

І.І. ПОГОРЕЛОВ  
С.Ю. СЕЗІН

# МЕДСЕСТРИНСТВО

## В ПСИХІАТРІЇ І НАРКОЛОГІЇ



МЕДИЦИНА

МЕДСЕСТРИНСТВО  
В ПСИХІАТРІЇ І НАРКОЛОГІЇ

МЕДСЕСТРИНСТВО

І.І. ПОГОРЕЛОВ, С.Ю. СЕЗІН



І.І. ПОГОРЕЛОВ  
С.Ю. СЕЗІН

## МЕДСЕСТРИНСТВО

### В ПСИХІАТРІЇ І НАРКОЛОГІЇ

У підручнику викладено матеріал з психіатрії та наркології відповідно до сучасної навчальної програми.

Значну увагу приділено питанням професійної діяльності медичної сестри та фельдшера в роботі з пацієнтами психіатричного та наркологічного профілю.

Описано сучасні уявлення про психіатричні та наркологічні хвороби, а також психопатологічні феномени, симптоми і синдроми, що їх спостерігають при різних психічних розладах.

Визначено роль, місце і завдання медичної сестри під час надання допомоги психічно хворим людям.

Для студентів вищих медичних навчальних закладів I–III рівнів акредитації.



ISBN 978-617-505-169-6



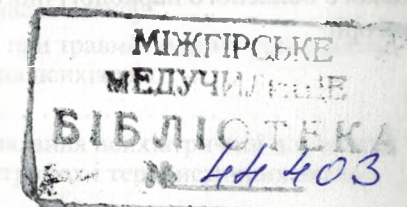
9 786175 051696 >

І.І. ПОГОРЕЛОВ  
С.Ю. СЕЗІН

# МЕДСЕСТРИНСТВО

В ПСИХІАТРІЇ  
І НАРКОЛОГІЇ

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Міністерством охорони  
здоров'я України як підручник  
для студентів вищих медичних  
навчальних закладів I–III рівнів  
акредитації



Київ  
ВСВ «Медицина»  
2012

**Автори:**

*І.І. Погорелов* — лікар психіатр вищої категорії, лікар психіатр-нарколог Кременчуцького обласного наркологічного диспансеру, керівник Кременчуцького відділення асоціації психіатрів України;

*С.Ю. Сезін* — лікар нарколог I категорії, завідувач поліклінічним відділенням Кременчуцького обласного наркологічного диспансеру.

У підручнику викладено матеріал із питань психіатрії та наркології відповідно до сучасної навчальної програми.

Значну увагу приділено питанням професійної діяльності медичної сестри та фельдшера в роботі з пацієнтами психіатричного та наркологічного профілю.

Описано сучасні уявлення про психіатричні та наркологічні хвороби, а також психопатологічні феномени, симптоми і синдроми, що їх спостерігають при різних психічних розладах.

Визначено роль, місце і завдання медичної сестри під час надання допомоги психічно хворим людям.

Для студентів вищих медичних навчальних закладів I—III рівнів акредитації.

**Рецензенти:**

*В.П. Баїтан* — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри онкології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», заслужений лікар України; *В.В. Пащенко* — головний лікар Кременчуцького обласного наркологічного диспансеру, лікар нарколог вищої категорії.

Передмова . . . . . 6

**Частина 1. ПСИХІАТРІЯ**

*Розділ 1.* Історія психіатрії . . . . . 9

*Розділ 2.* Учення про вищу нервову діяльність. Явища, функції, стани психічної діяльності. Психіка . . . . . 14

*Розділ 3.* Класифікація та типи перебігу психічних хвороб. . . . . 18

    Класифікація психічних хвороб . . . . . 18

    Типи перебігу психічних хвороб . . . . . 20

    Симптоми психічних хвороб. . . . . 21

*Розділ 4.* Загальна психопатологія. Методи обстеження психічнохворих. . . . . 28

    Експериментально-психологічне дослідження . . . . . 35

    Інструментальні та лабораторні дослідження. . . . . 44

*Розділ 5.* Організація психіатричної служби . . . . . 48

    Психоневрологічний диспансер . . . . . 54

    Психіатрична лікарня. . . . . 56

*Розділ 6.* Невідкладна медична психіатрична допомога. Профілактика екстремальних і кризових станів у психіатрії. Прогноз. Експертиза. Принципи реабілітації психічнохворих . . . . . 59

    Лікування розладів сну . . . . . 71

    Профілактика екстремальних і кризових станів у психіатрії . . . . . 71

    Кризи та патологічна реакція горя. . . . . 72

    Експертиза в психіатрії. . . . . 73

    Принципи реабілітації психічнохворих . . . . . 75

*Розділ 7.* Порушення психічної діяльності при інфекційних і соматичних захворюваннях. Післяпологові психози. Розлади психіки під час клімаксу . . . . . 77

    Післяпологові психози . . . . . 79

    Психічні розлади під час клімаксу. . . . . 82

*Розділ 8.* Психічні розлади при травматичному ушкодженні головного мозку. Екологічна психіатрія . . . . . 87

    Екологічна психіатрія. . . . . 94

    Принципи та методи надання психіатричної допомоги при екологічних катастрофах і терористичних актах . . . . . 110

    Криза ідентичності . . . . . 115

*Розділ 9.* Шизофренія. . . . . 118

    Типи дефекту психіки при шизофренії. . . . . 121

Лікування хворих на шизофренію . . . . .	123
Реабілітація при шизофренії . . . . .	130
<b>Розділ 10.</b> Маніакально-депресивний психоз . . . . .	131
Лікування маніакально-депресивного психозу . . . . .	133
Клінічний випадок . . . . .	134
<b>Розділ 11.</b> Церебральний атеросклероз. Інволюційні психози.	
Психози сенильного і пресенильного віку . . . . .	135
Догляд за хворими . . . . .	145
<b>Розділ 12.</b> Епілепсія . . . . .	150
Класифікація епілепсії за МКХ-10 . . . . .	151
Класифікація епілептичних нападів . . . . .	153
Епілепсія в дітей . . . . .	159
Лікування епілепсії . . . . .	162
Клінічний випадок . . . . .	165
<b>Розділ 13.</b> Розумова відсталість, або олігофренія . . . . .	169
Ступені розумової відсталості . . . . .	171
Лікування деяких форм розумової відсталості . . . . .	175
Прогноз при олігофренії . . . . .	176
Профілактика розумової відсталості . . . . .	177
Медсестринство при розумовій відсталості . . . . .	178
<b>Розділ 14.</b> Психогенні хвороби . . . . .	179
Основні види психогенного болю . . . . .	181
Невротичні розлади . . . . .	183
Неврози . . . . .	184
Неврастенії, нав'язливі стани (обсесії) . . . . .	186
Істерія . . . . .	188
Реактивні психози . . . . .	191
Реактивно-істеричні психози . . . . .	193
Суїцид . . . . .	195
<b>Розділ 15.</b> Розлади особистості та поведінки (психопатії) . . . . .	199
Класифікація розладів особистості . . . . .	202
Розлади потягів . . . . .	204
Перебіг психопатії у дітей і підлітків . . . . .	211
Лікування психопатій . . . . .	213
Клінічний випадок . . . . .	215
Тести для контролю рівня знань . . . . .	216

