і закінчуючи складними процедурами і маніпуляціями, містить елементи психотерапії.

Крім загальнотерапевтичного впливу, медична сестра повинна володіти певними методами спеціальних психотерапевтичних прийомів і бути в достатній мірі ознайомленою з механізмом їх впливу на психічний і загальний стан хворого.

Передусім всі медики, які мають медичну освіту, повинні уміти користуватись раціональною психотерапією. Психотерапевтична бесіда повинна бути спрямованою на роз'яснення хворому його хворобливих відчуттів і переживань. Хворі повинні знати, що є органічні ураження і функціональні прояви. Згідно з феноменом Йореса, інтенсивність суб'єктивно неприємної симптоматики в основному залежить саме від функціональних розладів, які не є небезпечними для життя. Якщо у хворого має місце органічне ураження якогось органа чи системи, потрібно допомогти хворому об'єктивно сприйняти свій дійсний стан, але не перетворювати факт захворювання в трагедію, не панікувати, а підтримувати на належному рівні і постійно пояснювати його можливості.

Комплексна психотерапія повинна органічно включати в себе активуючий ефект (вплив "позитивного лідера" і видужуючого хворого). Медична сестра повинна уміти застосовувати різноманітні методи впливу на психічний і фізичний стан хворого, що поєднують активуючий і відволікаючий ефекти (гігієна і оздоровча гімнастика, диференційована трудо- і культтерапія, стимулюючі фіз-процедури тощо).

Основним видом психотерапії, котрий найчастіше використовує медична сестра у своїй практиці, є проведення цілеспрямованих бесід із хворими. Медична сестра більше, ніж лікар, проводить часу з хворими і повинна раціонально використовувати цей фактор. Проте потрібно завжди пам'ятати, що слово є дієвим засобом впливу на психіку і загальний стан хворого, а тому користуватись ним потрібно уміло. При проведенні бесід психотерапевтичного спрямування необхідно усвідомлено використовувати деякі основні психологічні фактори.

Психологами встановлено, що найкраще і найміцніше запам'ятовується інформація, яка передається спочатку і в кінці розмови. Отже, психотерапевтичну бесіду необхідно закінчувати основною думкою. Важлива інформація повинна бути повтореною два-три рази в різних аспектах. Частіше повторення може викликати підсвідомий ефект "протидії". Кожна людина має свій індивідуальний ступінь навіювання, внаслідок якого певна частина інформації сприймається мимовільно і без належної критики. Посилює гіпноїдність авторитет медика і відповідний стиль спілкування.

Медична сестра повинна дбати про свій авторитет та імідж, а також про авторитет лікаря. Потрібно пам'ятати про "авторитет друкованого слова". Медична сестра при можливості повинна давати читати хворим популярну літературу і статті з часописів, що носять пізнавальний і рекомендаційний характер щодо захворювання, яке є у хворого. Непересічне значення має задоволення ("вгамування") природної потреби людини "виказати", що її турбує.

Медична сестра має більше часу для неформального спілкування з хворим, ніж лікар (особливо в другій половині дня, коли лікарі закінчили свою роботу, а медсестри виконали більшу частину призначень і маніпуляцій). Вислуховувати хворого потрібно в спокійній, бажано інтимній обстановці, виражаючи свої співчуття, розуміння і симпатію. Після того, як медична сестра вислухає хворого, бажано дати оптимістичну настанову психокорегуючого характеру.

Віруючі хворі можуть полегшити свій душевний стан, висповідавшись священникові, або у молитовних звертаннях. Медична сестра повинна поважати релігійні почуття віруючих, але розвінчувати забобони і навколomedичне шарлатанство.

Психологами і психотерапевтами встановлено, що ступінь гіпноїдності значно підвищується у вечірній час і особливо перед сном. Крім цього, під час сну отримана інформація переробляється і міцно засвоюється людиною. Тому вечірня пора є найбільш оптимальною для більшості методів психотерапії, в тому числі і для проведення психотерапевтичних бесід.

Під час нападу "істерик" у хворих з істероїдними рисами поведінки сторонні люди повинні вийти з кімнати, бо метушня і "співчуття" зтягують тривалість нападу. І навпаки, бажано, щоб біля хворого з психоастенічними рисами характеру довше залишався "позитивний лідер".

Дійовими методами психотерапії, які можуть успішно застосовуватись у практичній діяльності медсестер, є нервово-м'язова релаксація, вольова регуляція дихання і автотренінг.

Методика нервово-м'язової релаксації. Потрібно зняти або ослабити деталі одягу, які стискають тіло або обмежують рухи. Необхідно зайняти максимально комфортне положення. Повільно зробіть якомога глибший вдих, для цього максимально напружте дихальні м'язи. Після глибокого вдиху розслабтесь і пасивно видихніть все повітря. Відчуйте напруження і розслаблення і зафіксуйте у пам'яті ці відчуття. Зробіть паузу 5-10 сек.

Поставте обидві стопи всією поверхнею на підлогу. Максимально підніміть обидві п'яти, не відриваючи пальців ніг від підлоги. Розслабте м'язи, щоб п'ятки пасивно "упали" на підлогу. Те саме проробіть з пальцями ніг, не відриваючи п'яток від підлоги. **Постарайтесь** відчуті поколювання, тепло і, можливо, важкість в нижніх частинах ніг, що є свідченням розслаблення м'язів гомілки (пауза 20 сек).

Випрямте ноги під кутом 90 градусів до тулуба. Відчуйте напруження м'язів живота і передніх м'язів стегон. Розслабте ці м'язи. Потім відірвіть пальці ніг від підлоги, а п'ятки щосили притисніть до неї, ніби ви на пляжі зариваєте п'ятку у пісок. Відчуйте напруження і розслабте ноги. Запам'ятайте відчуття розслаблення м'язів стегон (пауза 20 сек).

Як найміцніше одночасно стисніть пальці обох рук у кулаки, потримайте кілька секунд і розслабте пальці. Щоб проробити протилежні м'язи, розсуньте якомога ширше "віялом" розправлені пальці рук, а через кілька секунд розслабте їх. Сконцентруйтеся на відчутті тепла і поколювання в кистях рук і передпліччях (пауза 20 сек).

Максимально підніміть плечі перпендикулярно вгору, ніби бажаєте плечовими суглобами доторкнутись до вух. Потримайте плечі в такому положенні, відчуйте важкість в плечах і розслабтесь. Потім максимально опустіть плечові суглоби вниз і також розслабтесь (пауза 20 сек).

Посміхніться якомога ширше. Через кілька секунд розслабтесь. Міцно стисніть губи, щоб вони зайняли найменшу площу, а потім розслабте їх. Міцно заплющіть очі, а потім вільно розслабте їх. Тримавши очі заплющеними, якомога вище підніміть брови, затримайте таку міміку і розслабтесь (пауза 15 сек).

Таким чином ви розслабили більшість основних м'язів вашого тіла. Для того, ЩОБ переконатись у розслабленні, інструктор перераховує м'язи, а пацієнт розслаблює їх і викликає у себе специфічні відчуття розслаблення: "Ви відчуєте, як розслаблення

спускається теплою хвилею по всьому вашому тілу. Відчуйте спочатку розслаблення м'язів лоба: воно спускається вниз до очей, до щік, ви відчуваєте, як розслаблюються щелепи, шия, груди, плечі, як розслаблення сягає кистей рук. Розслаблення спускається до ніг, стегон, гомілок, аж до стоп. Ви відчуваєте важкість у всьому тілі. Це відчуття є приємним. Після певного часу насолодження цим відчуттям ви переходите в свій звичайний стан".

Одним з дійових видів аутотренінгу є самонавіювання. Існує декілька методик самонавіювання, з котрих медична сестра повинна користуватись хоч би методом "короткого заклинання".

Найбільш типовими формулами навіювання є: "моє тіло легке і приємне", "моя голова ясна і світла", "я почуваю себе легко та вільно", "моє дихання легке та спокійне", "моє серце працює спокійно та ритмічно", "з кожним днем мені стає все краще та краще", "я почуваю себе спокійно". Потрібно пам'ятати, що при самонавіюванні, як і при навіюванні, не бажано вживати слова "не" (наприклад замість формули "мене «зболить голова» бажано використовувати формулу "моя голова легка і ясна"). Кількість повторювань за день може коливатися від 20 і більше. Слід пам'ятати, що повторення формул самонавіювання не повинно бути механістичним та необдуманим, в кожне речення потрібно вдумуватися, вкладати в нього своє бажання та емоції. Психотерапія повинна бути спрямована на конкретну мету.

Великої душевності і такту в поєднанні з високим професіоналізмом вимагає проведення психотерапевтичних заходів при роботі з хворими, у яких захворювання суттєво обмежує звичайні можливості або тривалість самого життя хворого. Якщо хвороба обмежує звичайний стиль життя хворого, необхідно акцентувати свою діяльність на заходи, котрі повинні бути спрямованими на перебудову особистіших орієнтирів хворого, примирити його з об'єктивним положенням речей і самого хворого з собою. Хворий не повинен панікувати, а свою життєву енергію повинен спрямовувати не на протест заради самого протесту, а на збереження і тренування залишкових функцій і можливостей організму.

Комплексні психотерапевтичні заходи при лікуванні психічних захворювань повинні сприяти вирішенню наступних завдань:

- ◆ встановлення належного контакту з медиками, позитивне ставлення до діагностичних і лікувальних заходів і обстановки лікувального закладу;
- ◆ підтримка навичок самообслуговування і надання допомоги медичному персоналу з обслуговування інших хворих;
- ◆ активне читання хворим художньої літератури і часописів, прослуховування радіопередач, перегляд телепрограм, настільні ігри, музика, пісні, вишивання, малювання і створення художніх виробів тощо;
- ◆ перебудова емоційної установки до конфліктних відношень, усвідомлення факту захворювання і необхідності тривалого лікування, укріплення віри у видужання або покращання стану;
- ◆ відновлення контакту з членами сім'ї, побутової і професійної працездатності;
- ◆ ліквідація окремих хворобливих проявів за допомогою психотерапевтичних заходів.

Хвороби є різні, в тому числі і невиліковні. Людина є єдиною істотою, яка усвідомлює неминучість смерті. Закінчити свій життєвий шлях людина повинна гідно. Неможливо дати уніфікований рецепт поведінки медиків щодо тактики при обслуговуванні невилікованого або помираючого хворого, але в кожному окремому випадку найважливішим є великий такт. Не можна отруювати останній період життя людини. Так, біля хворого, що знаходиться навіть у безсвідомому стані, не повинні звучати раними чи образливими словами. Глибина втрати свідомості може змінюватись і хворий може сприймати те, про що біля нього говорять.

В цих та подібних випадках потрібно діяти за принципом або молитовним зверненням.

Боже, дай мені Розум і Душевний спокій прийняти те, що я не в силі змінити. Мужність - змінити те, що я можу. Мудрість — відрізнити одне від другого.

Нарешті, слід відмітити, що хвороба впливає не лише на самого хворого, а і на психічний стан членів його сім'ї і близьких. Тому комплексна психотерапія обов'язково повинна в себе органічно включати і сімейну психотерапію.

Медична сестра повинна орієнтуватись, чи можна взагалі дозволити відвідування хворого, кого можна пускати до хворого, а кого не бажано і скільки часу виділити на побачення, щоб не втомлювати хворого. Близькі і члени сім'ї повинні знати про стан хворого і бути інструктованими щодо бажаної спрямованості бесіди із хворим.

Родичі і близькі хворого повинні отримати від медиків необхідний мінімум знань щодо особливості внутрішньої картини захворювання у конкретного хворого. Якщо у хворого з'явилися ознаки психопатизації, потрібно пояснити родичам сутність цих проявів і переконати в їх минулості, націлити оточуючих не акцентувати свою увагу на тимчасову своєрідну реакцію хворого, обумовлену його хворобою. Одним із важливих завдань сімейної психотерапії повинна бути профілактика психічної залежності родичів.

З методів психотерапії, в яких може брати участь медична сестра або навіть ініціювати самостійне проведення їх після певної професійної підготовки рекомендують такі:

Арттерапія (АТ). Метод спирається на ідею Зигмунда Фрейда про те, що внутрішнє "Я" може бути виражене у візуальній формі за допомогою спонтанного малюнка, ліплення, живопису. Арттерапію використовують для звільнення від конфліктів і сильних переживань, пришвидшення творчого процесу, як додаток для інтерпретації і діагностики (тест фантастичної тварини і дерева), силу, що дисциплінує і контролює, засіб розвитку уваги до почуттів.

Арттерапія - це реалізація дійової уяви, а не прояв художнього таланту. Підкреслюється роль сублімації- непрямого задоволення антисоціальних імпульсів (наприклад, дитячі малюнки на тему війни).

Акцентують увагу на вільних асоціаціях і самостійному вивченні значення своєї роботи.

Варіант. Групова АТ: групова фреска, загальний груповий портрет, образ. Стимулюють членів групи довіряти своєму власному сприйняттю і вивчати свої твори як самостійно, так і за допомогою інших членів групи.

Група танцювальної терапії (ТТ). Розвиток координації і плавності рухів. Танець демократичний.

Мета: розширення самосвідомості; покращання фізичного стану і пристосованості; можливість взаємодії; розширення сфери усвідомлення власного тіла; розвиток позитивного образу тіла; соціальні новини; вивчення почуттів; створення глибокого групового досвіду.

Фундаментальним для ТТ є взаємодія між тілом і розумом, спонтанними рухами і свідомістю, а також впевненість у тому, що рух відображає особу (згадайте фільм "Службовий роман", епізод, де секретар (Лія Ахеджакова) демонструє ходу і поведінку своєму шефу).

Керівник групи може бути партнером під час танцю, режисером подій, каталізатором, який полегшує розвиток особи через рух.

Група тренінгу вміння. Поведінкову модель навчання створено в лабораторії.

Використовуються такі біхевіористичні поняття, як зосередженість на поведінці; навчальна модель вирішення проблем, основана на засвоєнні важливих для розвитку учасників групи життєвих вмінь.

Оцінювання сильних і слабких сторін навичок впевненості в собі включає застосування основних прав людини, які підтримують впевненість у собі, й шість типів стверджень, що виражають впевненість у собі.

Репетиція поведінки - рольових програм складних ситуацій - є основним методом. Процедура репетиції поведінки складається з моделювання, інструктажу і підкріплення. Для зняття надмірної тривоги часто використовують релаксаційний тренінг і системну десенсибілізацію. Домашні завдання: щоденники і поведінкові завдання. Специфічними для груп тренінгу впевненості є метод "зіпсованої платівки" і метод "наведення туману".

Психодрама. Психодрама з'явилася внаслідок театрального експерименту, початого Морено у Відні, який отримав назву "спонтанний театр". Морено виявив, що драма може служити терапевтичній меті, що психодраматична дія має перевагу перед вербалізацією в прискоренні процесу вивчення переживань та формування нових відношень і типів поведінки.

Рольова гра- це одне з основних понять психодрами. На відміну від театру, в психодрамі учасник грає роль в імпровізованій виставі й активно експериментує всіма значними для нього ролями, які він грає в реальному житті. Друге поняття -спонтанність-виділив Морено на основі спостережень за грою дітей. Він вважав, що спонтанність - це той ключ, який може відкрити двері в галузь творчості. Основні ролі в психодрамі: режисер, який є продюсером-терапевтом і аналітиком, пропагандистом, "допоміжнеЯ" й аудиторія. Психодрама починається з розминки, переходить у фазу дії, під час якої пропагандист організовує виставу, і закінчується фазою наступного обговорення, під час якого психодраматична дія і переживання, які виникли, обговорюються всією групою.