## Частина 2. НАРКОЛОГІЯ

<b>Розділ 16.</b> Алкоголізм . . . . .	220
Залежність від алкоголю (хронічний алкоголізм) . . . . .	222

Різновиди патологічного потягу до алкоголю . . . . .	225
Розвиток синдрому відміни із судомами . . . . .	227
Особливості алкоголізму при психічних захворюваннях . . . . .	228
Особливості алкоголізму в підлітків . . . . .	230
Особливості алкоголізму в жінок . . . . .	231
Особливості алкоголізму в літньому віці . . . . .	231
Лікування алкоголізму . . . . .	232
Профілактика алкоголізму . . . . .	237
Алкогольні психози . . . . .	237
Алкогольний делірій . . . . .	238
Лікування алкогольних психозів . . . . .	245
Діагностика сп'яніння та робота кабінету медичних оглядів на стан алкогольного і наркотичного сп'яніння . . . . .	252
Основні етапи розвитку наркологічної служби в Україні . . . . .	266
<b>Розділ 17.</b> Наркоманія . . . . .	270
Опійна наркоманія . . . . .	274
Канабіоїдна наркоманія . . . . .	277
Кокаїнова наркоманія . . . . .	278
Амфетамінова наркоманія . . . . .	280
Ефедронова і первітинова наркоманія . . . . .	280
Зловживання галюциногенами . . . . .	282
Полінаркоманії . . . . .	283
Лікування наркоманій . . . . .	283
Зловживання транквілізаторами . . . . .	288
Зловживання кофеїном . . . . .	288
Зловживання снодійними засобами . . . . .	289
Зловживання антигістамінними препаратами . . . . .	290
Зловживання антипаркінсонічними препаратами . . . . .	291
Зловживання інгалянтними засобами . . . . .	291
Лікування отруєнь наркотичними препаратами . . . . .	292
Нікотинізм (тютюнова залежність) . . . . .	293
Організація наркологічної служби . . . . .	297
<b>Словник психіатричних термінів . . . . .</b>	305
<b>Список використаної літератури . . . . .</b>	329
<b>Додатки . . . . .</b>	331

## Передмова

Українська держава переживає скрутні часи. Виникла нагальна потреба в реформуванні медичної галузі, зокрема психіатрії та наркології.

Через реорганізацію системи охорони здоров'я в Україні гостро постає питання про якісно нову підготовку медичних сестер, які є першими помічниками лікарів в їх професійній діяльності, зокрема в галузі психіатрії та наркології.

Знання основних психіатричних захворювань та особливостей їх перебігу, етіології, патогенезу, клінічної картини, лікування і профілактики необхідні не лише практичним лікарям, а й медичним сестрам, які безпосередньо спілкуються з пацієнтами, виконують великий обсяг лікувально-діагностичних процедур, здійснюють спостереження і догляд за хворими, беруть активну участь у реабілітаційних заходах і профілактиці психічних і наркологічних хвороб.

Нові відкриття в науці, використання сучасної техніки, технологічних чинників, інформаційне навантаження значно впливають на здоров'я людини.

Мозок не здатний переробити величезну кількість факторів впливу, і функція його порушується. Як наслідок збільшується кількість психічнохворих, зростає вживання наркотичних речовин, алкоголю, передусім молоддю.

Усе це потребує від медичного працівника, зокрема середньої ланки, достатніх знань з галузі психіатрії і наркології, уміння поводитись із психічнохворими, дотримання медичної етики та деонтології.

Висвітленню основних аспектів допомоги психічнохворим, дотриманню медичної етики та деонтології під час спілкування з хворими, вмінню орієнтуватися в розмаїтті психіатричних термінів, клінічній картині та діагностиці психічних хвороб присвячено підручник «Медсестринство в психіатрії та наркології», який відповідає вимогам Болонської декларації.

Підручник містить усі теми занять згідно з програмою предмета «Медсестринство в психіатрії та наркології», затвердженою Департаментом кадрової політики, освіти і науки МОЗ України (2008) для спеціальності 5.12010102 «Сестринська справа».

У підручнику на рівні сучасних уявлень про психіатрію і наркологію чітко і стисло викладено такі питання:

- Психіатрія та наркологія. Історія й досягнення.
- Особливості вищої нервової системи та психіки людини.
- Основні психіатричні симптоми і синдроми.
- Психічні захворювання: етіологія, патогенез, клінічна картина, лікування, профілактика.
- Основні методи обстеження психічнохворих.
- Основні принципи лікування психічнохворих та особливості спостереження і догляду за хворими психіатричного та наркологічного профілю.
- Роль і особливості роботи медичної сестри в обслуговуванні хворих психіатричного профілю.
- Уявлення про медичну етику і деонтологію, професійну поведінку медичної сестри під час догляду за хворими.
- Здоров'я медичної сестри і безпека професійної діяльності.
- Психологічні аспекти спілкування медичних сестер і хворих психіатричного профілю.
- Надання медичними сестрами невідкладної допомоги психічнохворим.
- Збереження професійної таємниці та інформування пацієнта.

### Завдання пропонованого підручника:

- викласти загальні принципи та методи роботи, які повинні використовувати медичні сестри у своїй практичній діяльності з догляду за психічнохворими;
- надати медичним сестрам, які працюють із психічнохворими, уявлення про загальні проблеми, що виникають під час формування взаємин між медичною сестрою і пацієнтом у психіатричній лікарні;
- стимулювати творчість та ініціативу медичних сестер у наданні допомоги психічнохворим, щоб професіоналізм став реальністю.

Кожний розділ підручника починається з описання хвороби, в якому надаються основні діагностичні показники (етіологія, патогенез, перебіг хвороби, класифікація, надання невідкладної психіатричної та наркологічної допомоги зусиллями середнього медичного персоналу). Завершується розділ контрольними запитаннями.

Усю увагу в цьому підручнику зосереджено на особистості людини, яка госпіталізована в психіатричний стаціонар або звернулася за психіатричною допомогою. До неї застосовують термін «психічно хвора людина», який використовують натепер в Україні.

Діагнози сформульовано відповідно до МКХ-10.

Підручник сприятиме підготовці кваліфікованих медичних сестер із питань психіатрії та наркології, а також може бути корисним фельдшерам, акушерам та іншим молодшим медичним працівникам.