Режисер використовує різні методики для організації вистави: монолог, двійник, обмін ролями і відображення, яке сприяє виникненню і підтримці терапевтичного процесу психодраматичної групи.

Психокоригувальні групи- це невелике тимчасове об'єднання людей, які мають свого лідера, загальну мету міжособового спілкування, особистого навчання, росту і саморозкриття. Це структурована взаємодія "тут і тепер", при якій учасники вивчають те, що з ними відбувається в даний час і в даному місці.

Т-групи (група тренінгу) ще називають групами сенситивності.

Особливості, що лежать в основі руху Т-групи: орієнтація на поведінку і суспільні науки, демократичні процеси на протигагу авторитетним, здатність встановлювати відносини взаємодопомоги.

Основні поняття Т-груп: лабораторія, в якій навчають, як вчитися, принцип "тут і тепер".

Навчальна лабораторія акцентує увагу на випробуванні нових видів поведінки в безпечному оточенні.

Проводять навчання, яке включає цикл "уява самого себе - зворотний зв'язок - експеримент" (1. Усвідомлення ситуації. 2. Що відбувається зараз і чому? 3. Аутентичність у міжособових контактах (розібратися у своїх відчуттях). 4. Модель керівництва побудована на співпраці).

Мета: ріст особи через розширення сфери усвідомлення себе й інших, а також процесів, які відбуваються в Т-групах.

Групи зустрічей (ГЗ). На відміну від Т-групи, групи зустрічей акцентують свою увагу не на груповому процесі, а на розвитку навичок міжособовоївзаємодіїз іншими.

Орієнтуються на відчуття єдності. Заняття не планують, а будують на відкритості й емоціях єднання. Спираються на принцип "тут і тепер", приділяють увагу миттєвим переживанням тепер і не апелюють до минулого досвіду.

Гештальтгрупи (ГГ) (гештальт- образ, конфігурація, цілісність, яка складається з окремих частин).

Гештальтпсихологія намагається відповісти, як люди сприймають своє існування.

Метод: керівник групи (сильна та видатна особа) працює з одним членом групи ("гаряче місце"), який знаходиться поряд. Члени групи мовчки спостерігають і проводять ідентифікацію "добровольця" із собою в силу того, що емоційна реакція стає ланцюговою реакцією в інших членів групи, а також індукує адекватні емоції в інших.

Гештальттерапія спрямована на розширення свідомості (усвідомлення), інтеграцію протилежностей, посилення уваги до почуттів, робота з мріями, прийняття відповідальності на себе, переборення опору.

У гештальттерапіїосновними є ті відчуття і почуття, які охоплюють усіх членів і переважають над іншими відчуттями (гнів, страх, радість, сексуальний потяг). Коли потреба задоволена-гештальт завершений, він втрачає свою значущість і відступає для створення нового гештальту. Інколи гештальт залишається незавершеним (злоба, агресія, що створюють базу для проблем і впливають на психіку).

Групи тілесної терапії. В. Райх вважав, що всякий захист як поведінка проявляється напруженням м'язів (тілесна броня) і спертим диханням. Основні поняття тілесної терапії за Александером Лоуеном (засновник біоенергетики): зміна енергії, м'язова броня.

Між фізіологічними перемінними, структурою характеру і типом особи існують тісні зв'язки.

Метод лікування: дихальні вправи для звільнення почуттів, рухові вправи як звільнення енергії (брикання), масаж.

Метод Фельденкрайса-увага на позі тіла, ствердження свого "Я" через позу, поставу.

Метод Александера - вивчення звичних поз і постави та їх корекція.

Загальні правила для груп:

◆ Кількість членів групи: чотири чоловіки - мінімум для життєдіяльності групи; психоаналітичні групи - 6-8 чоловік, групи особистого росту - 8-15 (до 50 чоловік).

◆ Тривалість заняття - 90 хв.

◆ Групи за статевим складом гетерогенні.

◆ Групи складають люди з різними думками, що призводить до напруги і конфронтації, переборення яких досягають успіхом в оптимальному навчанні й ростом особи.

◆ Фактори лікувального впливу в психокоригувальній групі: єдність, навіювання надії, узагальнення, альтруїзм, надання інформації, численне перенесення (група - сім'я), міжособове навчання (нова поведінка з людьми), розвиток міжособових відносин, імітуюча поведінка, катарсис.

Госпіталізм. Роль медичної сестри в попередженні й подоланні госпіталізму серед психічнохворих

Характерним станом для пацієнтів, які тривалий час лікуються в психіатричних лікарнях, є послаблення або повна втрата суспільних зв'язків, анергія (суттєве зниження енергетичного потенціалу), ангедонія (неможливість переживати приємні та духовні відчуття), моторна загальмованість, бідність мови (словесна і тональна), а також дефіцит уваги. Вираження вищеперерахованих негативних проявів може сягати значного ступеня і призводити до розвитку у хворого повної соціальної дезадаптації, внаслідок чого він не здатний себе обслужити і змушений постійно перебувати в лікарні. Ці симптоми можуть розвинути внаслідок прогресування шизофренії, органічного ураження головного мозку і негативної дії психофармакотерапії.

Проте не лише вищезгадані фактори призводять до розвитку і прогресування дефіцитарної симптоматики. Велика роль у розвитку вищеописаного стану належить так званому госпіталізму. В основі госпіталізму лежить "розтренування" функціональних систем організму, які відповідають за можливість самообслуговування і підтримку на належному рівні соціальних зв'язків.

Госпіталізм найчастіше розвивається в людей похилого віку, які втратили зв'язок із сім'ями. Після виписування з лікарні їм немає куди повернутись або сімейні обставини є несприятливими. Тривала госпіталізація може призвести до соціальної дезадаптації. Людина втрачає навички ділового й емпатичного спілкування, різко знижується здатність до самообслуговування. Пролікований хворий боїться самотності, втрати того мінімуму контактів, які є в лікарні (з лікарями, медсестрами й іншими хворими). Госпіталізм є одним із факторів підвищення рівня суїцидності. Дезадаптовані хворі після виписування з лікарні нерідко роблять спроби самогубства.

Головним чинником госпіталізму є взаємодія трьох груп факторів:

◆ панування в суспільстві страху перед психічнохворими, а також свідомо і підсвідомо переконаність у тому, що їх потрібно ізольовувати;

◆ особливості внутрішньолікарняного режиму і стилю життя психічнохворих із надто низьким рівнем природної стимуляції до самореалізації і збереження особистості;

◆ негативні прояви психічної деформації медичних працівників, які працюють у психіатричних лікарнях.

Перший чинник є основним. Традиційно в суспільстві панує явний і підсвідомий страх перед психічнохворими та їх незрозумілою для людей, дивною, а часом і небезпечною поведінкою. Психічне захворювання сприймається, як "знак прокляття", навіть до членів сім'ї хворого більшість ставляться з недовірою. Основною функцією психіатричних лікарень суспільство вважає ізоляцію "божевільних". За таких умов негативістичного ставлення до психічнохворих вони просто змушені надто багато часу перебувати в психіатричних лікарнях,

де адаптуються до специфічних умов стаціонару і не уявляють собі реального існування поза ним. Уже саме встановлення психіатричного діагнозу автоматично породжує низку соціально-трудова обмежень. Суспільство намагається ізолювати психічнохворих у лікарні або самоізолюватись від цих хворих, прирікає їх на вимушену самотність навіть тоді, коли вони виписані з лікарні й повинні включатись у посилене для них життя.

Реальним шляхом переборення цього фактора є радикальна зміна суспільної свідомості. Люди повинні сприймати психічнохворого таким, яким він є, не звертати нездорової уваги на певні "дивацтва" чи неадекватну поведінку, якщо вона не є небезпечною для людей і самого хворого. Велику роль у цій справі зобов'язані відіграти дільничні психіатричні медичні сестри. Вони повинні навчити членів сім'ї,

близьких хворого і сусідів правильного співжиття з хворим, по-діловому допомагати йому, стежити за дотриманням амбулаторного лікування, уникаючи непорозумінь і конфліктних ситуацій, а не вбачати свою роль лише в тому, щоб вчасно викликати карету швидкої допомоги для чергової госпіталізації хворого.

Дільнична медична сестра повинна тісно співпрацювати з органами соціального захисту, місцевими організаціями Червоного Хреста, релігійними громадами та благодійними фондами, щоб адресно спрямувати їх зусилля на допомогу психічнохворим.

Суспільство повинне подбати про організацію мережі невеликих гуртожитків (так званих "сателітних жител") для виписаних із лікарні пацієнтів, які не потребують активного лікування. Медичним обслуговуванням цих гуртожитків повинна займатись висококваліфікована медична сестра. Сателітних гуртожитків дуже багато в Голландії. Подекуди вони функціонують і в Україні.

Основними "внутрішньолікарняними" факторами, які сприяють розвитку госпіталізму в психіатричних лікарнях, є:

- ◆ втрата контактів із навколишнім (позалікарняним) світом;
- ◆ нав'язана бездіяльність;
- ◆ авторитарна патерналістська позиція медичного персоналу;
- ◆ обмеження власної ініціативності хворих;
- ◆ втрата родинних зв'язків і друзів;
- ◆ відсутність значущих подій в особистому житті;
- ◆ недостатньо контрольоване приймання психофармакологічних препаратів;
- ◆ убога атмосфера психіатричних лікарень у плані природної стимуляції до діяльності;
- ◆ відсутність реальних життєвих перспектив поза лікарнею;
- ◆ заміна повноцінного комплексного лікування з акцентом на реабілітацію та реадaptaцію хворих на ізоляцію в лікарні;
- ◆ відсутність "родинної атмосфери" у відділеннях;
- ◆ недостатнє використання (або навіть повна відсутність) соціотерапії.

Крім вищеперерахованих об'єктивних чинників, важливе значення має третій суб'єктивний фактор, який залежить від установчої психологічної спрямованості роботи медичних працівників. Так, природною потребою людини є прагнення до самоствердження. Можливість керувати іншою людиною, ставитись до неї, як до дитини, зміцнює самоповагу особистості персоналу психіатричної лікарні. Це є один з аспектів підсвідомого психологічного підґрунтя патерналізму в психіатрії. Але самоствердження особистості не за рахунок власного розвитку, а за рахунок гноблення і приниження хворого призводить до зворотного результату-до професійної деформації. Таке своєрідне розуміння власної ваги і ролі в міжособових взаєминах із хворими виявляються у директивній поведінці, безапеляційних та зверхніх судженнях. У вразливої особистості хворого таке ставлення до нього посилює прояви дезадаптації, викликаючи ознаки госпіталізму.

Якщо змінити суспільну свідомість реально можна буде лише в майбутньому. то змінити певну частину внутрішньолікарняних умов, зокрема ставлення медика до хворого і своєї роботи (що дуже важливо), можливо і необхідно вже тепер. Всі зміни психологічного клімату психіатричних лікарень у кращий бік вирішальна роль належить медичній сестрі. Вона не може відновити втрачені зв'язки хворого з родичами чи близькими, але створення довірливої "сімейної" атмосфери, яка б стимулювала активність хворого, а не пригнічувала б його, повинне бути основою смислу і стилю роботи сучасної медичної сестри.

Таким чином, основним на даному етапі боротьби з госпіталізмом є внутрішня перебудова ставлення медичної сестри до своєї роботи. У центрі уваги медика повинна бути особистість хворого, яку потрібно зберігати і зміцнювати, а не лише його хвороба як мішень для застосування лікарських призначень.

Основи психогієни та психопрофілактики. Профілактика психічних захворювань

Психогієна - це галузь загальної гієни, яка вивчає фактори, що забезпечують гармонійний розвиток особистості, й визначає умови для повного прояву її позитивних властивостей у всіх сферах діяльності.

Основним завданням психогієни є вивчення умов життя (включаючи зовнішнє середовище та конкретні соціальні умови) людини з метою виявлення факторів, які позитивно чи негативно впливають на психічне здоров'я, і розробку на цій основі рекомендацій та нормативів: 1) психогієнічних умов праці, побуту, відпочинку; 2) психогієнічного виховання, психічного розвитку, укріплення та збереження психічного здоров'я.

Психогієнічні заходи визначаються:

- ◆ Віковими особливостями (дошкільний і шкільний вік, професійне навчання, дорослий та похилий).

- ◆ Характером трудової діяльності.

- ◆ Міжперсональними стосунками (внутрішньосімейні, виробничі, соціальні тощо).

Слід підкреслити важливість пропаганди психогієнічних знань. Цим повинні займатись медичні працівники у сфері своєї діяльності, а також працівники Будинку санітарної освіти, товариства "Знання", медична преса.

Психопрофілактика - область психіатрії, метою якої є попередження психічних захворювань, переходу їх у хронічну форму та соціально-трудова реабілітація.

Загальні принципи профілактики психічних захворювань Профілактику психічних захворювань поділяють на первинну, вторинну і третинну.

1. *Первинна профілактика* - це система заходів, яка забезпечує попередження появи психічної хвороби чи формування дисгармонічної структури особистості. Серед цих заходів основними є:

- первинна провізорна профілактика, головною метою якої є охорона психічного здоров'я наступних поколінь; вона ґрунтується на громадських заходах, спрямованих на оздоровлення побуту, праці, життя, створення умов для формування здорової сім'ї та вдосконалення виховання підростаючого покоління, досягнення гармонії розвитку в усіх наступних поколіннях;

- первинна генетична профілактика, головною метою якої є науковий прогноз можливих наслідків спадкових психічних захворювань для психічного здоров'я наступних поколінь; вона створює умови для оздоровлення спадковості без шкоди і дискримінації особи; безпосередньо здійснюється медико-генетичними консультаціями;

- первинна ембріологічна профілактика, спрямована на оздоровлення жінки (гігієна шлюбу і зачаття, гігієна вагітності, охорона процесу запліднення та виключення потенційно небезпечних шкідливих факторів, забезпечення високої якості допомоги при пологах); ці заходи проводять жіночі консультації та заклади родопомочі;

- первинна постнатальна профілактика, яку здійснюють із метою раннього виявлення вад розвитку в новонароджених, проведення своєчасної корекції і системи заходів, що забезпечують поетапний розвиток дитини, підлітка, юнака; поряд із педіатричною службою, в організації цього виду профілактики беруть участь дитячі психіатри, психологи та спеціалісти в галузі фізіології розвитку.

2. *Вторинна профілактика* - це система заходів, спрямованих на попередження небезпечного для життя або несприятливого перебігу психічного захворювання. До цих заходів відносять:

- ранню діагностику, прогноз та попередження небезпечних для життя хворого станів;
- ранній початок лікувально-корегувальних заходів, швидке досягнення максимально повної ремісії або повної редукції хвороби;
- виключення можливості рецидивного перебігу;

-довготривалу підтримувальну корекцію психіки хворого після хвороби або в період ремісії.

3. *Третинна профілактика* - це система заходів, спрямованих на попередження психічної інвалідації при затяжному, хронічному перебізі хвороби. При цьому застосовують медикаментозні й коригувальні методи терапії для переривання хронічного перебігу хвороби, покращання умов життя і побуту хворих, систематичного проведення заходів реадaptaції та активного праце- і побутовлаштування в період ремісії.

ЛЕКЦІЯ

Психогігієнічні та психопрофілактичні заходи при окремих захворюваннях

I. Ендогенні захворювання

1. Шизофренія.