Бажано, щоб підручник став приводом для роздумів і міркувань у процесі самовдосконалення і самовиховання медичних сестер — носіїв гуманізму і доброти. Медичні сестри повинні розуміти принципи моральності і дотримувати їх, чітко розрізняти категорії добра і зла, співчуття і байдужості в стосунках із пацієнтами та їх рідними, з колегами. Маємо надію, що медичні сестри, які працюють із психічнохворими, отримають під час вивчення підручника стимул для використання величезного матеріалу, який набутий попередніми поколіннями в галузі надання допомоги психічнохворим. Це дасть їм змогу сформулювати власну ідеологію щодо роботи із хворими, надавати ефективну і гуманну допомогу.

Автори висловлюють щиру подяку колегам, які надихали на творчу працю, та з вдячністю приймуть критичні зауваження й обґрунтовані рекомендації щодо пропонованого видання, а також думки і зауваження читачів із приводу цього підручника.

## Частина I ПСИХІАТРІЯ

### Розділ I Історія психіатрії

**Психіка** (від грец. *psychē* — *дух, душа* та лат. префікс *-ic*) — система проявів суб'єктивного внутрішнього світу людини та тварин (буквально — те, що притаманне *психеї*, душевне, психічне), штучне поняття, застосовуване в матеріалістичних ученнях на протигагу ідеалістичному «душа»; уживане лише на пострадянському просторі. Питання походження психіки є складовою основного питання філософії.

Із сивої давнини існує поняття про психічний розлад як наслідок входження в людину сторонньої духовної сутності. Воно може бути злим або добрим, згідно із чим божевільня розцінювали як одержимість нечистою силою («бісові»), або, навпаки, як особливу милість бога («блаженні»).

Донауковий період тривав від стародавніх часів до появи еллінської (грецької) медицини. Медичну допомогу психічнохворим тоді не надавали. Вважали, що в агресивних і небезпечних хворих вселився злий дух, тихі і спокійні нерідко користувалися повагою як улюбленці богів. Перших ображали та катували, за іншими — доглядали.

Друга епоха обіймає стародавню греко-римську медицину, коли вперше зроблено спроби надати медичну допомогу психічнохворим, безумство яких почали розглядати як хворобливе явище.

В античні часи панувала думка, що психіка як здорової, так і хворої людини перебуває в межах тіла, що розум пов'язаний із роботою головного мозку.

Піфагор увів початкові елементи психіатричної термінології: «*меланхолія*», «*манія*», «*френіт*», «*параноя*», «*епілепсія*», розробив елементарну диференційну діагностику епілепсії, а також станів манії та меланхолії.

Божевільними в очах оточення виглядали іноді цілком здорові люди, чиє поведіння видавалося незвичайним і незрозумілим. Так, Демокрит був оглянутий Гіппократом через вимогу своїх співгромадян, яким здалася дивною поведінка філософа, що анатомував тварин.

За еллінським періодом настав арабський. Араби засновували госпіталі, в яких лікували хворих.

Погляд на божевільня як на хворобу, спричинену природними чинниками, також має багатовікову історію. Ще античні лікарі як причини психічних захворювань називали розлиття жовчі, скупчення в організмі мокротиння й інших виділень внутрішніх органів, надмірне споживання їжі та ін. Очевидним був зв'язок деяких психічних розладів із сильними потрясіннями і травмами голови.

Багато поглядів на психічну хворобу, незважаючи на їхні відмінності і навіть несумісність, існували одночасно. Протягом багатьох століть панували релігійно-містичні уявлення.

У новий час, із секуляризацією суспільної свідомості, вони стали поступатися місцем науковим.

Психічнохворих розміщували в приватних будинках, громадах, будинку лікаря, монастирях, в'язницях, лікарнях. Застосовували до них і такий захід, як вигнання з країни. У низці випадків соціально небезпечних хворих знищували фізично. При цьому трактування соціальної небезпеки могло бути досить широким. У Середньовічній Європі соціально небезпечним вважали кожного, чиї слова або вчинки не відповідали християнській догмі. Інквізиція знищила в полум'ї багать значну кількість психічнохворих з галюцинаціями і хворобливими фантазіями релігійного змісту. Так, одержимість бісом вважали не просто експансією злого духу, але карою за гріхи. Людину визнавали винною в притягненні на себе «Божого гніву і вселенні диявола». Якщо під час нападу божевільня вона робила що-небудь погане, то повинна була споктувати провину за допомогою релігійних обрядів.

Про стародавність наведеного погляду свідчить грецька міфологія:

- Геракл у нападі божевільня вбив своїх дітей;
- герой Троянської війни Аякс напав на череду тварин і почав їх убивати, вважаючи, що вражає ворогів;
- Одиссей, вдавши із себе божевільного, запряг у плуг вола й осла і почав орати піщані дюни, посипаючи їх сіллю. Щоб викрити обман, на ріллю поклали малолітнього сина Одиссея. Батько не зміг перерізати плугом дитину і цим виказав себе.

У Стародавній Греції вважали, що дух померлих від насильницьких дій або нещасного випадку обов'язково повинен бути відомщений. Інакше душа покійного, що не знайшла притулку в царстві мертвих, буде страждати від голоду, хвороб та інших нещасть.

Незважаючи на те що лікарів почали залучати до психіатричного огляду ще з часів античності, їхню участь у встановленні психічних розладів визнавали необов'язковою аж до XIX ст.

Наприклад, у Росії в XVII—XVIII ст. місцем огляду божевільних, що скоїли злочин, були переважно монастирі. Психічнохворі підлягали огляду представниками Сенату (Указ Петра I від 6 квітня 1722 р. «Про огляд дурнів у Сенаті»). Загалом ставлення до психічнохворих у Московській державі було добрим.

У 1247 р. у Лондоні був заснований знаменитий Бедлам при Віфлеємському монастирі.

XIX ст. можна вважати часом, коли науково-медичні погляди на походження божевільня стають домінуючими.

У 1857 р. у Санкт-Петербурзькій медико-хірургічній академії організували першу кафедру психіатрії під керівництвом У.М. Балінського.

У XIX ст. були закладені основи сучасної психіатрії. Значні досягнення цього часу зазначено в сфері клінічного описання та діагностики психічних захворювань, їх класифікації, виявленні окремих форм психічних хвороб, а також у галузі утримання хворих і догляду за ними. До кінця століття відбувся значний прогрес гуманізації психіатрії. Ще в першій його половині в багатьох психіатричних закладах звичайною була практика використання насильницьких, що часом набували вкрай жорстоких форм, засобів поводження з пацієнтами. До них застосовували наручники, ланцюги, ремені для зв'язування, гамівні сорочки і тому подібні засоби, причому терміном до багатьох тижнів, місяців і навіть років.

У 1793 р. французький психіатр Ф. Пінель зняв ланцюги із хворих у будинку божевільних.

*Цю подію вважають поворотним пунктом у гуманізації психіатрії.*

За словами відомого російського психіатра М.М. Баженова, завдяки Пінелю «божевільні були піднесені до стану хворих».

У 1839 р. англійський психіатр Д. Коннолі скасував застосування гамівних сорочок (залишених в арсеналі психіатрії Пінелем) і проголосив принцип «нестискання хворих».

У 70-х роках минулого століття в Шотландії введено «систему відчинених дверей». Вона полягала в майже повній ліквідації палат, що зачиняються, і знятті ґрат. Переважній більшості хворих дозволяли вільно пересуватися територією лікарні.

Значно ширшого кола проблем торкалися ідеї італійського психіатра Ч. Ломброзо. Його концепція «злочинної людини» («вродженого злочинця») була вкрай радикальною. Вона рішуче переглядала колишні погляди на походження злочинності та методи боротьби з нею.

*Ломброзо знаходить риси виродження в особистості злочинців, повій, що відрізнялися від інших людей біологічно зумовленими аномальними рисами характеру й особливостями статури.*

Розроблена німецьким психіатром Е. Крепеліном класифікація психічних хвороб ґрунтувалася на висловленому ним принципі: «Психічна хвороба — це закономірний біологічний процес, що розділяється на кілька видів, кожний з яких має певну етіологію, характерні фізичні та психічні ознаки, типовий перебіг, патологоанатомічну основу й тісно пов'язаний із самою сутністю хвороби».

На підставі цього принципу було описано багато психічних захворювань із певною етіологією, об'єктивно встановленою або гіпотетичною: шизофренія, маніакально-депресивний психоз, інфекційні, судинні, старечі психози та ін. Більшість із них збереглися в національних і міжнародних класифікаціях психічних хвороб.

Нагромаджений у межах клінічного напрямку практичний досвід дав багато корисного для психіатрії. Популярність ідей Е. Крепеліна багато в чому пов'язана з тим, що вони зближують психіатрію із загальною медициною.

Згідно з теорією З. Фрейда, людина народжується із запасом енергії, що зберігається в несвідомій сфері («Воно», «Ід»), яка складається із сексуальних і агресивних інстинктів. Вивести ці процеси із фізіологічних законів організму З. Фрейдіві не вдалося, і він звернувся до аналізу гіпнотичного нав'ювання, сновидінь і патологічних переживань хворих людей. Спостерігаючи за однією з пацієток, З. Фрейд помітив, що вона почала переносити на лікаря почуття, які раніше мала до батька. У нього виникла думка, що несвідомі дитячі потяги можуть бути перенесені на інших осіб, а це дає змогу здогадуватися про зміст несвідомих думок і почуттів.

Наступним за переносом (трансфером) способом проникнення в сферу несвідомого став **метод вільних асоціацій**: якщо суб'єктові запропонувати говорити все, що спадає йому на думку, він висловлює дивні твердження або раптом випробує заміщення, скаржитися, що не знає, про що говорити.

Руйнівною силою в людині З. Фрейд вважав інстинкти життя і смерті, що виявляються відповідно до сексуального й агресивного поведіння. Але оскільки життя завжди закінчується смертю, **інстинкт смерті сильніший**. Він виявляється в людині руйнівними діями щодо оточення (**сацизм**) або самого себе (**мазохізм**).

Спогади про пережиті в дитинстві психічні травми приглушуються свідомістю («Суперего»), але вони зберігаються в несвідомому і виявляються невротичними симптомами протягом усього життя людини.

Мета психоаналітичної терапії згідно із З. Фрейдом — з'ясувати дитячу травму і повернути її у свідомість пацієнта, де її вдасться раціонально обробити. Цього можна досягти, впливаючи на «Я» («Его») — субстанцію, що займає проміжне становище між «Воно» і «Суперего» і слугує для задоволення несвідомих інстинктів. Невротик досягає цього, використовуючи лікаря-психоаналітика як образ одного з батьків, на який він і переносить свої інфантильні сексуальні потяги.

П'ятдесяті роки ХХ ст. ознаменувалися появою і початком широкого впровадження в психіатричну практику нових лікарських засобів (нейролептиків). Їх терапевтичний ефект значно перевершував дію усіх засобів, які до того застосовували в психіатрії. Це дало змогу значно поліпшити вирішення лікувально-профілактичних завдань. Чимала кількість хворих, приречених колись більшу частину життя перебувати в лікарні, одержали можливість жити в домашніх умовах.

У ХХ ст. психіатрія почала розвиватися в Україні. Визнаним психіатричним центром стала Харківська психіатрична школа.

Нині відбувається перебудова суспільного життя, медицини і зокрема психіатрії. Зростає роль медичної сестри у здійсненні догляду за психічнохворими.

У ХХ ст. здійснено спробу вивести процес гуманізації психіатрії на якісно новий рівень. Починаючи з Пінеля, реформи з гуманізації психіатрії здійснювали з позиції патерналізму. Пацієнта розглядали винятково як об'єкт лікарської турботи і піклування.

На початку 60-х років ХХ ст. на Заході виник напрям, який отримав назву **«антипсихіатрія»**. Провідна теза антипсихіатрів полягає в тому, що психіатрію **не можна** зарахувати до медичної дисципліни через відсутність у її арсеналі об'єктивних методів діагностики, якими користується вся медицина (наприклад, вимірювання температури тіла, артеріального тиску, результати лабораторних досліджень).

На думку антипсихіатрів, психіатрія є інструментом соціального контролю і політичного примусу. За допомогою психіатрії виявляють осіб, які порушують соціальні закони.

### Контрольні запитання

1. Дайте визначення терміна «психіатрія».
2. Яка думка щодо психіатрії панувала в античні часи?
3. Як ставилися до психічнохворих у Середньовічній Європі?

4. Наведіть приклади з грецької міфології щодо Геракла та Одиссея.
5. Яким було ставлення до психічнохворих у Росії?
6. Коли і де був заснований Бедлам?
7. Що зробив Ф. Пінель для психічнохворих?
8. Де і коли було введено «систему відчинених дверей»?
9. Хто скасував гамівні сорочки для психічнохворих?
10. У чому полягає теорія Ломброзо?
11. Назвіть важливі ідеї Е. Крепеліна в психіатрії.
12. Дайте визначення теорії З. Фрейда.
13. Схарактеризуйте розвиток психіатрії в Україні.
14. Що таке «антипсихіатрія»?

## Розділ 2

### Учення про вищу нервову діяльність. Явища, функції і типи перебігу психічної діяльності. Психіка

*Увесь спектр явищ психіатрії, що їх вивчає психіатрична наука, охоплює:*

- психічні процеси;
- психічні стани;
- психічні властивості.

*Психічні процеси також мають назву когнітивних (пізнавальних), оскільки спрямовані на пізнання навколишнього та внутрішнього світу. Це:*

- відчуття;
- сприйняття;
- увага;
- пам'ять;
- уява;
- мислення;
- мовлення.

*Психічні стани характеризують внутрішні переживання і мають визначальний вплив на перебіг діяльності. Це стани:*

- уваги;
- напруження;
- релаксації;
- установки.