У зв'язку з невідомою етіологією профілактика практично неможлива. Такі психогігієнічні заходи, як психогігієна виховання, праці, відпочинку та зовнішнього середовища, можуть сприяти попередженню дії факторів, які провокують шизофренію:

- ◆ раннє виявлення та адекватне лікування;
- ◆ підтримувальна протирецидивна терапія психотропними засобами пролонгованої дії (ОРАП, ІМАП, семап, модитен-депо, піпорбіл, галоперидол-деканоат);
- ◆ обрив загострень і рецидивів в амбулаторних умовах, що збільшує тривалість ремісій і зменшує регоспіталізацію;
- ◆ неспецифічна профілактика загострень (попередження психогенно-травмуючих ситуацій, екзогенних шкідливих тощо);
- ◆ соціально-трудова допомога.
- ◆ систематичне поетапне використання медичної, трудової та соціальної реадaptaції.

2. Маніакально-депресивний психоз.

Причини і механізм розвитку МДП відомі. Тому профілактика зводиться до психогігієнічних заходів, спрямованих на укріплення здоров'я при обтяжливій спадковості - запобігання інфекціям, травмам, організація праці та відпочинку.

Використання солей літію.

Попередження затяжних фаз комплексною терапією, покращання умов життя і праці.

3. Пресенільні та сенільні психози.

Психогеріатричні заходи (режим праці, запобігання соматичним хворобам, використання геріатричних препаратів, зокрема геровіталю).

Раннє виявлення і лікування, досягнення повної редукції хвороби, підтримувальна корекція психіки, раннє лікування рецидивів.

Соціально-трудова реадaptaція, ліквідація психотравмуючих факторів.

II. Ендогенно-органічні захворювання

1. Епілепсія.

Генетична профілактика - попередження шлюбів 2-х осіб, хворих на епілепсію, спостереження за дітьми із обтяженою спадковістю (профілактика сомато-інфекційних захворювань, травм, заборона профілактичних щеплень до 3 років). Охорона здоров'я вагітної і плода в пренатальний період, попередження родових травм та інфекцій у пре- і постнатальний періоди.

Раннє виявлення хворих із пароксизмальними проявами, раціональне лікування, безперервність і довготривалість лікування в комплексі з режимом життя, харчування і психотерапевтичного впливу. Трудова і соціальна реадaptaція, заборона професій, пов'язаних із транспортом, висотою, рухливими механізмами, водою і вогнем, а також впливом фізичних та інших факторів: перегрівання, нічна робота, довготривалі відрядження.

2. Сенільні та пресенільні деменції.

Психогігієна здорового довголіття (режим праці, відпочинку, боротьба з гіподинамією), попередження сомато- та психогенних захворювань, використання геріатричних засобів, які запобігають передчасному старінню.

Раннє виявлення початкових проявів хвороби та початок лікування транквілізаторами, антидепресантами, досягнення редукції хвороби з подальшою підтримувальною корекцією

психіки та обрив рецидивів при ранніх ознаках загострення хвороби. Запобігання соматичним розладам.

Систематичне поетапне використання медичної, трудової та соціальної ре-адаптації хворих, догляд і спостереження.

III. Екзогенно-органічні захворювання

1. Судинні захворювання головного мозку.

Психогігієнічні заходи спрямовані на дотримання режиму праці й відпочинку осіб похилого віку, попередження впливу шкідливих факторів (алкоголю, куріння, перевтоми, стресів), які сприяють розвитку недостатності мозкової гемодинаміки.

Раннє виявлення (профогляди) і лікування судинних уражень головного мозку спрямовані на покращання мозкового кровообігу - засоби, які покращують загальну гемодинаміку, серцеву діяльність.

Проведення заходів медичної, трудової і соціальної реадптації.

2. Психічні порушення у зв'язку з черепномозковою травмою.

Попередження автодорожніх, виробничих та побутових травм головного мозку, дотримання правил техніки безпеки. Запобігання пологовому травматизму.

Спокій, щадний режим у гострий період травми. Протирецидивне лікування в період віддалених наслідків (біологічні та психологічні методи, стимуляція соціальної активності та трудової діяльності, переорієнтація її на раціональне працевлаштування та установки, сімейна психотерапія).

Соціально-трудова реабілітація (режим праці, побуту, санаторно-курортне лікування).

3. Психічні порушення при інфекційно-органічних захворюваннях головного мозку (сифіліс головного мозку, прогресивний параліч, ВІЛ).

Провізорна профілактика розповсюдження сифілітичного та ВІЛ-інфікування населення шляхом створення системи суспільних заходів, спрямованих на формування здорової сім'ї та виховання підростаючого покоління. Попередження ембріонального і постнатального інфікування.

Раннє виявлення і діагностика сифілісу та ВІЛ-інфекції на основі клініки та лабораторних досліджень. Активна терапія до повної санації ліквору та виключення рецидивів шляхом повторних курсів лікування.

Оздоровлення побуту, поетапна реадптація - медична, професійна, соціальна.

IV. Екзогенні психічні розлади

Наркоманії (алкоголізм, наркотоксикоманії).

Первинну профілактику проводять шляхом створення єдиної системи проти вживання наркотиків, освіти, яка включає адміністративно-правові, педагогічні, громадські та медичні аспекти з врахуванням вікових, статевих та професійних особливостей. Особливо слід враховувати ряд факторів: біологічні, які формують несприятливий преморбідний фон (травми, інфекції); індивідуально-психологічні (акцентуація за гіпертичним, нестійким, конформним типами), утруднення соціально-психологічної адаптації, відчуття неповноцінності й відчуження; відсутність розвинених зорових інтересів (перебудова мотиваційної сфери, зміна кола інтересів і сфери спілкування); низька стресова стійкість і високий ступінь залежності від лідера, соціальні (наркоматів сім'ї, подружжя дисгармонія, стреси, інтерперсональні стосунки). Знання груп наркотичних та токсикоманічних речовин, правил їх зберігання, використання, виписування.

Раннє виявлення, організація амбулаторного (мінімального) курсу лікування в три етапи:

1-й етап - купірування абстинентного синдрому, запійного стану і дезінтоксикація (8-10 днів);

2-й етап - протиалкогольна терапія (сенсibilізувальна, умовнорефлекторна) в поєднанні з психотерапією (1-2 місяці);

3-й етап - підтримувальна терапія (3 роки).

Заходи, спрямовані на покращення умов побуту і мікросоціального клімату, перебудову мотивацій у ранг значущих потреб, педагогічну і медичну корекцію тяжких психологічних переживань неповноцінності, адекватне працевлаштування, запобігання інвалідизації,

формування установки на повне утримання від спиртного і соціальної компенсації. Запобігання інвалідизації.

V. Психогенні захворювання

Неврози і реактивні психози.

Формування стабільності поведінки та відреагування в стресових і фрустраційних ситуаціях та при хронічних дистресах. Рациональний вибір професії і працевлаштування, дотримання правил гігієни праці, побуту, мікросоціальних стосунків. Організація санітарно-освітніх заходів.

Своєчасне лікування психофармакологічними засобами та психотерапевтичними методами, усунення стресових факторів або позитивна переорієнтація особи на відреагування в стресових та фрустраційних ситуаціях.

Індивідуальні соціально-реабілітаційні заходи, широке використання санаторно-курортного оздоровлення.

VI. Психопатії та затримки психічного розвитку

Психопатії, олігофренії.

Профілактику необхідно розпочинати з гігієни шлюбу та вагітності, спрямованої на виключення вад розвитку та формування дефіцитарності і дисгармонії функціональних систем мозку. В постнатальний період гармонія психіки дитини забезпечується правильним вихованням у сім'ї, школі, лікувально-профілактичних закладах. У цьому напрямку головну роль відіграють санітарно-освітня робота серед молоді й населення та медико-педагогічні заходи, спрямовані на корекцію психопатичних рис та інтелектуального розвитку.

Своєчасна корекція станів декомпенсації за допомогою лікарських, психотерапевтичних та медико-педагогічних методів впливу. В цьому напрямку суттєву роль відіграють медико-педагогічні колективи шкіл-інтернатів для розумово відсталих дітей з аномаліями психічного розвитку.

Попередження впливу екзогенних факторів, які сприяють декомпенсації психіки, раціональне трудове та побутове влаштування.

Реабілітація хворих

Розрізняють три етапи реабілітації хворих:

- ◆ медичний, або відновного лікування;
- ◆ професійний;
- ◆ соціальний.

Серед форм реабілітації виділяють:

- ◆ ранню, спрямовану на попередження хронічного перебігу хвороби, дефекту і госпіталізму;
- ◆ пізню, спрямовану на компенсацію дефекту та соціально-трудове пристосування.

Основні принципи реабілітації хворих

◆ Реабілітація є частиною лікувально-профілактичних заходів у системі надання психіатричної допомоги хворим.

◆ Реабілітація являє собою динамічну систему заходів, спрямованих на профілактику інвалідизації і компенсацію дефекту психічної діяльності, раннє й ефективне повернення хворих до праці на основі перебудови стосунків, пристосування та відновлення в професійній, сімейній і суспільних сферах.

◆ Максимально ранній початок проведення реабілітаційних заходів - активний вплив на особистість хворого на всіх етапах лікування і перебігу хвороби з урахуванням клінічних особливостей, біологічних і психологічних факторів в єдності з життєво-пристосувальними і лікувально-біологічними методами впливу.

◆ Поетапність, послідовність і диференційність реабілітаційних заходів, активне використання різних форм - від простих до більш складних. Співпраця хворого з лікарем, середнім і молодшим медичним персоналом.

- ◆ Зв'язок із медичною етикою і деонтологією.

Агравация, симуляція та дисимуляція

Особливо велику роль відіграє медична сестра в запідозренні і верифікації агравації і симуляції соматичної хвороби пацієнтом. Агравация- це перебільшення або пролонгування симптомів, а симуляція - продукування скарг і симптомів неіснуючих захворювань. Такого роду установочна поведінка, як правило, викликана певними об'єктивними моментами (хворий знаходиться під слідством з приводу скоєного злочину, хоче отримати групу інвалідності, хоче отримувати дефіцитні ліки з гуманітарної допомоги, до яких у нього розвинулась лекоманія, не бажає бути виписаним із стаціонару, бо не має родинних зв'язків або дома на нього чекає гнітюча психотравмуюча обстановка тощо).

Якщо симуляція викрита, необхідно негайно направити симулянта на вірний шлях, але дати йому можливість мирного відступлення, наприклад, видимістю недовготривалого "лікування", в процесі якого потрібно наголошувати на важливості бажання хворого позбутися хвороби. Цей спосіб буває для симулянта більш легким, ніж викриття симуляції, бо суб'єктивно "його лікували і вилікували", а не викрили брехню.

Лише в тих випадках, коли такий непрямий метод не приносить успіху, потрібно відкрито поговорити з симулянтом, але спочатку без свідків, і настирливо, впевнено, твердо пояснити йому всі невігоди, які принесе йому симуляція і позитивні боки припинення прикидання хворим.

Дисимуляція - це приховування хвороби і її ознак. Часто зустрічається в психіатрії при психозах. В інших спеціальностях вона зустрічається, головним чином, при таких захворюваннях, результати яких дають певні об'єктивні або суб'єктивні невігоди для хворого. При туберкульозі - довге перебування в диспансері, при сифілісі - виявлення контактів, в хірургії- можливість операції. В наш час, коли росте безробіття і скорочують робочі місця, люди, які захворіли, стараються приховати свою хворобу, щоб не потрапити під скорочення штатів в першу чергу.

Чим в більшій мірі вдається позбавити хворого від страху перед обстеженням, лікуванням і наслідками хвороби, тим успішніше вдається попередити дисимуляцію. Звичайно, велике значення мають і соціальні умови.

Якщо у медичної сестри з'явилась підозра щодо установочної поведінки хворого, направленої на агравацию і симуляцію, то бажано за таким хворим встановити делікатний негласний контроль з боку рідних хворого. Здебільшого хворі агравують і симулюють, "розігруючи" рідних і обслуговуючий медперсонал, і знижують пильність при спілкуванні з ними. Якщо підозра медичної сестри щодо агравації або симуляції підтвердилась, вона не має права говорити про це хворому або його родичам та близьким, а повинна обґрунтовано доповісти лікарю, який після цілеспрямованої перевірки у випадку підтвердження установочної поведінки вживе належних заходів. Потрібно пам'ятати, що незаслужене помилкове звинувачення хворого в агравації або симуляції, як правило, глибоко ображає останнього і викликає у нього негативну установку щодо медиків, перебування в стаціонарі і подальшого лікування. В такому випадку важкий моральний стан хворого буде заважати ефективному лікуванню.

ДОДАТКИ

Додаток 1

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ У ПСИХІАТРІЇ

Абсанс (франц-відсутність) - короткочасне порушення свідомості з амнезією в епілептиків

Абстиненція -утримання від наркотиків, що супроводжується низкою психічних і соматичних розладів.

Агравация - перебільшення хворобливих симптомів.

Аграфія - втрата здатності писати.

Агресія - схильність до нападу.

Адекватний - той, що відповідає даним обставинам і ситуації.

Ажитований - збуджений.

Алексія - втрата здатності читати.

Альтруїзм - протилежність егоїзму, здатність піклуватися про інших.

Аменція -затмарення свідомості з втратою орієнтації в часі й місці, руховим неспокоєм і подальшою амнезією.

Амімія-відсутність міміки.

Амнезія - втрата пам'яті, забуття.

Анорексія - втрата апетиту, вперта відмова від їжі внаслідок психічної хвороби.

Апатія - байдужість, кволість, емоційна безчуттєвість.

Апраксія - втрата здатності до зв'язаних координованих рухів, виконання дій.

Астазія-абазія - неможливість стояти і ходити, хоч хворий може рухати нижніми кінцівками в ліжку (при істерії).

Астенія -загальна слабкість, виснаження нервової системи.

Атаксія - розлад координації, точності рухів.

Атонія -втрататонусу м'язів.

Аура - провісник епілептичного нападу.

Аутизм -самозаглибленість хворого (при шизофренії), послаблення зв'язків із реальністю.

Афект- найвищий ступінь виявлення відчуття (страху, гніву, радості).

Біполярний -двополюсний.

Булімія - патологічне збільшення апетиту, обжерливість.

Галюцинації-сприймання предметів або явищ, яких насправді немає в даний час.

Гіперестезія - підвищена чутливість.

Гіперкінези - мимовільні рухи (сіпання, тремтіння).

Гіпобулія - послаблення волі.

Гіподинамія -зниження м'язової діяльності.

Дебільність -легкий ступінь розумової відсталості.

Деградація - рух назад, поступове погіршення, занепад, втрата якихось властивостей психіки.

Дезорієнтування - нездатність орієнтуватися в часі й просторі.

Делірій - гостра сплутаність свідомості з напливом галюцинацій, дезорієнтуванням і руховим збудженням.

Деменція - набуте слабоумство.

Депресія - пригнічений настрій, нудьга.

Дипсоманія-напад запійного пияцтва.

Дисимуляція - свідоме приховування хвороби або фізичних вад.

Дисфорія - стан поганого настрою з підвищеною дратівливістю (в епілептиків).

Егоцентризм - перебільшена увага до своєї особи.

Ейдетизм -здатність швидко і ючно запам'ятовувати великий обсяг зорових або слухових образів.

Ейфорія - піднесений, приємний настрій.

Екзогенний - породжений зовнішніми причинами, умовами.

Електроенцефалографія –запис біоелектричних струмів мозку.

Емоція - почуття.

Ендогенний - викликаний внутрішніми особливостями організму.

Ехолоалія - повторення хворим сказаних йому слів.

Ехопраксія - повторення хворим рухів, зроблених кимось.

Ідіотія - найвищий ступінь уродженого слабоумства (олігофренії).

Ілюзія - спотворене сприймання хворим предметів або явищ, які реально існують у даний момент.

Імбецильність - середній ступінь уродженого слабоумства.

Імпульс - поштовх до дії, форма збудження в нервових волокнах.

Інволюція -зворотний розвиток, згасання організму.

Іпохондричне маячення - манія руйнування організму хворого.

Каталепсія - воскова гнучкість, коли хворий зберігає надану йому позу.

Катамнез - дані спостереження за хворим після того, як його виписали із стаціонару.

Кататонія - нерухомість, застигання хворого в одній позі (симптом шизофренії).

- Клептоманія - нав'язливий потяг до крадіжки речей.
- Клімакс - період припинення функції яєчників.
- Кома, коматозний стан - глибоке знепритомнення з втратою рефлексів.
- Коммоція - струс головного мозку.
- Конвергенція -зближення осей очних яблук при погляді на близький предмет.
- Контузія мозку-забиття мозку.
- Координація - узгодженість, упорядкованість довільних рухів.
- Конфабуляція - вигадка при прогалинах пам'яті неймовірних подій.
- Криза - напад болю або спазму судин.
- Летаргія -тривалий глибокий сон.
- Маніакальний стан - стан піднесеного настрою й активності.
- Маразм -фізичний і психічний розпад організму.
- Маячення - патологічні ідеї, висловлювання.
- Меланхолія - похмурий, пригнічений настрій.
- Мутизм - тривале мовчання, функціональна німота в психічнохворих.
- Наркоманія - патологічний потяг до наркотиків і зловживання ними.
- Невроз - функціональне захворювання нервової системи.
- Негативізм - прагнення хворого протидіяти.
- Параноїдна шизофренія - галюцинаторно- маячна форма хвороби.
- Параноя -систематизоване маячення.
- Парестезії-відчуття оніміння, повзання мурашок, електричного струму тощо.
- Персеверація - повторення психічнохворим одного й того самого слова або жесту.
- Преморбідний - дохворобний.
- Пресенільний - передстаречий.
- Псевдогалюцинації- несправжні галюцинації, що сприймаються хворим не ззовні, а «внутрішнім чуттям».
- Псевдодеменція - несправжнє слабоумство, одна з форм істеричної реакції.
- Псевдоремінісценції-вигадані, несправжні спогади, які в принципі могли б мати місце.
- Психастенія - психічна слабкість, форма неврозу.
- Психогенний - породжений психічною травмою.
- Психогігієна - гігієна психічного життя.
- Психопатія - патологічно змінений характер.
- Психопатологія - симптоматика психічних хвороб.
- Психопрофілактика - профілактика психічних розладів.
- Психотерапія - метод лікування впливом на психіку хворого (переконання, навіювання, гіпноз).
- Пубертатний період- період статевого дозрівання.
- Реадаптація - можливість пристосування до раніше виконуваної роботи.
- Реактивні стани - психічні розлади, що виникають під впливом психічної травми.
- Ремісія -тимчасове поліпшення в перебізі хвороби.
- Сенільний - старечий.
- Симуляція - продукування скарг і симптомів захворювань, яких не існує, або вигадування фізичних вад.
- Синдром -сукупність симптомів.
- Ситуація - становище; збіг умов і обставин, що створюють відповідне становище.
- Соматичний-тілесний, фізичний.
- Сомнамбулізм -сноходіння.
- Сопор-глибоке виключення свідомості.
- Спазмofilія -судомні напади в дітей, хворих на рахіт.
- Спонтанний - мимовільний.
- Стереотипність - одноманітність, шаблонність, повторення одного і того ж.
- Ступор - остовпіння, загальмованість.

Суїцидальний - той, що стосується самогубства (думки, спроба).

Тремор - тремтіння.

Тест - стандартне завдання для визначення якоїсь здатності випробовуваного.

Фармакогенія-заподіяння хворобливих симптомів побічною шкідливою дією ліків.

Фаза-період.

Фобія - нав'язливий страх.

Циклотимія - легка форма маніакально-депресивного психозу.

Циркулярний психоз - маніакально-депресивний психоз із регулярною періодичною зміною фаз.

Ятрогенія (ятропсихогенія) - породження необережно сказаним лікарем або особами з медичного персоналу словом думок у хворого про хворобу, якої насправді в нього немає.

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

ПСИХОДІАГНОСТИКА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ

6.1. Психомоторне збудження

Найчастішим з екстрених станів, які небезпечні для хворого та людей, які його оточують, і вимагають невідкладної медичної та психологічної допомоги, є так зване гостре психомоторне збудження. Це гострий психотичний стан, зумовлений різними психічними захворюваннями, що супроводжується вираженим руховим і мовним збудженням, а також психопатологічною симптоматикою, що становить небезпеку для людей або самого хворого.

Залежно від причини, розрізняють такі основні види психомоторного збудження з відповідною клінікою:

1. *Галюцинаторно-маячне*. Збудження виникає внаслідок галюцинаторних і маячних переживань. Особливі збудження визначаються характером галюцинацій і відповідним сюжетом маячних ідей. Трапляється при шизофренії, отруєнні наркотиками з галюциногенною дією, реактивних психозах.

2. *Делірійне*. Збудження в основному викликається інтоксикаціями, інфекційними хворобами, травмами.

3. *Маніакальне*. Збудження супроводжується піднесеним настроєм, надцінними та маячними ідеями переоцінки особистості (величі, багатства тощо), надмірною діяльністю, співами, танцями, декламуванням віршів або виголошенням коротких промов на різну тематику, підвищеним статевим потягом, епізодичною гнівливістю з агресивними тенденціями.

Є характерним для маніакальної фази маніакально-депресивного психозу, маніакальної фази циркулярної форми шизофренії, алкогольного і наркотичного сп'яніння, туберкульозної інтоксикації.

4. *Меланхолійний вибух* - це збудження, зумовлене крайнім загостренням депресивних переживань.

При ньому душевна туга стає непереносимою. Хворий знаходиться в стані депресивного відчаю. Прагнучи обірвати тяжкі душевні муки, він може вдатись до суїцидних дій. Для цього стану є характерним лемент із різко вираженою руховою активністю. Меланхолійний вибух властивий депресивній фазі маніакально-депресивного психозу, інволюційній і реактивній депресії.

5. *Кататонічне і гебефренічне збудження* - це безглузде збудження з кривляннями, клоунізмами і хаотичними асоціальними включеннями в поведінку. Трапляється при відповідних формах шизофренії.

6. *Епілептичне збудження* - це крайній ступінь дисфорії з вираженими агресивними і руйнівними тенденціями. Виникає при епілепсії.

7. *Еректильне збудження* - це немотивоване, хаотичне, безглузде і без підставне збудження, що з'являється в осіб з вираженою олігофренією.

8. *Афект фізіологічний* - це короткотривала і сильна позитивна або негативна

емоція, яка виникає у відповідь на дію внутрішніх чи зовнішніх факторів і супроводжується психомоторним збудженням та вираженими сомато-вегетативними проявами: блідістю або гіперемією шкіри та слизових, тахікардією, підвищенням або зниженням артеріального тиску, загальним тремором, імперативними позивами на акт дефекації тощо [42:54].

Свідомість не потьмарюється, людина усвідомлює свої дії. Після закінчення афективної реакції амнезії немає. До фізіологічного афекту схильні особи з психопатією збудливого кола.

9. *Патологічний афект* - це короткочасний психічний розлад, який виникає у відповідь на інтенсивну, несподівану психічну травму і проявляється афективним розрядом на фоні запаморочливого стану свідомості, за яким настають загальна розслабленість, байдужість і, як правило, глибокий сон; супроводжується повною або частковою ретроградною амнезією.

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

Невідкладна психологічна допомога полягає в проведенні заходів, якими досягають ліквідації або пом'якшення психопатологічних проявів, і негайній госпіталізації хворого в психіатричну лікарню чи організації екстреної консультації. При наданні допомоги збудженому хворому до прибуття транспорту для його переведення в психіатричну лікарню необхідно забезпечити безпеку пацієнта і людей, які його оточують.

Високий ризик суїциду або гомоциду. Особливу небезпеку для життя психічнохворого і людей, які його оточують становлять суїцидальні і гомоцидні дії. Це дії особи із психічним захворюванням, спрямовані на самогубство, вбивство незнайомих і знайомих людей, а також своїх родичів і близьких. Основними їх причинами є:

1. Наказові (імперативні) галюцинації, коли голоси наказують хворому вбити конкретну людину.
2. Маячення впливу, переслідування, отруєння, ревнощів, спрямоване на конкретних осіб.
3. Маячні ідеї депресивного хворого про те, що його родичі й знайомі переживають такі ж нестерпні душевні муки, як він сам, призводять до впевненості, що хворий перед самогубством повинен їх умертвити, щоб близькі йому люди не мучились.

4. Прояв моторного автоматизму, коли хворий мимоволі виконує дії суцидального або гомоцидного характеру, відчуваючи, що його рухами і вчинками керує сила, якій він не може протистояти.

5. Затьмарення свідомості: делірій, епілептиформне збудження при запаморочливих станах, патологічний афект, патологічне сп'яніння.

6. Імпульсивні дії. Хворі, схильні до гомоцидних дій, психіатричною ЛКК визнаються соціально небезпечними. Після скоєння гомоцидного акту психічно хворих за рішенням суду примусово лікують у спеціалізованих психіатричних лікарнях.

Високий ризик насилля, спрямованого на інших осіб. Визначення: стан, при якому індивід здатний проявляти форми поведінки, небезпечніші для інших осіб.

Характерні симптоми й етіологічні фактори:

1. Агресивна поза; міміка і пантоміміка (напружена поза, стиснуті кулаки, щелепи, словесні погрози тощо).

2. Руйнівна поведінка.

3. Підвищена рухова активність з подразливістю і збудженням.

4. Неточне сприймання ситуації.

5. Напади люті.

6. Виражена дисфорія.

7. Порушення сприймання (галюцинації, ілюзії).

8. Наявність маячення.

9. Стани сплутаної свідомості.

10. Порушення контролю за потягами.

11. Володіння небезпечним предметом (ножем, рушницею тощо).

12. Зловживання алкоголем або наркотиками, сп'яніння й абстиненції.

13. Насилля в анамнезі.

Практичні поради клінічному психологу

◆ Найчастіше агресія є наслідком психотичного стану. Потрібно вчасно помічати зміни в психічному стані хворих.

◆ Ризик агресії підвищується, коли є доступ до небезпечних предметів. Наслідки агресії стають тяжчими.

◆ Велика кількість подразників посилює неадекватність поведінки. Зменшіть кількість подразників (невелика кількість людей, тиша, слабе освітлення).

◆ Дії психічнохворих з агресивними тенденціями нерідко є непередбаченими масштабами самої агресії. Забезпечте достатню кількість помічників для гарантування безпеки під час надання допомоги. Це продемонструє хворому силу і доказ контролю над ситуацією.

◆ Тривога є заразною і може передатись від вас хворому, що посилить його агресивні тенденції. Поводьте себе біля нього спокійно, не залякуйте, пригнічуйте в собі страх і тривогу.

◆ Агресивна поведінка одного хворого може індукувати аналогічну поведінку в інших. Ізолюйте хворого, який знаходиться в стані збудження.

◆ Правильна орієнтація зменшує інтенсивність психотропного збудження. Переривайте періоди неправильної орієнтації і повторно орієнтуйте хворого.

◆ Грубе застосування фіксації збуджує хворих. Адекватно використовуйте фіксацію.

◆ Проговорювання переживань зменшує афект. Дайте можливість хворому "викричати" свій гнів.

◆ Агресивні дії необхідно попереджувати. Поки стабільно не покращиться стан хворого, він повинен перебувати на режимі суворого нагляду.

Високий ризик спрямованого на себе насилля. Визначення: стан, при якому індивід проявляє форми поведінки, небезпечні для нього.

Характерні симптоми й етіологічні фактори:

1. Депресивний настрій.

2. Відчуття власної нікчемності.

3. Гнів, обернений на себе.

4. Неадекватне переживання власної вини.

5. Численні невдачі.

6. Відчуття самотності.

7. Безнадійність.

8. Помилкова інтерпретація дійсності.

9. Прямі або опосередковані заяви про намір здійснити суїцид.

10. Наявність суїцидних дій у минулому.

11. Вирішення справ, складання заповіту; роздавання і дарування свого майна.

12. Наявність галюцинацій.

13. Заяви про безнадійність і безперспективність відносно покращання умов свого життя.

14. Саморуйнівна поведінка (зловживання алкоголем, наркотиками, захоплення азартними іграми).

Практичні поради клінічному психологу

◆ Ризик суїциду значно збільшується, коли хворий поставив перед собою конкретну мету і, особливо, коли в нього були знаряддя і засоби для здійснення самогубства. Потрібно поставити йому ряд прямих запитань: "Чи були у вас думки про самогубство? Якщо так, то що саме Ви планували зробити? Чи були у вас знаряддя і засоби для його здійснення?".

◆ У хворого з'являється впевненість і надійність, коли він відчуває, що до нього ставляться, як до людини, що йому приділяє увагу шанована ним особа. Проводьте максимум часу з хворим, якнайбільше з ним розмовляйте.

◆ Обговорення суїцидних переживань із людиною, яка викликає довіру, приносить хворому значне полегшення. Обговорюйте з ним його переживання, намагайтесь довести неадекватність його намірів.

◆ Депресія і суїцидальні форми поведінки є маскою гніву, поверненою на себе. Якщо цей гнів виразити словесно або переключити свою психічну енергію на іншу діяльність, можна буде полегшити переживання, незважаючи на супровідний дискомфорт. Дайте можливість хворому словесно виразити своє незадоволення.

◆ Фізична діяльність знімає приховане нервово-психічне напруження. Стимулюйте фізичну активність хворого (біг "підтющем", боксерський бій з грушею тощо).

◆ Наявність конкретного плану само- і взаємодопомоги під час кризи допомагає попередити суїцидну спробу.

Високий ризик самопошкоджень. Визначення: стан, при якому індивід має підвищений ризик нанести собі не смертельну травму.

Фактори, пов'язані з етіологією, і фактори ризику:

1. Анамнестичні відомості про форми поведінки з пошкодженням тіла (кусання, дряпання, удари головою, висмикування волосся).

2. Депресивні стани.

3. Переживання дереалізації.

4. Демонстративна поведінка з метою маніпулювання іншими людьми.

5. Низька самооцінка.

6. Невирішена реакція горя.

7. Напади лютості.

8. Підвищений рівень тривоги.

9. Повторні настирливі скарги, вимоги і прохання.

10. Підвищена рухова активність, збудження, подразливість, неспокій.

11. Дії з нанесенням собі фізичних пошкоджень (різаних ран, опіків, передозування ліків тощо).

Практичні поради клінічному психологу

Ігнорування дезадаптивним способом поведінки здебільшого зменшує частоту його використання.

◆ Фізичні вправи є безпечним і ефективним способом послаблення відчуття внутрішнього напруження. Ширше застосовуйте щодо хворого працетерапію. Дайте йому можливість розрядитись, виконуючи фізичні вправи (біг підтющем, заняття з боксерською грушею тощо).

◆ Демонстрація хворому доказів контролю за ситуацією зменшує ризик деструктивної поведінки. Забезпечте достатню кількість персоналу, щоб при необхідності показати йому силу.

Високий ризик травмування. Визначення: стан, при якому індивід має високий ризик пошкоджень, пов'язаний з умовами навколишнього середовища, що взаємодіють із психічним і фізичним станом людини.

Фактори, пов'язані з етіологією, і фактори ризику:

1. Органічне ураження головного мозку, що супроводжується такими симптомами:

- порушення орієнтування і стан сплутаної свідомості;

- фізична слабкість;

- епілептичні напади;

- послаблення зору;

- психомоторне збудження.