Також виділяють емоційні переживання, пов'язані із процесом задоволення потреб, та самі потреби (мотиваційні переживання).

*Психічні властивості мають також назву індивідуальних (особистісних). До них належать:*

- здібності;
- темперамент;
- характер;
- воля;
- почуття;
- потреби;
- мотиви поведінки;
- стійке ставлення до себе та оточення.

*Тобто це те, що вирізняє людину як особистість і проявляється в її поведінці.*

Щодо походження психіки досі немає єдиної думки. Вирішення залежить від прийняття позицій еволюціонізму або креаціонізму.

*Психіка виконує когнітивну (пізнавальну), регулятивну, мотиваційну та комунікативну функції.*

**Когнітивна функція** виявляється в активізації всіх пізнавальних процесів під час виконання виробничого завдання. У процесі праці людина сприймає і переробляє інформацію, приймає та реалізує рішення, осмислює різні варіанти дій, використовує засвоєні знання, навички та вміння, прогнозує можливі ситуації, вдосконалює способи діяльності.

**Регулятивна функція** психіки в процесі праці реалізується у станах оптимальної мобілізації резервних можливостей працівника, необхідному рівні його активності, концентрації та спрямуванні пізнавальних процесів і вольових зусиль на досягнення поставленої мети.

**Мотиваційна функція** психіки пов'язана зі спонуканням працівника до активності та підтримання останньої на певному рівні.

**Комунікативна функція** психіки в процесі праці реалізується у спілкуванні працівників, яке є основою міжособистісних відносин, способом організації спільної діяльності та методом пізнання людини людиною.

Нині у вітчизняну психіатрію впроваджено нову Міжнародну класифікацію хвороб десятого перегляду, або МКХ-10. Психіатрична систематика в МКХ-10 зазнала помітних змін порівняно з попередніми класифікаціями. Ці зміни стосуються насамперед введення деяких нових рубрик, з'явлення меж шизофренії, використання більшої кількості характеристик психічних розладів і чітких діагностичних критеріїв, що визначають кількість і співвідношення симптомів, необхідних для достовірної діагностики.

Важливо зазначити, що у МКХ-10 застосовують термін «розлад» (а не «хвороба»), яким об'єднано певну групу симптомів або поведінкових ознак, що діють у більшості випадків страждання й перешкоджають особистісному функціонуванню.

**Вища нервова діяльність (ВНД)** — це діяльність вищих відділів головного мозку, що забезпечує спільно з діяльністю інших відділів головного мозку нормальне існування організму та його постійне пристосування до мінливих умов зовнішнього середовища.

**Основою ВНД є умовні рефлекси та складні безумовні рефлекси — інстинкти.**

**Рефлекси. Безумовні рефлекси** — рефлекси, що успадковуються нащадками від батьків і зберігаються протягом усього життя. Вони формуються еволюційно у відповідь на тривалу дію життєво важливих подразників і є основою всіх реакцій поведінки тварин і людини.

І.П. Павлов розділяв **безумовні** рефлекси за їх складністю на:

- **прості** (рефлекси спинного мозку);
- **складні** (рефлекторні дуги проходять через підкіркові ділянки мозку);
- **надскладні** (інстинкти).

**Інстинкт** — сукупність складних форм поведінки, властивих тварині певного виду, що виникають у відповідь на подразнення зовнішнього або внутрішнього середовища.

**Умовні рефлекси** — рефлекси, що формуються протягом життя внаслідок поєднання умовного (індиферентного) і безумовного (життєво необхідного) подразників.

**Безумовний подразник** — це подразник, здатний зумовити безумовний рефлекс (наприклад, вигляд або запах їжі стимулює секрецію слини в голодного собаки).

**Пам'ять, механізми пам'яті.** Вироблення умовних рефлексів, навчання тварин і людини можливі завдяки здатності нервової системи до запам'ятовування інформації.

**Пам'ять** — властивість нервової системи зберігати інформацію, що зумовлює здатність живих організмів до здобування та використання досвіду.

За тривалістю збереження інформації пам'ять розділяють на:

- сенсорну;
- короткострокову;
- довгострокову (тривалу).

**Сенсорна пам'ять** — один із перших етапів сприйняття інформації. Її наявність забезпечує збереження зорового образу під час миготіння, сприйняття власного і чужого мовлення.

**Короткострокова пам'ять** дає змогу утримувати інформацію протягом визначеного, досить короткого, проміжку часу. Для переходу інформації в довгострокову пам'ять необхідне її повторення.

**Довгострокова пам'ять** забезпечує тривале зберігання інформації — протягом багатьох років або навіть усього життя.

**Особливість людської пам'яті полягає у здатності зберігання інформації не лише про конкретні предмети, а і їхні словесні позначення.**

За способом запам'ятовування інформації виділяють такі форми пам'яті:

- зорову;
- слухову;
- рухову.

**Емоційна пам'ять** — це здатність нервової системи відтворювати пережитий раніше емоційний стан з елементами тієї ситуації, що його спричинила.

Особливістю пам'яті є **забування** — неможливість видобування інформації в потрібний момент. Забування може відбуватися, якщо інформація не була переведена в довгострокову пам'ять. Іноді забування може бути пов'язане з неможливістю пошуку інформації в певний проміжок часу.

**Сон і сновидіння.** Цикл *сон—неспання* належить до добових ритмів людини. На підставі електрофізіологічних досліджень (записи електроенцефалограми) виділяють дві стадії фізіологічного сну: **повільний сон** і **швидкий** (парадоксальний) сон.

**Вважають, що сон — це етап перероблення інформації, що надійшла під час стану неспання. Сон необхідний для відпочинку нейронів, відновлення ресурсів усього організму.**

**Особливості ВНД людини.** *Перша сигнальна система* — це система рефлекторних реакцій на конкретні подразники. Людина, крім першої, має *другу сигнальну систему*, завдяки якій мислення відбувається не лише за допомогою конкретних образів, сприйнятих органами чуття, а й узагальнених понять: слів, математичних знаків тощо.

Здатність до абстрактного мислення (формування абстрактних понять) властива лише людині. Основою для цього є друга сигнальна система, яка є не конкретною сукупністю нейронів або нервових центрів, а унікальною властивістю ВНД людини.

Друга сигнальна система значно розширює пристосувальні можливості, оскільки людина за допомогою слів може отримати правильні

уявлення про предмети або явища навколишнього середовища без безпосереднього контакту з ними.

*Крім того, за допомогою слів людина може уявити минуле, прогнозувати майбутнє, передавати свої знання нащадкам.*

Гальмування умовних рефлексів, які формуються на основі абстрактного мислення, відбувається швидше, ніж тих, які виробляються на конкретні подразники.