2. Наявність галюцинацій.

3. Наявність маячення.

4. Стани інтоксикації (алкогольної, наркоманічної, токсикоманічної тощо).

5. Абстинентний синдром.

6. Тривога панічного рівня.

7. Нестійкість показників життєво важливих функцій (втрата свідомості, колапс тощо).

8. Психопатія.

9. Дисфорія.

10. Синдром гіперактивності в дітей.

Характерні симптоми:

1. Човгання і спотикання.
2. Падіння, зумовлені порушенням координації рухів.
3. Забої об меблі та одвірки.
4. Перебування в умовах низької температури в легкому одязі.
5. Нанесення собі порізів при користуванні гострими предметами.
6. Невдалі спроби запалити газ або залишення його запаленим в анамнезі.
7. Куріння в ліжку, залишення запалених сигарету різних місцях.
8. Безцільні й некоординовані рухи.
9. Галюцинаторна поведінка.
10. Маячна поведінка.
11. Психомоторне збудження.
12. Ознаки інтоксикації.
13. Гострі ознаки абстиненції.
14. Дезорієнтування в навколишньому середовищі.
15. Психомоторне збудження.
16. Деструктивні форми поведінки.
17. Гнів, спрямований на людей.
18. Спалахи гніву - хворий починає руйнувати предмети (бити посуд, ламати меблі).

Практичні поради клінічному психологу

- ◆ Необхідно знати рівень функціонування хворого (його психічний і фізичний стан), щоб розробити план необхідної психологічної допомоги. Оцініть психічний і фізичний стан хворого.
- ◆ Надмірна кількість подразників посилює збудження. Зменшіть її.
- ◆ Посильні фізичні навантаження зменшують гіперактивність. Рекомендуйте гіперактивному хворому посильні фізичні навантаження.
- ◆ Адекватне застосування психофармакотерапії зменшує рухову активність хворого.

Відмова (або неможливість) вживати їжу. Небезпеку для здоров'я хворого, а іноді й для його життя, становить активна *відмова вживати їжу*, або тривала неможливість її приймати внаслідок безпорадного стану [34, с.61-13].

Активна відмова вживати їжу, в основному, зумовлена:

1. Наявністю у хворого слухових імперативних галюцинацій, при яких голоси забороняють йому вживати їжу, або слухових галюцинацій, які лякають, що їжа отруєна.
2. Наявністю нюхових і смакових галюцинацій, при яких їжа здається смердючою й огидною (тхне "трупним запахом", має "огидний смак").
3. Негативістичною поведінкою хворого.
4. Наявністю маячення отруєння.
5. Наявністю нігілістичного маячення Котара ("шлунок і кишечник всохли", "їжа не перетравлюється, а тому її не можна їсти").
6. Наявністю вираженого депресивного синдрому з маячними ідеями самозвинувачення.
7. Наявністю нервової анорексії.
8. Симуляцією психічного захворювання або хвороби шлунково-кишкового тракту.
9. Установча реакція типу надцінних ідей на вживання звичайної в даній популяції їжі представниками деяких релігійних сект (наприклад "Білого братства", секти "Наступники індуїзму", мусульман на вживання свинини тощо).
10. Гострий період вираженого абстинентного синдрому в наркоманів.

Основними причинами безпорадного стану, які роблять неможливим приймання їжі, є:

1. Тривалі стани глибокого виключення свідомості (сопор, кома).
2. Тривалі стани вираженого затьмарення свідомості (аменція, делірій, онейроїд).
3. Тотальне слабоумство і стан маразму.
4. Стани вираженого ступору (особливо кататонічного).

5. Неможливість вживати воду і рідку їжу (є характерною ознакою сказу).

Галюцинації. Визначення: вигадані, несправжні сприймання неіснуючого об'єкта, суб'єкта або явища, що виникають на хворобливій основі й є для хворого дійсним сенсорним відображенням об'єктивної реальності.

Можливі етіологічні фактори:

1. Гострі й хронічні психози.
2. Інтоксикація наркотичними, токсикоманічними, лікарськими та іншими речовинами.
3. Депривація сну.

Характерні риси і симптоми:

1. Сприймання нереальних об'єктів, суб'єктів або явищ.
2. Поза і міміка "прислуховування".
3. Немотивований сміх.
4. Немотиваний переляк.
5. Розмова із самим собою.
6. Замовкання під час розмови, щоб прислухатись, придивитись, принохатись тощо.
7. Неадекватні емоції.
8. Неадекватні реакції.
9. Порушення орієнтування в навколишньому світі, власній особі або обставинах.

Практичні поради клінічному психологу

◆ Звертайте увагу на об'єктивні ознаки галюцинацій (поза прислухання, сміх або розмова із самим собою, раптове припинення розмови тощо). При розвитку психомоторного збудження вживайте адекватних заходів.

◆ Безпека хворого є пріоритетом у справі клінічного психолога. Переконайте хворого в безпеці, якщо він реагує страхом на оточуюче.

◆ Зменшення кількості подразників покращує формування правильного сприймання людей. Зменшуйте кількість подразників в обстановці, що оточує хворого (бажані низький рівень шуму, невелика кількість людей, проста обстановка в палаті).

◆ Правильне орієнтування покращує якість сприймання. Не погоджуйтесь механічно з галюциаторними переживаннями хворого. Переконайте хворого в тому, що його відчуття не справжні.

◆ Ваш дотик до хворого він може сприйняти як загрозливий і відповісти на нього агресією. Не доторкайтесь до нього. Тримайте дистанцію між собою і хворим.

◆ Позитивне ставлення до хворого посилює довіру. Не смійтесь над ним, приділяйте йому увагу.

-Переключення уваги хворого зменшує інтенсивність галюцинацій. Намагайтесь відволікати його увагу від галюцинацій.

-Підтримуйте і підбадьоруйте хворого, в якого з'явилося відчуття дереалізації.

Маячення. Визначення: маячними ідеями є несправжні умовиводи і судження, які не відповідають дійсності, виникають на хворобливій основі й не піддаються критиці та корекції [34:61].

Єдиною причиною виникнення маячення є психоз, який включає:

1. Висловлювання маячних ідей.
2. Неадекватна поведінка, яка відображає сутність маячного мислення:
 - агресія й дезадантатія;
 - уникання контактів;
 - відмова від їжі, пиття і медикаментів;
 - боротьба з вигаданими переслідувачами;
 - неадекватна настороженість і внутрішня напруженість;
 - неправильна інтерпретація обстановки.

Практичні поради клінічному психологу

◆ Заперечення маячної впевненості хворого не приносить користі. Це не переконує хворого в неправильності його суджень, а навпаки, посилює віру в його правоту. Не сперечайтесь із ним відносно його маячення, але і не підтримуйте його переконань. Маячні ідеї зникнуть тоді, коли закінчиться психоз.

◆ Розповідь про власні переживання в спокійній обстановці полегшує психічний стан хворого. Дайте йому можливість розповісти про те, що в нього на душі, не насміхаючись над дивними висловлюваннями.

◆ Нерідко ступінь інтенсивності маячення має зв'язок із вираженням тривоги. Навчіть хворого прийомам, за допомогою яких можна зменшити вираження тривоги (глибоке дихання, релаксація, метод "стоп-думок").

◆ Постійні думки на маячну тематику посилюють маячення. Відволікайте хворого від маячних думок. Якнайбільше розмовляйте з ним про реальні події і реальних людей. Переключайте думки, увагу і діяльність хворого на раціональну діяльність.

Тривога. Визначення: відчуття незрозумілого неспокою, джерело якого часто не є чітко визначеним або невідоме індивіду.

Етіологічні фактори і характерні симптоми, які підтверджують стан тривоги:

1. Надмірна збудливість.
2. Боягузливість.
3. Відчуття невідповідності й неадекватності.
4. Страх перед невідомим.
5. Неспокій.
6. Безсоння.
7. Послаблення очного контакту.
8. Зосередженість на собі.
9. Зниження уваги.
10. Демонстративна поведінка, яка спрямована на самоусвідомлення.
11. Тахікардія і часте дихання.
12. Страх збожеволіти.
13. Вегетативні розлади.
14. Нічні жахи.

Практичні поради клінічному психологу

- ◆ Зрозуміти стан хворого допомагають довірливі відносини між ним і психологом. Ставтесь до хворого з істинною повагою.
- ◆ Діяльність із фізичними навантаженнями зменшує у хворого відчуття внутрішньої напруженості й рівень тривоги і приносить йому користь. Пропонуйте хворому види діяльності, що сприяють зменшенню напруженості й послабленню тривоги (піші прогулянки, біг підтюпцем, спортивні ігри, виконання домашніх обов'язків тощо).
- ◆ Тривожний хворий часто не усвідомлює наявності тривоги. Нерідко надмірно використовують механізми захисту: проєкції і перенесення. Поясніть хворому істинне положення речей. Переконайте його в тому, що потрібно вживати заходів, спрямованих не проти якогось симптому (наприклад безсоння), а проти тривоги.
- ◆ Тривога може породжувати підозрілість і неправильну інтерпретацію вчинків та дій людей, які оточують хворого..
- ◆ Наявність реального плану дій надає хворому відчуття впевненості, необхідної для того, щоб успішно впоратись із тяжкою ситуацією.
- ◆ Коли тривога зменшиться, допоможіть хворому створити варіанти адекватних реакцій на відповідну ситуацію, яка може бути в майбутньому. Допоможіть хворому розпізнавати ознаки тривоги, яка зростає.

Страх. Визначення: переживання небезпеки, джерело якої хворий вважає реальним.

Можливі етіологічні фактори:

1. Специфічні фобії.
2. Перебування в ситуації, з якої тяжко вийти.
3. Ніяковіття перед іншими людьми.

Характерні симптоми:

1. Відмова залишатись наодинці.
2. Відмова перебувати в людних місцях.

3. Страх перед певними об'єктами або ситуаціями, які викликають фобії.

4. Розвиток неспокою або подразнення вегетативної нервової системи при дії об'єкта або ситуації, що викликає фобію.

Практичні поради клінічному психологу

◆ Найбільшим страхом у хворого є страх за своє життя. Переконайте його, що він у безпеці.

◆ Розуміння особливостей сприймання й осмислення хворим об'єкта або ситуації, що викликають фобію, дають можливість створити реальний план допомоги хворому. З'ясуйте психічний стан.

◆ Хворий повинен змиритись із реальною ситуацією (аспекти якої змінити неможливо) перед тим, як робота щодо зменшення страхів почне просуватись вперед. Виясніть разом із хворим, що можна змінити, а що змінити неможливо.

◆ Наявність у хворого вибору дій забезпечує певну міру контролю над ситуацією. Розгляньте з хворим альтернативні рішення стратегії і тактики поведінки.

◆ Вербалізація (проговорювання) переживань допомагає хворому змиритись із своїм положенням. Дайте йому можливість виговоритись.

◆ Страх викликає вегетативну дисфункцію, а розлади вегетатики починають страх. Необхідно ліквідувати або зменшити вегетативні й соматичні розлади, які виникають при наявності страху.

◆ Напади серцевого болю обов'язково викликають напади панічного страху.

Порушення формули сну. Визначення: зміни часу сну, що викликає у хворого відчуття дискомфорту або заважає йому вести бажаний спосіб життя.

Можливі етіологічні фактори:

1. Наявність тривоги.
2. Наявність страху.
3. Ситуаційні кризи.
4. Зміна обстановки.
5. Наявність маячного мислення.
6. Наявність галюцинацій.
7. Наявність депресії.
8. Маніакальний стан та інші форми психомоторного збудження.
9. Відчуття безнадійності.

Характерні симптоми порушення сну:

1. Скарги на утруднене засинання.
2. Раннє пробудження.
3. Переривчастий сон.
4. Часте позіхання.
5. Байдужість, апатія.
6. Недостатність енергії.
7. Темні кола під очима.
8. Дрімота без засинання.
9. Бажання заснути протягом дня.
10. Відсутність відчуття відпочинку.

Практичні поради клінічному психологу

◆ Перед тим, як запропонувати допомогу, необхідно уточнити дійсний стан. Спостерігайте за схемою його сну. Виявляйте обставини, які впливають на сон хворого.

◆ Порушення сну можуть викликати страхи і тривогу. Виясніть емоційний стан хворого.

◆ У присутність людини, яка викликає довіря, у хворого виникає відчуття впевненості й безпеки.

◆ Приймання стимуляторів нервової системи може порушувати сон.

◆ Заспокійливі процедури полегшують засинання. Застосовуйте заспокійливі процедури (розтирання спини, релаксація під спокійну музику, тепле молоко, тепла ванна тощо).

◆ Людина звикає до стереотипного циклу відпочинку і неспанья. Встановіть визначений час для сну і не допускайте відхилень від цього графіка.

◆ Сон астенизованих хворих є поверхневим і чутливим. Рекомендуйте родичам хворого зберігати режим тиші під час нічного сну.

Патологічна реакція горя. Визначення: реакція у відповідь на реальну або уявну втрату, при якій індивід зациклюється на одній із стадій процесу переживання реакцій горя протягом тривалого періоду часу, або стан, коли звичайні симптоми реакції горя перебільшуються до такого ступеня, що порушують функціонування людини в повсякденному житті [65:13].

Можливі етіологічні фактори:

1. Реальна або уявна втрата важливого суб'єкта або об'єкта.
2. Перевантаження важкими втратами.
3. Переживання вини від втрати.

Характерні симптоми:

1. Ідеалізація втраченого.
2. Розумове "переживання" втрати.
3. Лабільність афекту.
4. Зниження уваги.
5. Зменшення інтересу до звичних справ.
6. Зміна звичок, сну, статевої активності.
7. Надмірний гнів.
8. Настирливість в анамнезі.
9. Депресивний настрій.
10. Порушення соціального функціонування.
11. Симптом психічного регресу.
12. Страх самотності.

Практичні поради клінічному психологу

◆ Знання вихідних даних є необхідною умовою для створення реального плану допомоги хворому. Зберіть детальний суб'єктивний і об'єктивний анамнез.

◆ Довірливе ставлення до хворого полегшує його стан. Приймайте хворого таким, яким він є. Встановіть із ним довірливі стосунки.

◆ Проговорювання своїх переживань полегшує психічний стан хворого. Дайте йому можливість виговоритись.

◆ Хворий повинен відмовитись від ідеалізації сприймання й надмірного осмислення втрати та прийняти як негативні, так і позитивні її сторони. Стимулюйте хворого переосмислити втрату, обережно вкажіть йому на дійсне положення речей.

◆ Позитивний зворотний зв'язок підвищує самооцінку. Підтримуйте постійний контакт із хворим, дайте йому відчуття, що він користується увагою і повагою.

◆ Інтереси хворого необхідно переключити на іншу діяльність (інколи навіть тимчасово). Переключіть його увагу на дітей, релігію, догляд за іншими хворими, працетерапію, фізичні навантаження.

У даному випадку лікують час і зміна установки. Психотропну терапію використовують на етапі надто гострих явищ. Основними є психотерапевтична робота клінічного психолога, а не „заспокоєння” за допомогою психотропних препаратів.

6.2. Основи психологічного впливу

Сьогодні медицина все більше звертається до особистості хворого, сприймання пацієнта як громадянина, який має свої інтереси і володіє законними правами. Помітно зменшені соціальні обмеження, котрі ще недавно автоматично наставляли за встановленим діагнозом психічного захворювання. Психіатричні лікувальні заклади перестали виконувати свою традиційну роль "ізолятора" осіб з порушеннями психіки і перетворилися на заклади, де створюються всі умови (в тому числі і психологічний клімат), спрямовані не на хворобу, а на особистість хворого. Біологічна терапія психічних розладів, препарати цілеспрямованої дії на "синдром-мішень" стають лише частиною комплексу медико-соціальних заходів, а в деяких випадках взагалі відходять на задній план і на перший виступає психотерапія, реабілітація та ресоціалізація хворих, в тому числі надання допомоги на дому [20:13].