### Контрольні запитання

1. Що таке когнітивні (пізнавальні) процеси?
2. У чому полягають мотиваційна та комунікативна функції психіки?
3. Що таке інстинкт?
4. Дайте визначення безумовних рефлексів.
5. Дайте визначення умовних рефлексів.
6. У чому полягають особливості людської пам'яті?
7. Дайте визначення емоційної пам'яті.
8. Яка функція сну та сновидіння?
9. Схарактеризуйте першу та другу сигнальні системи людини.

## Розділ 3

### Класифікація та типи перебігу психічних хвороб

#### Класифікація психічних хвороб

В історичному аспекті можна виділити кілька етапів становлення та удосконалення класифікацій психічних захворювань. На першому етапі оригінальні класифікації було розроблено всесвітньо відомими вченими-психіатрами. Вони з'явилися наприкінці XIX — на початку XX ст. У цей період найбільший внесок у формування поглядів на систематику психічних розладів зробили Е. Крепелін, М. Блейлер, А. Мейер. Серед вітчизняних учених — С.С. Корсаков, П.О. Бутковський, В.П. Осипов, В.А. Гіляровський та ін. Згодом професійні об'єднання психіатрів деяких країн створили національні класифікації. Так, загальносвітове визнання дістала систематика Американської психіатричної асоціації, уперше опублікована в 1952 р.

В останньому, десятому, варіанті цієї класифікації (МКХ-10) враховано пропозиції наукових працівників і клініцистів із майже 40 країн

світу (110 інститутів). В Україні до практичного використання її офіційно прийнято в 1998 р. Нині вчені працюють над МКХ-11.

*У цих систематиках виділено такі основні категорії класифікації:*

- **розумова відсталість** — постійне, з дитинства недорозвинення психічної і, передусім, інтелектуальної функції;
- **розлади особистості** — аномальна поведінка, що проявляється постійно з дитинства;
- **психічний розлад** — аномальна поведінка або хворобливе психічне переживання, що виникає після періоду нормального функціонування;
- **адаптаційні розлади** — виражені меншою мірою, ніж у попередньої категорії хворих, розлади, зумовлені стресогенними ситуаціями;
- **інші розлади** — що їх не можна зарахувати до попередньої категорії (наркотична залежність, порушення сексуальної орієнтації, споживання їжі, розлади сну тощо);
- **порушення розвитку** — постійні порушення мовлення, зорово-просторових навичок, рухової координації та інших функцій, що починаються в дитинстві й пов'язані з біологічною незрілістю ЦНС;
- **інші розлади, специфічні для дитячого та підліткового віку**, — властиві цим періодам життя розлади уваги, активності, поведінки, емоцій, соціального функціонування, рухів, харчування, мовлення, нервовий тик, снурез.

*Розділ нозологічної психіатрії включає такі основні форми психічних розладів:*

- інфекційні;
- психічні розлади при черепно-мозкових травмах (ЧМТ);
- алкоголізм, наркоманія та токсикоманія;
- епілепсія;
- шизофренія;
- афективні психози;
- психічні розлади при соматичних захворюваннях;
- психогенії (реактивні стани, неврози);
- пресенільні та сенільні психози;
- олігофренії та затримка розвитку;
- психопатії (розлади особистості) та акцентуації особистості.

## Типи перебігу психічних хвороб

Виділяють такі типи перебігу психічних хвороб:

**Прогредієнтний, процесуальний** — поступове поглиблення патології психіки з формуванням дефекту особистості. За таким типом перебігають шизофренія, епілепсія, алкоголізм, хвороби Піка, Альцгеймера та ін.

**Фазовий, або циркулярний, інтермітивний** — закономірне виникнення нападів або фаз хворобливого стану, у проміжку між якими людина відносно здорова. Наприклад, маніакально-депресивний чи біполярний психоз, інколи — шизофренія та ін.

**Реактивний** — виникнення розладу безпосередньо пов'язане із дією психотравматичних життєвих обставин, які знаходять відображення у клінічній картині захворювання. При цьому ознаки психічного розладу залишаються після нормалізації ситуації, що травмує психіку (тріада Ясперса). За таким типом перебігають реактивні стани або реактивні психогенні психози.

**Розвиток** — поступове наростання психопатологічної симптоматики (без формування дефекту особистості). За несприятливого поєднання обставин, що зумовлюють виникнення хвороби, може розвинути соціальна дезадаптація, наприклад, невротичні, психопатичні розлади.

**Епізод** — розлад психіки, спровокований певним патологічним чинником, який раптово почав діяти. При цьому хворобливий стан не набуває систематизованого характеру, а є лише окремим епізодом у житті людини, наприклад, печінкова або гіпоглікемічна кома тощо.

*Жодна з клінічних дисциплін не використовує у своїй практиці такої кількості найменувань для характеристики патологічних розладів, як психіатрія. Це пов'язано з тим, що її становлення ґрунтувалося переважно не на медичних критеріях, а на емпіричному описанні різних патологічних синдромів.*

Практично всі відомі психіатри XIX — початку XX ст., особливо із Франції та Німеччини, залишили слід в історії медицини, давши своє ім'я тому чи тому психопатологічному феномену.

Помітну роль у формуванні уявлень про причини захворювання відіграла концепція Н.І. Jackson (1864) про локалізацію функцій нервової системи. Цей автор розподілив симптоми, що виникають унаслідок ураження головного мозку, на:

- *негативні, або симптоми випадіння, та*
- *позитивні — пов'язані зі звільненням нижчих відділів мозку з-під контролю вищих.*

Концепція Джексона знайшла своє відображення в дослідженнях Е. Крепеліна (1920) про **реєстри психопатологічних синдромів**. Останній виділив такі розлади:

- невротичні;
- афективні;
- галюцинаторні;
- маячні;
- дискінетичні;
- енцефалопатичні.

З огляду на глибину ураження психіки французькі дослідники Н. Епі і J. Rouart (1936) розробили власну шкалу, виділивши 8 груп основних синдромів: *невротичні, параноїдні, онейроїдні, сенестопатичні, маніакально-меланхолічні, сплутано-ступорозні, шизофренічні та цементуючі*.

Н.І. Jackson виділяв 9 груп (кіл) **позитивних** і 10 груп (кіл) **негативних** синдромів, які розташовані один за одним, з огляду на ступінь тяжкості та наростання нозологічної специфічності. Серед позитивних — *емоційно-гіперестетичні, афективні та невротичні розлади, вербальний галюциноз і параноїдні стани, кататонічні, галюцинаторно-параноїдні, парафренні синдроми потьмарення свідомості, парамнезії, судомні та психоорганічні синдроми*, негативних — *виснаження психічної діяльності, суб'єктивно усвідомлена зміненість, об'єктивно визначена зміненість, дисгармонія особистості, зниження енергетичного потенціалу, зниження рівня особистості, амнестичні розлади, тотальна недоумкуватість і психічний ма-разм*.

## Симптоми психічних хвороб

Усю інформацію із зовнішнього і внутрішнього середовища людини отримує за допомогою процесів сприйняття й відчуття. Це початковий етап, перший ступінь пізнавальної діяльності людини, чуттєвого пізнавання навколишнього світу.

**Відчуття** — це відображення окремих властивостей предметів і явищ матеріального світу, що безпосередньо впливають на органи чуття. Це філо- й онтогенетично одна з найбільш ранніх функцій.

**Сприйняття** — відображення цілісного образу предметів і явищ навколишнього світу, що діють на організм через відчуття.

Це активний процес аналізу і синтезу відчуттів шляхом зіставлення їх із попереднім досвідом. Наприклад, сприйняття дощу через відчуття

вологи і холоду. Невід'ємною умовою нормального сприйняття є механізми пам'яті.

До розладів відчуття належать:

**Гіперестезія** — підвищення інтенсивності відчуттів. Звичайні подразники — світло, звук, запах, дотик — здаються надміру інтенсивними.

**Гіпестезія** — підвищення порога чутливості до подразників. Навколишні предмети втрачають яскравість і чіткість, стають одноманітними, невизначеними. У звуках людина перестає чути силу і виразність, у кольорах — розрізняти відтінки.

**Анестезія** — повна втрата відчуттів, що може виникати як в окремих, так і в кількох рецепторах одразу (глухота і сліпота одночасно).

**Аналгезія** — втрата відчуття болю.

**Парестезії** — відчуття неіснуючого подразника. Наприклад, відчуття «повзання мурашок» при нервовому перенапруженні.

**Синестезії** — явища підміни рецептора, які полягають у тому, що зовнішній подразник, який адресований одному аналізатору, спричинює одночасно відповідь з іншого або одразу з кількох (запахи, звуки, фарби «зливаються в одне»).

Синестезії можуть виникати у творчих людей, не будучи ознакою хвороби. Наприклад, відчуття картини як музики.

**Сенестопатії** — різноманітні неприємні поліморфні відчуття, що динамічно локалізуються в різних ділянках тіла, внутрішніх органах і мають невизначений (на відміну від вісцеральних галюцинацій) характер. Проявляються відчуттям жару, стягнення, перевертання тощо. Спостерігають сенестопатії при шизофренії, депресивних станах і деяких видах інтоксикацій.

Локалізація їх у порожнині рота може дезорієнтувати лікаря-стоматолога, унаслідок чого можливе встановлення неправильного діагнозу.

До розладів сприйняття належать:

**Порушення сенсорного синтезу (психосенсорні розлади):**

**Дереалізація** — відчуження світосприйняття із втратою орієнтації в часі та просторі. Такі хворі скаржаться на те, що світ змінився, усе навколишнє сприймають чужим, мертвим, тьмяним, застиглим, нереальним.

Із дереалізацією пов'язують відчуття присутності в кімнаті сторонньої людини на тлі критичного ставлення до цього, зміни сприйняття плину часу (він то зупиняється, то спливає занадто швидко) та розлади **аперцепції** — здатності пов'язувати між собою окремі явища.

Мають багато спільного з дереалізацією симптоми, що виникають при **поєднанні розладів сприйняття і пам'яті: *deja vu*** — «раніше бачене», ***jamais vu*** — «ніколи не бачене», ***deja entendu*** — «раніше почуто».

У такому стані **незнайомі** предмети чи ситуації хворі сприймають як **давно відомі**, і навпаки.

**Деперсоналізація** — стан, при якому порушується усвідомлення психічного і фізичного власного «Я». При цьому хворі власні думки і дії сприймають відчуженими від власної особистості.

Як правило, деперсоналізація розвивається на тлі тих або тих дереалізаційних розладів. Вона може супроводжуватися розладом самоусвідомлення і зміною самооцінки, навіть до повної втрати відчуття власного «Я» і його єдності.

**Мегаморфозії** — порушення зорового сприйняття форми, величини і пропорцій предметів. Їх впізнають (на відміну від ілюзій), але сприймають спотворено. Розрізняють:

- **макропсії** — предмети стають величезними;
- **мікропсії** — неприродно зменшеними;
- **дисмегалопсії** — перекручуються у різних напрямках навколо осі;
- **порропсії** — втрату відчуття перспективи.

**Порушення «схеми тіла»** — сприйняття свого тіла як зміненого. Хворому здається, що він став набагато важчим або легшим, зменшився або збільшився, змістилися окремі частини його тіла. Наприклад, голова відокремилася від тулуба, надзвичайно збільшилась або зменшилась.

**Агнозія** — повна «душевна сліпота», неможливість впізнати та пояснити значення сенсорних відчуттів.

**Ілюзія** — хибне сприйняття реального об'єкта.

**За належністю до органів чуття** розрізняють такі ілюзії:

- зорові;
- слухові;
- нюхові;
- тактильні;
- смакові;
- ілюзії загального відчуття (положення в просторі).

Найчастіше виділяють такі типи ілюзій:

- фізичні;
- фізіологічні;
- афективні;

- вербальні;
- парейдолічні.

**Фізичні ілюзії** — зумовлені фізичними властивостями предмета. Наприклад, північне сьйво чи марево в пустелі.

**Фізіологічні ілюзії** — їх поява може бути пов'язана з особливостями роботи аналізаторів. Наприклад, у разі раптової зупинки потяга здається, що навколишні предмети ще рухаються. Іноді у психічнохворих можуть виникати думки про спеціальне значення таких явищ.

**Ілюзії вербальні** — перекручене, хибне сприйняття змісту реальної розмови оточуючих. У цих розмовах хворому вчуваються принизливі та образливі зауваження на його адресу, погрози розправи, що спричинюють у нього страх і тривогу.

**Ілюзії афективні** — ілюзії, які виникають у стані напруженого чекання, страху, тривожно-пригніченого настрою. За таких обставин замість стетоскопа в руках лікаря хворий може побачити ніж чи пістолет, а в шумі вітру почути дихання «переслідувачів», які наздоганяють його.

**Ілюзії парейдолічні** — спотворене сприйняття, при якому хворий, дивлячись, наприклад, на шпалери, килими, ліплення на стелі чи тріщини на стіні, сприймає їх як яскраві динамічно мінливі картини, на яких змінюють одне одного фантастичні пейзажі, чудовиська, казкові герої тощо. Такі ілюзії переважно виникають в ініціальной стадії гострих психозів.

Ілюзії потрібно відрізнити від інтелектуальних висновків (наприклад, гарно оброблене ювеліром скло сприймається як діамант) і функціональних галюцинацій.

**Галюцинації** — несправжнє, уявне сприйняття неіснуючих подразників.

Є кілька класифікацій галюцинацій за різними ознаками.

За ступенем складності виділяють:

- **прості (елементарні):**
  - **акозми** — елементарні слухові галюцинації (шум, тріск);
  - **фотопсії** — елементарні зорові галюцинації (спалахи, плями);
- **складні** — галюцинації з певним змістом, наприклад музика;
- **комбіновані** — об'єкт сприймається кількома аналізаторами.