Переорієнтація психіатричної служби з "ізоляції" хворих на ділове і психологічне партнерство з ними призвело до необхідності переосмислити роль психолога в системі медичної і соціальної допомоги пацієнтам з психічними порушеннями.

В центрі практичної діяльності медичного психолога, який працює з пацієнтами з психічними порушеннями, є специфічні психічні реакції психологічні проблеми хворих, які виникають у них внаслідок психічного захворювання. Таким чином, основною роллю медичного психолога, які обслуговують пацієнтів з психічними порушеннями, є психотерапія і налагодження відповідного догляду за ними.

В межах цих основних завдань медичний психолог повинен проводити такі види діяльності:

- ◆ Допомогати хворому чітко визначити проблеми, які негативно впливають на його здатність функціонувати в якості незалежної особистості.

- ◆ Навчати хворого і допомагати йому зберігати та удосконалювати власні можливості і резерви, а також пристосовуватись до нових умов життя, змінених наявністю психічного захворювання.

- ◆ Брати участь у розробці і впровадженні в практику заходів, спрямованих на попередження і усунення ознак психологічної залежності у пацієнтів з психічними порушеннями, пом'якшувати сприйняття оточуючої їх обстановки. Змінювати жорсткий обмежувальний лікарняний режим на більш вільний ("домашній"), створюючи умови для відпочинку і розвиваючи гуманні взаємовідносини з хворими, які спрямовані на покращання лікувального ефекту.

- ◆ Брати участь у розробці і виконанні індивідуальних програм активної реабілітації та соціальної терапії пацієнтів з психічними порушеннями.

- ◆ Проводити самостійну психологічну практику в плані підтримувальної терапії пацієнтам з психічними порушеннями, із стабілізованими хронічними психічними захворюваннями, які знаходяться у будинках-інтернатах системи соціальної допомоги.

- ◆ В рамках своєї компетенції повинен проводити психодіагностику і оцінювати психічний стан хворого із встановленням ситуаційного психологічного діагнозу і наступним проведенням обґрунтованих заходів на психологічному рівні.

- ◆ Виявляти ранні ознаки погіршення психічного стану хворих, які знаходяться за межами стаціонару, включаючи загрозу самопошкоджень і ризик суїциду, погіршення соматичного стану і можливість загрози для здоров'я і життя навколишніх.

- ◆ Налагоджувати і підтримувати ділові зв'язки з сімейними лікарями і родичами хворого, та допомагати їм засвоїти необхідні навички з психологічного догляду за пацієнтами, у яких спостерігаються порушення в психічному стані.

- ◆ Вести активне психологічне спостереження за виписаними із стаціонару хворими.

Будь-яка діяльність медичного психолога повинна органічно включати в себе елементи психотерапії.

Спокійний, впевнений і тактовний стиль поведінки, грамотна мова без професійного жаргону, лагідне ставлення позитивно впливають на гіпноїдність хворого, навіюють впевненість, що йому приділяють належну увагу і він не стане обтяжливим тягарем для психолога.

Високий професіоналізм у темпі і якості виконання роботи медичного психолога позитивно впливає на душевний стан хворого, укріплює його віру в дієвість всіх ланок медичної та психологічної допомоги. І навпаки, поспішність або безглузда метушливість, надто виражена млявість (стиль діяльності, котрий прийнято характеризувати словами "спить на ходу"), відволікання дій і маніпуляцій породжують усвідомлену або підсвідому невпевненість і тривогу за ефективність лікувального процесу.

Велике психотерапевтичне (а поряд з цим психогігієнічне і психопрофілактичне) значення має забезпечення охоронного режиму, що передбачає спокійну обстановку, мінімальне подразнення психіки хворого, забезпечення міцного сну [73:39].

Таким чином, вся робота медичного психолога містить елементи психотерапії.

Крім загальнотерапевтичного впливу, медичний психолог повинен володіти певними методами спеціальних психотерапевтичних прийомів і бути в достатній мірі ознайомленим з механізмом їх впливу на психічний і загальний стан хворого.

Передусім всі медичні психологи, які мають психологічну освіту, повинні уміти користуватись раціональною психотерапією. Психотерапевтична бесіда повинна бути спрямованою на роз'яснення хворому його хворобливих відчуттів і переживань. Хворі повинні знати, що є органічні ураження і функціональні прояви. Згідно з феноменом Йореса, інтенсивність суб'єктивно неприємної симптоматики в основному залежить саме від функціональних розладів, які не є небезпечними для життя. Якщо у хворого має місце органічне ураження якогось органа чи системи, потрібно допомогти хворому об'єктивно сприйняти свій дійсний стан, але не перетворювати факт захворювання в трагедію, не панікувати, а підтримувати на належному рівні і постійно пояснювати його можливості.

Комплексна психотерапія повинна органічно включати в себе активуючий ефект (вплив "позитивного лідера" і видужуючого хворого). Медичний психолог повинен уміти застосовувати різноманітні методи впливу на психічний і фізичний стан хворого, що поєднують активуючий і відволікаючий ефекти (гігієна і оздоровча гімнастика, диференційована трудо- і культтерапія, стимулюючі фізпроцедури тощо) [88:69].

Основним видом психотерапії, котрій найчастіше використовує медичний психолог у своїй практиці, є проведення цілеспрямованих бесід із хворими. Медичний психолог більше, ніж лікар, проводить часу з хворими і повинен раціонально використовувати цей фактор. Проте потрібно завжди пам'ятати, що слово є дієвим засобом впливу на психіку і загальний стан хворого, а тому користуватись ним потрібно уміло. При проведенні бесід психотерапевтичного спрямування необхідно усвідомлено використовувати деякі основні психологічні фактори.

Психологами встановлено, що найкраще і найміцніше запам'ятовується інформація, яка передається спочатку і в кінці розмови. Отже, психотерапевтичну бесіду необхідно закінчувати основною думкою. Важлива інформація повинна бути повтореною два-три рази в різних аспектах. Частіше повторення може викликати підсвідомий ефект "протидії". Кожна людина має свій індивідуальний ступінь навіювання, внаслідок якого певна частина інформації сприймається мимовільно і без належної критики. Посилює гіпноїдність авторитет психолога і відповідний стиль спілкування [61:29].

Медичний психолог повинен дбати про свій авторитет та імідж, а також про авторитет медичного персоналу. Потрібно пам'ятати про "авторитет друкованого слова". Медичний психолог при можливості повинен давати читати хворим популярну літературу і статті з часописів, що носять пізнавальний і рекомендаційний характер щодо захворювання, яке є у хворого. Непересічне значення має задоволення ("вгамування") природної потреби людини "вказати", що її турбує.

Медичний психолог має більше часу для неформального спілкування з хворим, ніж лікар. Вислуховувати хворого потрібно в спокійній, бажано інтимній обстановці, виражаючи свої співчуття, розуміння і симпатію. Після того, як медичний психолог вислухає хворого, бажано дати оптимістичну настанову психокорегуючого характеру.

Віруючі хворі можуть полегшити свій душевний стан, висповідавшись священникові, або у молитовних звертаннях. Медичний психолог повинен поважати релігійні почуття віруючих, але розвінчувати забобони і навколomedичне шарлатанство.

Психологами і психотерапевтами встановлено, що ступінь гіпноїдності значно підвищується у вечірній час і особливо перед сном. Крім цього, під час сну отримана інформація переробляється і міцно засвоюється людиною. Тому вечірня пора є найбільш оптимальною для більшості методів психотерапії, в тому числі і для проведення психотерапевтичних бесід.

Під час нападу "истерик" у хворих з істероїдними рисами поведінки сторонні люди повинні вийти з кімнати, бо метушня і "співчуття" зтягують тривалість нападу. І навпаки, бажано, щоб біля хворого з психоастеничними рисами характеру довше залишався "позитивний лідер".

Дійовими методами психотерапії, які можуть успішно застосовуватись у практичній діяльності медичного психолога, є нервово-м'язова релаксація, вольова регуляція дихання і автотренінг [37:19].

Методика нервово-м'язової релаксації. Потрібно зняти або ослабити деталі одягу, які стискають тіло або обмежують рухи. Необхідно зайняти максимально комфортне положення.

Повільно зробіть якомога глибший вдих, для цього максимально напружте дихальні м'язи. Після глибокого вдиху розслабтесь і пасивно видихніть все повітря. Відчуйте напруження і розслаблення і зафіксуйте у пам'яті ці відчуття. Зробіть паузу 5-10 сек.

Поставте обидві стопи всією поверхнею на підлогу. Максимально підніміть обидві п'яти, не відриваючи пальців ніг від підлоги. Розслабте м'язи, щоб п'ятки пасивно "упали" на підлогу. Те саме проробіть з пальцями ніг, не відриваючи п'яток від підлоги. Намагайтесь відчуті поколювання, тепло і, можливо, важкість в нижніх частинах ніг, що є свідченням розслаблення м'язів гомілки (пауза 20 сек).

Випрямте ноги під кутом 90 градусів до тулуба. Відчуйте напруження м'язів живота і передніх м'язів стегон. Розслабте ці м'язи. Потім відірвіть пальці ніг від підлоги, а п'ятки щосили притисніть до неї, ніби ви на пляжі зариваєте п'ятку у пісок. Відчуйте напруження і розслабте ноги. Запам'ятайте відчуття розслаблення м'язів стегон (пауза 20 сек).

Як найміцніше одночасно стисніть пальці обох рук у кулаки, потримайте кілька секунд і розслабте пальці. Щоб проробити протилежні м'язи, розсуньте якомога ширше "віялом" розправлені пальці рук, а через кілька секунд розслабте їх. Сконцентруйте на відчутті тепла і поколювання в кистях рук і передпліччях (пауза 20 сек).

Максимально підніміть плечі пфпендикулярно вгору, ніби бажаєте плечовими суглобами доторкнутись до вух. Потримайте плечі в такому положенні, відчуйте важкість в плечах і розслабтесь. Потім максимально опустіть плечові суглоби вниз і також розслабтесь (пауза 20 сек).

Посміхніться якомога ширше. Через кілька секунд розслабтесь. Міцно стисніть губи, щоб вони зайняли найменшу площу, а потім розслабте їх. Міцно заплющіть очі, а потім вільно розслабте їх. Тримаючи очі заплющеними, якомога вище підніміть брови, затримайте таку міміку і розслабтесь (пауза 15 сек) [74:65].

Таким чином ви розслабили більшість основних м'язів вашого тіла. Для того, щоб переконатись у розслабленні, інструктор перераховує м'язи, а пацієнт розслаблює їх і викликає у себе специфічні відчуття розслаблення: "Ви відчуєте, як розслаблення спускається теплою хвилею по всьому вашому тілу. Відчуйте спочатку розслаблення м'язів лоба: воно спускається вниз до очей, до щік, ви відчуваєте, як розслаблюються щелепи, шия, груди, плечі, як розслаблення сягає кистей рук. Розслаблення спускається до ніг, стегон, гомілок, аж до стоп. Ви відчуваєте важкість у всьому тілі. Це відчуття є приємним. Після певного часу насолодження цим відчуттям ви переходите в свій звичайний стан".

Одним з дійових видів аутотренінгу є самонавіювання. Існує декілька методик самонавіювання, з котрих медична сестра повинна користуватись хоч би методом "короткого заклинання".

Найбільш типовими формулами навіювання є: "моє тіло легке і приємне", "моя голова ясна і світла", "я почуваю себе легко та вільно", "моє дихання легке та спокійне", "моє серце працює спокійно та ритмічно", "з кожним днем мені стає все краще та краще", "я почуваю себе спокійно". Потрібно пам'ятати, що при самонавіюванні, як і при навіюванні, не бажано вживати слова "не" (наприклад замість формули "мене «зболить голова» бажано використовувати формулу "моя голова легка і ясна"). Кількість повторювань за день може коливатися від 20 і більше. Слід пам'ятати, що повторення формул самонавіювання не повинно бути механістичним та необдуманим, в кожне речення потрібно вдумуватися, вкладати в нього своє бажання та емоції. Психотерапія повинна бути спрямована на конкретну мету.

Великої душевності і такту в поєднанні з високим професіоналізмом вимагає проведення психотерапевтичних заходів при роботі з хворими, у яких захворювання суттєво обмежує звичайні можливості або тривалість самого життя хворого. Якщо хвороба обмежує звичний стиль життя хворого, необхідно акцентувати свою діяльність на заходи, котрі повинні бути спрямованими на перебудову особистіших орієнтирів хворого, примирити його з об'єктивним положенням речей і самого хворого з собою. Хворий не повинен панікувати, а свою життєву енергію повинен спрямовувати не на протест заради самого протесту, а на збереження і тренування залишкових функцій і можливостей організму [4:34].

Комплексні психотерапевтичні заходи при лікуванні психічних захворювань повинні сприяти вирішенню наступних завдань:

- ◆ встановлення належного контакту з медиками, позитивне ставлення до діагностичних і лікувальних заходів і умов лікувального закладу;
- ◆ підтримка навичок самообслуговування і надання допомоги медичному персоналу з обслуговування інших хворих;
- ◆ активне читання хворим художньої літератури і часописів, прослуховування радіопередач, перегляд телепрограм, настільні ігри, музика, пісні, вишивання, малювання і створення художніх виробів тощо;
- ◆ перебудова емоційної установки до конфліктних відношень, усвідомлення факту захворювання і необхідності тривалого лікування, укріплення віри у видужання або покращання стану;
- ◆ відновлення контакту з членами сім'ї, побутової і професійної працездатності;
- ◆ ліквідація окремих хворобливих проявів за допомогою психотерапевтичних заходів.

Хвороби є різні, в тому числі і невиліковні. Людина є єдиною істотою, яка усвідомлює неминучість смерті. Закінчити свій життєвий шлях людина повинна гідно. Неможливо дати уніфікований рецепт поведінки психологів щодо тактики при обслуговуванні невилікованого або помираючого хворого, але в кожному окремому випадку найважливішим є великий такт. Не можна отруювати останній період життя людини. Так, біля хворого, що знаходиться навіть у безсвідомому стані, не повинні звучати ранимі чи образливі слова. Глибина втрати свідомості може змінюватись і хворий може сприймати те, про що біля нього говорять.

В цих та подібних випадках потрібно діяти за принципом або молитовним зверненням.

Боже, дай мені Розум і Душевний спокій прийняти те, що я не в силі змінити. Мужність - змінити те, що я можу. Мудрість — відрізнити одне від другого.

Нарешті, слід відмітити, що хвороба впливає не лише на самого хворого, а і на психічний стан членів його сім'ї і близьких. Тому комплексна психотерапія обов'язково повинна в себе органічно включати і сімейну психотерапію.

Родичі і близькі хворого повинні отримати від психологів необхідний мінімум знань щодо особливості внутрішньої картини захворювання у конкретного хворого. Якщо у хворого з'явилися ознаки психопатизації, потрібно пояснити родичам сутність цих проявів і переконати в їх минулості, націлити оточуючих не акцентувати свою увагу на тимчасову своєрідну реакцію хворого, обумовлену його хворобою. Одним із важливих завдань сімейної психотерапії повинна бути профілактика психічної залежності родичів.

З методів психотерапії, в яких бере участь медичний психолог або навіть ініціювати самостійне проведення їх після певної професійної підготовки рекомендують такі:

Арттерапія (АТ). Метод спирається на ідею Зигмунда Фрейда про те, що внутрішнє "Я" може бути виражене у візуальній формі за допомогою спонтанного малюнка, ліплення, живопису. Арттерапію використовують для звільнення від конфліктів і сильних переживань, пришвидшення творчого процесу, як додаток для інтерпретації і діагностики (тест фантастичної тварини і дерева), силу, що дисциплінує і контролює, засіб розвитку уваги до почуттів [12:66].

Арттерапія - це реалізація дійової уяви, а не прояв художнього таланту. Підкреслюється роль сублімації- непрямого задоволення антисоціальних імпульсів (наприклад, дитячі малюнки на тему війни).

Акцентують увагу на вільних асоціаціях і самостійному вивченні значення своєї роботи.

Варіант. Групова АТ: групова фреска, загальний груповий портрет, образ. Стимулюють членів групи довіряти своєму власному сприйняттю і вивчати свої твори як самостійно, так і за допомогою інших членів групи.

Група танцювальної терапії(ТТ). Розвиток координації і плавності рухів. Танець демократичний.

Мета: розширення самосвідомості; покращання фізичного стану і пристосованості; можливість взаємодії; розширення сфери усвідомлення власного тіла; розвиток позитивного образу тіла; соціальні новини; вивчення почуттів; створення глибокого групового досвіду.

Фундаментальним для ТТ є взаємодія між тілом і розумом, спонтанними рухами і свідомістю, а також впевненість у тому, що рух відображає особу (згадайте фільм "Службовий роман", епізод, де секретар (Лія Ахеджакова) демонструє ходу і поведінку своєму шефу).

Керівник групи може бути партнером під час танцю, режисером подій, каталізатором, який полегшує розвиток особи через рух [67:90].

Група тренінгу вміння. Поведінкову модель навчання створено в лабораторії.

Використовуються такі біхевіористичні поняття, як зосередженість на поведінці; навчальна модель вирішення проблем, основана на засвоєнні важливих для розвитку учасників групи життєвих вмінь.

Оцінювання сильних і слабких сторін навичок впевненості в собі включає застосування основних прав людини, які підтримують впевненість у собі, й шість типів стверджень, що виражають впевненість у собі.

Репетиція поведінки - рольових програм складних ситуацій - є основним методом. Процедура репетиції поведінки складається з моделювання, інструктажу і підкріплення. Для зняття надмірної тривоги часто використовують релаксаційний тренінг і системну десенсибілізацію. Домашні завдання: щоденники і поведінкові завдання. Специфічними для груп тренінгу впевненості є метод "зіпсованої платівки" і метод "наведення туману".

Психодрама. Психодрама з'явилася внаслідок театрального експерименту, початого Морено у Відні, який отримав назву "спонтанний театр". Морено виявив, що драма може служити терапевтичній меті, що психодраматична дія має перевагу перед вербалізацією в прискоренні процесу вивчення переживань та формування нових відношень і типів поведінки [7:9].

Рольова гра - це одне з основних понять психодрами. На відміну від театру, в психодрамі учасник грає роль в імprovізованій виставі й активно експериментує всіма значимими для нього ролями, які він грає в реальному житті. Друге поняття - спонтанність-виділив Морено на основі спостережень за грою дітей. Він вважав, що спонтанність - це той ключ, який може відкрити двері в галузь творчості. Основні ролі в психодрамі: режисер, який є продюсером-терапевтом і аналітиком, пропагандистом, "допоміжнеЯ" й аудиторія. Психодрама починається з розминки, переходить у фазу дії, під час якої пропагандист організовує виставу, і закінчується фазою наступного обговорення, під час якого психодраматична дія і переживання, які виникли, обговорюються всією групою [55:33].

Режисер використовує різні методики для організації вистави: монолог, двійник, обмін ролями і відображення, яке сприяє виникненню і підтримці терапевтичного процесу психодрамати чної групи.

Психокоригувальні групи - це невелике тимчасове об'єднання людей, які мають свого лідера, загальну мету міжособового спілкування, особистого навчання, росту і саморозкриття. Це структурована взаємодія "тут і тепер", при якій учасники вивчають те, що з ними відбувається в даний час і в даному місці.

Т-групи (група тренінгу) ще називають групами сенситивності.

Особливості, що лежать в основі руху Т-групи: орієнтація на поведінку і суспільні науки, демократичні процеси на протидію авторитетним, здатність встановлювати відносини взаємодопомоги.

Основні поняття Т-груп: лабораторія, в якій навчають, як вчитися, принцип "тут і тепер".

Навчальна лабораторія акцентує увагу на випробуванні нових видів поведінки в безпечному оточенні.

Проводять навчання, яке включає цикл "уява самого себе - зворотний зв'язок - експеримент" (1. Усвідомлення ситуації. 2. Що відбувається зараз і чому? 3. Аутентичність у міжособових контактах (розібратися у своїх відчуттях). 4. Модель керівництва побудована на співпраці).

Мета: ріст особи через розширення сфери усвідомлення себе й інших, а також процесів, які відбуваються в Т-групах.

Групи зустрічей (ГЗ). На відміну від Т-групи, групи зустрічей акцентують свою увагу не на іруповому процесі, а на розвитку навичок міжособової взаємодії з іншими.

Орієнтуються на відчуття єдності. Заняття не планують, а будують на відкритості й емоціях єднання. Спираються на принцип "тут і тепер", приділяють увагу миттєвим переживанням тепер і не апелюють до минулого досвіду.

Гештальтгрупи (ГГ) (гештальт- образ, конфігурація, цілісність, яка складається з окремих частин).

Гештальтпсихологія намагається відповісти, як люди сприймають своє існування [47:43].

Метод: керівник групи (сильна та видатна особа) працює з одним членом групи ("гаряче місце"), який знаходиться поряд. Члени групи мовчки спостерігають і проводять ідентифікацію "добровольця" із собою в силу того, що емоційна реакція стає ланцюговою реакцією в інших членів групи, а також індукує адекватні емоції в інших.

Гештальттерапія спрямована на розширення свідомості (усвідомлення), інтеграцію протилежностей, посилення уваги до почуттів, робота з мріями, прийняття відповідальності на себе, переборення опору.

У гештальттерапії основними є ті відчуття і почуття, які охоплюють усіх членів і переважають над іншими відчуттями (гнів, страх, радість, сексуальний потяг). Коли потреба задоволена-гештальт завершений, він втрачає свою значущість і відступає для створення нового гештальту. Інакше гештальт залишається незавершеним (злоба, агресія, що створюють базу для проблем і впливають на психіку) [76:96].

Групи тілесної терапії. В. Райх вважав, що всякий захист як поведінка проявляється напруженням м'язів (тілесна броня) і спертим диханням. Основні поняття тілесної терапії за Александром Лоуеном (засновник біоенергетики): зміна енергії, м'язова броня.

Між фізіологічними перемінними, структурою характеру і типом особи існують тісні зв'язки.

Метод лікування: дихальні вправи для звільнення почуттів, рухові вправи як звільнення енергії (брикання), масаж.

Метод Фельденкрайса-увага на позі тіла, ствердження свого "Я" через позу, поставу.

Метод Александра - вивчення звичних поз і постави та їх корекція.

Загальні правила для груп:

◆ Кількість членів групи: чотири чоловіки - мінімум для життєдіяльності групи; психоаналітичні групи - 6-8 чоловік, групи особистого росту - 8-15 (до 50 чоловік).

◆ Тривалість заняття - 90 хв.

◆ Групи за статевим складом гетерогенні.

◆ Групи складають люди з різними думками, що призводить до напруги і конфронтації, переборення яких досягають успіхом в оптимальному навчанні й ростом особи.

◆ Фактори лікувального впливу в психокоригувальній групі: єдність, навіювання надії, узагальнення, альтруїзм, надання інформації, численне перенесення (група - сім'я), міжособове навчання (нова поведінка з людьми), розвиток міжособових відносин, імітуюча поведінка, катарсис [55:106].

Госпіталізм. Роль медичного психолога в попередженні й подоланні госпіталізму серед психічнохворих

Характерним станом для пацієнтів, які тривалий час лікуються в психіатричних лікарнях, є послаблення або повна втрата суспільних зв'язків, енергія (суттєве зниження енергетичного потенціалу), ангедонія (неможливість переживати приємні та духовні відчуття), моторна загальмованість, бідність мови (словесна і тональна), а також дефіцит уваги. Вираження вищеперахованих негативних проявів може сягати значного ступеня і призводити до розвитку у хворого повної соціальної дезадаптації, внаслідок чого він не здатний себе обслужити і змушений постійно перебувати в лікарні. Ці симптоми можуть розвинути внаслідок прогресування шизофренії, органічного ураження головного мозку і негативної дії психофармакотерапії.

Проте не лише вищезгадані фактори призводять до розвитку і прогресування дефіцитарної симптоматики. Велика роль у розвитку вищепри описаного стану належить так званому госпіталізму. В основі госпіталізму лежить "розтренування" функціональних систем

організму, які відповідають за можливість самообслуговування і підтримку на належному рівні соціальних зв'язків.

Госпіталізм найчастіше розвивається в людей похилого віку, які втратили зв'язок із сім'ями. Після виписування з лікарні їм немає куди повернутись або сімейні обставини є несприятливими. Тривала госпіталізація може призвести до соціальної дезадаптації. Людина втрачає навички ділового й емпатичного спілкування, різко знижується здатність до самообслуговування. Пролікований хворий боїться самотності, втрати того мінімуму контактів, які є в лікарні (з лікарями, медсестрами й іншими хворими). Госпіталізм є одним із факторів підвищення рівня суїцидності. Дезадаптовані хворі після виписування з лікарні нерідко роблять спроби самогубства [34:25].

Головним чинником госпіталізму є взаємодія трьох груп факторів:

- ◆ панування в суспільстві страху перед психічнохворими, а також свідомі і підсвідомі переконаність у тому, що їх потрібно ізолювати;
- ◆ особливості внутрішньолікарняного режиму і стилю життя психічнохворих із надто низьким рівнем природної стимуляції до самореалізації і збереження особистості;
- ◆ негативні прояви психічної деформації медичних працівників, які працюють у психіатричних лікарнях.

Перший чинник є основним. Традиційно в суспільстві панує явний і підсвідомий страх перед психічнохворими та їх незрозумілою для людей, дивною, а часом і небезпечною поведінкою. Психічне захворювання сприймається, як "знак прокляття", навіть до членів сім'ї хворого більшість ставляться з недовірою. Основною функцією психіатричних лікарень суспільство вважає ізоляцію "божевільних". За таких умов негативістичного ставлення до психічнохворих вони просто змушені надто багато часу перебувати в психіатричних лікарнях, де адаптуються до специфічних умов стаціонару і не уявляють собі реального існування поза ним. Уже саме встановлення психіатричного діагнозу автоматично породжує низку соціально-трудова обмежень. Суспільство намагається ізолювати психічнохворих у лікарні або самоізолюватись від цих хворих, прирікає їх на вимушену самотність навіть тоді, коли вони виписані з лікарні й повинні включатись у посилене для них життя [76:43].

Реальним шляхом переборення цього фактора є радикальна зміна суспільної свідомості. Люди повинні сприймати психічнохворого таким, яким він є, не звертати нездорової уваги на певні "дивацтва" чи неадекватну поведінку, якщо вона не є небезпечною для людей і самого хворого. Велику роль у цій справі зобов'язані відіграти медичні психологи. Вони повинні навчити членів сім'ї, близьких хворого і сусідів правильного співжиття з хворим, по-діловому допомагати йому, стежити за дотриманням амбулаторного лікування, уникаючи непорозумінь і конфліктних ситуацій, а не вбачати свою роль лише в тому, щоб вчасно викликати карету швидкої допомоги для чергової госпіталізації хворого.

Медичний психолог тісно співпрацює з органами соціального захисту, місцевими організаціями Червоного Хреста, релігійними громадами та благодійними фондами, щоб адресно спрямувати їх зусилля на допомогу психічнохворим.

Суспільство повинне подбати про організацію мережі невеликих гуртожитків (так званих "сателітних жител") для виписаних із лікарні пацієнтів, які не потребують активного лікування. Сателітних гуртожитків дуже багато в Голландії. Подекуди вони функціонують і в Україні.

Основними "внутрішньолікарняними" факторами, які сприяють розвитку госпіталізму в психіатричних лікарнях, є:

- ◆ втрата контактів із навколишнім (позалікарняним) світом;
- ◆ нав'язана бездіяльність;
- ◆ авторитарна патерналістська позиція медичного персоналу;
- ◆ обмеження власної ініціативності хворих;
- ◆ втрата родинних зв'язків і друзів;
- ◆ відсутність значущих подій в особистому житті;
- ◆ недостатньо контрольоване приймання психофармакологічних препаратів;
- ◆ убога атмосфера психіатричних лікарень у плані природної стимуляції до діяльності;
- ◆ відсутність реальних життєвих перспектив поза лікарнею;

- ◆ заміна повноцінного комплексного лікування з акцентом на реабілітацію та реадаптацію хворих на ізоляцію в лікарні;

- ◆ відсутність "родинної атмосфери" у відділеннях;

- ◆ недостатнє використання (або навіть повна відсутність) соціотерапії.

Крім вищеперерахованих об'єктивних чинників, важливе значення має третій суб'єктивний фактор, який залежить від установчої психологічної спрямованості роботи медичних працівників. Так, природною потребою людини є прагнення до самоствердження. Можливість керувати іншою людиною, ставитись до неї, як до дитини, зміцнює самоповагу особистості персоналу психіатричної лікарні. Це є один з аспектів підсвідомого психологічного підґрунтя патерналізму в психіатрії. Але самоствердження особистості не за рахунок власного розвитку, а за рахунок гноблення і приниження хворого призводить до зворотного результату-до професійної деформації. Таке своєрідне розуміння власної ваги і ролі в міжособових взаєминах із хворими виявляються у директивній поведінці, безапеляційних та зверхніх суджень. У вразливої особистості хворого таке ставлення до нього посилює прояви дезадаптації, викликаючи ознаки госпіталізму [95:18].

Якщо змінити суспільну свідомість реально можна буде лише в майбутньому. то змінити певну частину внутрішньолікарняних умов, зокрема ставлення медика до хворого і своєї роботи (що дуже важливо), можливо і необхідно вже тепер. Всі зміни психологічного клімату психіатричних лікарень у кращий бік вирішальна роль належить медичному психологу. Він не може відновити втрачені зв'язки хворого з родичами чи близькими, але створення довірливої "сімейної" атмосфери, яка б стимулювала активність хворого, а не пригнічувала б його, повинне бути основою смислу і стилю роботи сучасного медичного психолога.

Таким чином, основним на даному етапі боротьби з госпіталізмом є внутрішня перебудова ставлення медичних працівників до своєї роботи. У центрі уваги медичного персоналу повинна бути особистість хворого, яку потрібно зберігати і зміцнювати, а не лише його хвороба як мішень для застосування лікарських призначень.

6.3. Основи психогігієни та психопрофілактики. Профілактика психічних захворювань

Психогігієна - це галузь загальної гігієни, яка вивчає фактори, що забезпечують гармонійний розвиток особистості, й визначає умови для повного прояву її позитивних властивостей у всіх сферах діяльності.

Основним завданням психогігієни є вивчення умов життя (включаючи зовнішнє середовище та конкретні соціальні умови) людини з метою виявлення факторів, які позитивно чи негативно впливають на психічне здоров'я, і розробку на цій основі рекомендацій та нормативів: 1) психогігієнічних умов праці, побугу, відпочинку; 2) психогігієнічного виховання, психічного розвитку, укріплення та збереження психічного здоров'я [46:33].

Психогігієнічні заходи визначаються:

- ◆ Віковими особливостями (дошкільний і шкільний вік, професійне навчання, дорослий та похилий).

- ◆ Характером трудової діяльності.

- ◆ Міжперсональними стосунками (внутрішньосімейні, виробничі, соціальні тощо).

Слід підкреслити важливість пропаганди психогігієнічних знань. Цим повинні займатись медичні працівники у сфері своєї діяльності, а також працівники Будинку санітарної освіти, товариства "Знання", медична преса.

Психопрофілактика - область психіатрії, метою якої є попередження психічних захворювань, переходу їх у хронічну форму та соціально-трудова реабілітація.

Загальні принципи профілактики психічних захворювань Профілактику психічних захворювань поділяють на первинну, вторинну і третинну.

1. *Первинна профілактика* - це система заходів, яка забезпечує попередження появи психічної хвороби чи формування дисгармонічної структури особистості. Серед цих заходів основними є:

- первинна провізорна профілактика, головною метою якої є охорона психічного здоров'я наступних поколінь; вона ґрунтується на громадських заходах, спрямованих на оздоровлення

побуту, праці, життя, створення умов для формування здорової сім'ї та вдосконалення виховання підростаючого покоління, досягнення гармонії розвитку в усіх наступних поколіннях;

- первинна генетична профілактика, головною метою якої є науковий прогноз можливих наслідків спадкових психічних захворювань для психічного здоров'я наступних поколінь; вона створює умови для оздоровлення спадковості без шкоди і дискримінації особи; безпосередньо здійснюється медико-генетичними консультаціями;

- первинна ембріологічна профілактика, спрямована на оздоровлення жінки (гігієна шлюбу і зачаття, гігієна вагітності, охорона процесу запліднення та виключення потенційно небезпечних шкідливих факторів, забезпечення високої якості допомоги при пологах); ці заходи проводять жіночі консультації та заклади родопомочі;

- первинна постнатальна профілактика, яку здійснюють із метою раннього виявлення вад розвитку в новонароджених, проведення своєчасної корекції і системи заходів, що забезпечують поетапний розвиток дитини, підлітка, юнака; поряд із педіатричною службою, в організації цього виду профілактики беруть участь дитячі психіатри, психологи та спеціалісти в галузі фізіології розвитку.

2. *Вторинна профілактика* - це система заходів, спрямованих на попередження небезпечного для життя або несприятливого перебігу психічного захворювання. До цих заходів відносять:

- ранню діагностику, прогноз та попередження небезпечних для життя хворого станів;

- ранній початок лікувально-корегувальних заходів, швидке досягнення максимально повної ремісії або повної редукції хвороби;

- виключення можливості рецидивного перебігу;

- довготривалу підтримувальну корекцію психіки хворого після хвороби або в період ремісії.

3. *Третинна профілактика* - це система заходів, спрямованих на попередження психічної інвалідизації при затяжному, хронічному перебізі хвороби. При цьому застосовують медикаментозні й коригувальні методи терапії для переривання хронічного перебігу хвороби, покращання умов життя і побуту хворих, систематичного проведення заходів реадптації та активного праце- і побутовлаштування в період ремісії.

6.4. Психогігієнічні та психопрофілактичні заходи при окремих захворюваннях

Ендогенні захворювання

Шизофренія. У зв'язку з невідомою етіологією профілактика практично неможлива. Такі психогігієнічні заходи, як психогігієна виховання, праці, відпочинку та зовнішнього середовища, можуть сприяти попередженню дії факторів, які провокують шизофренію:

- ◆ раннє виявлення та адекватне лікування;
- ◆ обрив загострень і рецидивів в амбулаторних умовах, що збільшує тривалість ремісії і зменшує регоспіталізацію;
- ◆ неспецифічна профілактика загострень (попередження психогенно-травмуючих ситуацій, екзогенних шкідливих тощо);
- ◆ соціально-трудова допомога.
- ◆ систематичне поетапне використання медичної, трудової та соціальної реадптації [34:67].

Маніакально-депресивний психоз. Причини і механізм розвитку МДП відомі. Тому профілактика зводиться до психогігієнічних заходів, спрямованих на укріплення здоров'я при обтяжливій спадковості - запобігання інфекціям, травмам, організація праці та відпочинку.

Попередження затяжних фаз комплексною терапією, покращання умов життя і праці.

Пресенільні та сенільні психози. Психогеріатричні заходи (режим праці, запобігання соматичним хворобам, використання геріатричних препаратів, зокрема геровіталю.

Раннє виявлення і лікування, досягнення повної редукції хвороби, підтримувальна корекція психіки, раннє лікування рецидивів.

Соціально-трудова реадптація, ліквідація психотравмуючих факторів.

Ендогенно-органічні захворювання

Епілепсія. Генетична профілактика - попередження шлюбів 2-х осіб, хворих на епілепсію, спостереження за дітьми із обтяженою спадковістю (профілактика сомато-інфекційних захворювань, травм, заборона профілактичних щеплень до 3 років). Охорона здоров'я вагітної і плода в пренатальний період, попередження родових травм та інфекцій у пре- і постнатальний періоди [76:44].

Раннє виявлення хворих із пароксизмальними проявами, раціональне лікування, безперервність і довготривалість лікування в комплексі з режимом життя, харчування і психотерапевтичного впливу. Трудова і соціальна реадaptaція, заборона професій, пов'язаних із транспортом, висотою, рухливими механізмами, водою і вогнем, а також впливом фізичних та інших факторів: перегрівання, нічна робота, довготривалі відрадженьня.

Сенільні та пресенільні деменції. Психогігієна здорового довголіття (режим праці, відпочинку, боротьба з гіподинамією), попередження сомато- та психогенних захворювань, використання геріатричних засобів, які запобігають передчасному старінню.

Раннє виявлення початкових проявів хвороби та початок лікування транквілізаторами, антидепресантами, досягнення редукції хвороби з подальшою підтримувальною корекцією психіки та обрив рецидивів при ранніх ознаках загострення хвороби. Запобігання соматичним розладам.

Систематичне поетапне використання медичної, трудової та соціальної ре-адаптації хворих, догляд і спостереження.

Екзогенно-органічні захворювання

Судинні захворювання головного мозку. Психогігієнічні заходи спрямовані на дотримання режиму праці й відпочинку осіб похилого віку, попередження впливу шкідливих факторів (алкоголю, куріння, перевтоми, стресів), які сприяють розвитку недостатності мозкової гемодинаміки.

Раннє виявлення (профогляди) і лікування судинних уражень головного мозку спрямовані на покращання мозкового кровообігу - засоби, які покращують загальну гемодинаміку, серцеву діяльність.

Проведення заходів медичної, трудової і соціальної реадaptaції.

Психічні порушення у зв'язку з черепномозковою травмою.

Попередження автодорожніх, виробничих та побутових травм головного мозку, дотримання правил техніки безпеки. Запобігання пологовому травматизму.

Спокій, щадний режим у гострий період травми. Протирецидивне лікування в період віддалених наслідків (біологічні та психологічні методи, стимуляція соціальної активності та трудової діяльності, переорієнтація її на раціональне працевлаштування та установки, сімейна психотерапія).

Соціально-трудова реабілітація (режим праці, побуту, санаторно-курортне лікування) [48:32].

Психічні порушення при інфекційно-органічних захворюваннях головного мозку (сифіліс головного мозку, прогресивний параліч, ВІЛ).

Провізорна профілактика розповсюдження сифілітичного та ВІЛ-інфікування населення шляхом створення системи суспільних заходів, спрямованих на формування здорової сім'ї та виховання підростаючого покоління. Попередження ембріонального і постнатального інфікування.

Раннє виявлення і діагностика сифілісу та ВІЛ-інфекції на основі клініки та лабораторних досліджень. Активна терапія до повної санації ліквору та виключення рецидивів шляхом повторних курсів лікування.

Оздоровлення побуту, поетапна реадaptaція - медична, професійна, соціальна.

Екзогенні психічні розлади

Наркоманії (алкоголізм, наркотоксикоманії). Первинну профілактику проводять шляхом створення єдиної системи проти вживання наркотиків, освіти, яка включає адміністративно-правові, педагогічні, громадські та медичні аспекти з врахуванням вікових, статевих та професійних особливостей. Особливо слід враховувати ряд факторів: біологічні, які формують несприятливий преморбідний фон (травми, інфекції); індивідуально-психологічні (ак-

центуація за гіпертимним, нестійким, конформним типами), утруднення соціально-психологічної адаптації, відчуття неповноцінності й відчуження; відсутність розвинених зорових інтересів (перебудова мотиваційної сфери, зміна кола інтересів і сфери спілкування); низька стресова стійкість і високий ступінь залежності від лідера, соціальні (наркоматів сімі, подружня дисгармонія, стреси, інтерперсональні стосунки). Знання груп наркотичних та токсикоманічних речовин, правил їх зберігання, використання, виписування.

Раннє виявлення, організація амбулаторного (мінімального) курсу лікування в три етапи:

1-й етап - купірування абстинентного синдрому, запійного стану і дезінтоксикація (8-10 днів);

2-й етап - протиалкогольна терапія (сенсibiliзувальна, умовнорефлекторна) в поєднанні з психотерапією (1-2 місяці);

3-й етап - підтримувальна терапія (3 роки) [87:78].

Заходи, спрямовані на покращення умов побуту і мікросоціального клімату, перебудову мотивацій у ранг значущих потреб, педагогічну і медичну корекцію тяжких психологічних переживань неповноцінності, адекватне працевлаштування, запобігання інвалідизації, формування установки на повне утримання від спиртного і соціальної компенсації. Запобігання інвалідизації.

Психогенні захворювання

Неврози і реактивні психози. Формування стабільності поведінки та відреагування в стресових і фрустраційних ситуаціях та при хронічних дистресах. Раціональний вибір професії і працевлаштування, дотримання правил гігієни праці, побуту, мікросоціальних стосунків. Організація санітарно-освітніх заходів [97:19].

Своєчасне лікування психофармакологічними засобами та психотерапевтичними методами, усунення стресових факторів або позитивна переорієнтація особи на відреагування в стресових та фрустраційних ситуаціях.

Індивідуальні соціально-реабілітаційні заходи, широке використання санаторно-курортного оздоровлення.

Психопатії та затримки психічного розвитку

Психопатії, олігофренії. Профілактику необхідно розпочинати з гігієни шлюбу та вагітності, спрямованої на виключення вад розвитку та формування дефіцитарності і дисгармонії функціональних систем мозку. В постнатальний період гармонія психіки дитини забезпечується правильним вихованням у сімі, школі, лікувально-профілактичних закладах. У цьому напрямку головну роль відіграють санітарно-освітня робота серед молоді й населення та медико-педагогічні заходи, спрямовані на корекцію психопатичних рис та інтелектуального розвитку.

Своєчасна корекція станів декомпенсації за допомогою лікарських, психотерапевтичних та медико-педагогічних методів впливу. В цьому напрямку суттєву роль відіграють медико-педагогічні колективи шкіл-інтернатів для розумово відсталих дітей з аномаліями психічного розвитку [76:58].

Попередження впливу екзогенних факторів, які сприяють декомпенсації психіки, раціональне трудове та побутове влаштування.

Реабілітація хворих

Розрізняють три етапи реабілітації хворих:

- ◆ медичний, або відновного лікування;
- ◆ професійний;
- ◆ соціальний.

Серед форм реабілітації виділяють:

- ◆ ранню, спрямовану на попередження хронічного перебігу хвороби, дефекту і госпіталізму;
- ◆ пізню, спрямовану на компенсацію дефекту та соціально-трудове пристосування.

Основні принципи реабілітації хворих

◆ Реабілітація є частиною лікувально-профілактичних заходів у системі надання психологічної допомоги хворим.

- ◆ Реабілітація являє собою динамічну систему заходів, спрямованих на профілактику

інвалідизації і компенсацію дефекту психічної діяльності, раннє й ефективне повернення хворих до праці на основі перебудови стосунків, пристосування та відновлення в професійній, сімейній і суспільних сферах.

◆ Максимально ранній початок проведення реабілітаційних заходів - активний вплив на особистість хворого на всіх етапах лікування і перебігу хвороби з урахуванням клінічних особливостей, біологічних і психологічних факторів в єдності з життєво-пристосувальними і лікувально-біологічними методами впливу.

◆ Поетапність, послідовність і диференційність реабілітаційних заходів, активне використання різних форм - від простих до більш складних. Співпраця хворого з лікарем, середнім і молодшим медичним персоналом.

◆ Зв'язок із медичною етикою і деонтологією.

6.5. Агравация, симуляція та дисимуляція

Особливо велику роль відіграє психолог в запідозренні і верифікації агравації і симуляції соматичної хвороби пацієнтом. Агравация - це перебільшення або пролонгування симптомів, а симуляція - продукування скарг і симптомів неіснуючих захворювань. Такого роду установча поведінка, як правило, викликана певними об'єктивними моментами (хворий знаходиться під слідством з приводу скоєного злочину, хоче отримати групу інвалідності, хоче отримувати дефіцитні ліки з гуманітарної допомоги, до яких у нього розвинулась лекоманія, не бажає бути виписаним із стаціонару, бо не має родинних зв'язків або дома на нього чекає гнітюча психотравмуюча обстановка тощо) [99:98].

Якщо симуляція викрита, необхідно негайно направити симулянта на вірний шлях, але дати йому можливість мирного відступлення, наприклад, спотворенням недовготривалого "лікування", в процесі якого потрібно наголошувати на важливості бажання хворого позбутися хвороби. Цей спосіб буває для симулянта більш легким, ніж викриття симуляції, бо суб'єктивно "його лікували і вилікували", а не викрили брехню.

Лише в тих випадках, коли такий непрямий метод не приносить успіху, потрібно відкрито поговорити з симулянтом, але спочатку без свідків, і настирливо, впевнено, твердо пояснити йому всі невігоди, які принесе йому симуляція і позитивні сторони припинення прикидання хворим.

Дисимуляція - це приховування хвороби і її ознак. Часто зустрічається в патопсихології. В інших спеціальностях вона зустрічається, головним чином, при таких захворюваннях, результати яких дають певні об'єктивні або суб'єктивні невігоди для хворого. При туберкульозі - довге перебування в диспансері, при сифілісі - виявлення контактів, в хірургії - можливість операції. В наш час, коли росте безробіття і скорочують робочі місця, люди, які захворіли, стараються приховати свою хворобу, щоб не потрапити під скорочення штатів в першу чергу.

Чим в більшій мірі вдається позбавити хворого від страху перед обстеженням, лікуванням і наслідками хвороби, тим успішніше вдається попередити дисимуляцію. Звичайно, велике значення мають і соціальні умови.

Якщо у медичного психолога з'явилась підозра щодо установочної поведінки хворого, направленої на агравацию і симуляцію, то бажано за таким хворим встановити делікатний негласний контроль з боку рідних хворого. Здебільшого хворі агравують і симулюють, "розігруючи" рідних і обслуговуючий медперсонал, і знижують пильність при спілкуванні з ними. Якщо підозра медичного психолога щодо агравації або симуляції підтвердилась, він не має права говорити про це хворому або його родичам та близьким, а повинна обгрунтовано доповісти лікарю, який після цілеспрямованої перевірки у випадку підтвердження установчої поведінки вживе належних заходів. Потрібно пам'ятати, що незаслужене помилкове звинувачення хворого в агравації або симуляції, як правило, глибоко ображає останнього і викликає у нього негативну установку щодо медиків, психологів, перебування в стаціонарі і подальшого лікування. В такому випадку важкий моральний стан хворого буде заважати ефективному лікуванню.