За аналізаторами виділяють:

- **зорові (оптичні)** — сприйняття неіснуючих зорових образів:
  - **аделоморфні** — нечіткі розмиті зорові образи;
  - **мікро- та макроскопічні** — зменшені чи збільшені образи;
  - **поліоптичні** — численні однакові зорові образи;

- **автоскопічні галюцинації** — хворий бачить поряд із собою власного двійника;
- **негативні автоскопічні** — хворий не бачить свого віддзеркалення;
- **геміаноскопічні** — виникають в одній половині поля зору;
- **слухові (вербальні)** — сприйняття акустичних образів, голосів, яких насправді не існує. Голоси можуть бути:
  - **коментувальними** — коментують вчинки хворого;
  - **імперативними** — наказовими, що особливо небезпечно;
  - **контрастувальними (антагоністичними)** — діалог голосів, які ведуть суперечку. Зазвичай частина голосів при цьому засуджує хворого, а частина виправдує;
  - **нейтральними** — їх зміст не стосується особи хворого;
- **тактильні (дотикові)** — відчуття повзання по шкірі або під шкірою якихось істот. До них належать генітальні галюцинації Маніана, коли хворі відчувають, що їх статевими органами хтось маніпулює, робить непристойні дії тощо;
- **нюхові** — сприйняття уявних запахів різної інтенсивності й відтінків. Переважно вони мають неприємний подразливий характер: трупний запах, гниття, запах сірководню;
- **смакові** — їжа набуває нехарактерних їй смакових властивостей. Як і при нюхових галюцинаціях, йдеться про подразливі відчуття, що спричинюють відмову від споживання їжі. Нюхові та смакові галюцинації є ознакою несприятливого прогнозу при шизофренії;
- **вісцеральні** — хворий стверджує, що всередині його тіла, найчастіше в животі, перебувають живі істоти: жаби, змії. Вони можуть «пересуватися, повзати» тощо, спричинюючи вкрай неприємні відчуття.

**Справжні галюцинації** сприймаються як реальність і мають зовнішню проекцію, виразність і конкретність. Вони частіше виникають при екзогенних психічних захворюваннях.

**Псевдогалюцинації** переважно супроводжують ендогенні психічні захворювання, характеризуються відсутністю екстрапроекції галюцинаторного образу (наприклад, голос, що чується в голові «внутрішнім вухом»; образ, що бачиться «внутрішнім оком») і наділені не стільки тілесністю, скільки образністю, тобто мають суб'єктивний характер.

Диференціальна діагностика справжніх і псевдогалюцинацій надзвичайно важлива в психіатричній практиці, її проводять за кількома основними ознаками:

**Критерій проєкції.** Справжні мають *зовнішню*, а псевдогалюцинації — *внутрішню* проєкцію в межах чуттєвого горизонту.

**Критерій об'єктивної реальності і чуттєвої яскравості.** Справжні галюцинації мають для хворого всі ознаки реального сприйняття і трактуються як такі, що існують насправді.

**Критерій зробленості.** Справжні, на відміну від псевдогалюцинацій, не усвідомлюються як нав'язні, «створені» кимось.

**Критерій актуальності поведінки.** При псевдогалюцинаціях поведінка хворих не завжди відповідає їх змістові; є певні елементи розуміння хворобливості власного стану.

**Критерій соціальної впевненості.** При справжніх галюцинаціях хворі впевнені, що люди, які перебувають поряд, мають ті самі переживання.

**Критерій спрямованості на фізичне і психічне «Я».** Справжні галюцинації спрямовані переважно на фізичне «Я», а псевдогалюцинації — на психічне «Я» особистості.

**Критерій залежності від часу доби.** Справжні галюцинації, як правило, посилюються надвечір, а псевдогалюцинації не мають добових коливань.

За *етіопатогенезом* розрізняють такі галюцинації:

- **афектогенні** — виникають одразу після психотравми і відображають її зміст;
- **домінантні** — виникають через поступове посилення психотравмівної ситуації, коли певні думки на тлі потужного афекту стають домінантними. Наприклад, при афективному психозі хворий може чути голоси, які під час депресивної фази засуджують його, а під час маніакальної — звеличують;
- **рефлекторні** — виникають разом із реальним подразником, але сприймаються іншим аналізатором і зникають після припинення дії подразника. Наприклад, хворий під музику бачить сяйво;
- **функціональні** — реальний і галюцинаторний образи локалізуються в одному аналізаторі (під перестук коліс хворий чує голос);
- **викликані** (симптом Ліпмана) — натисканням на очні яблука можна спричинити зорові галюцинації у хворого;
- **нав'язні** (симптом Рейхарта) — хворий бачить на чистому аркуші паперу малюнки, читає текст.

*Особливі види галюцинацій:*

- **гіпнагогічні** — галюцинації, що виникають під час засинання;
- **гіпнопомпичні** — галюцинації, що їх спостерігають під час пробудження;

- **галюцинації типу Шарля Боне** — виникають в органах чуття, на які впливає патологічний процес. Сліпий бачить, глухий чує тощо;
- **екстракампінні** — галюцинаторний образ виникає за межами поля зору. Наприклад, хворий стверджує, що за його спиною стоїть демон.

**Галюциноз** — психопатологічний стан, що характеризується постійною наявністю тих чи тих галюцинацій, частіше слухових, за збереження критичного ставлення до них. Галюцинози спостерігають при алкоголізмі, шизофренії, епілепсії, органічних ураженнях головного мозку.

**Педукулярний галюциноз**, описаний J. Lhermitte, виникає при ураженні середнього мозку в ділянці ніжок і четвертого шлуночка. При цьому, як правило, надвечір виникають рухливі мікрооптичні галюцинації.

**Галюциноз Plaut** (1913) — один із проявів сифілісу головного мозку, характеризується слуховими галюцинаціями, які супроводжуються критичним ставленням хворого до них.

### Контрольні запитання

1. Назвіть основні категорії класифікації МКХ-10.
2. Назвіть основні розділи нозологічної психіатрії.
3. Назвіть типи перебігу психічних хвороб.
4. У чому полягає прогредієнтний тип перебігу психічних хвороб?
5. Дайте визначення реєстрів психопатологічних синдромів за Е. Крепеліном.
6. Визначте симптоми: відчуття і сприйняття.
7. Що таке парестезія?
8. Що таке ілюзії?
9. Дайте визначення симптомів дереалізації і деперсоналізації.
10. Що таке галюцинації?
11. Чим відрізняються ілюзії від галюцинацій?
12. Що таке псевдогалюцинації?
13. Що таке тактильні галюцинації?
14. Який прогноз захворювання за наявності слухових галюцинацій?
15. Назвіть ознаки псевдогалюцинацій.
16. Схарактеризуйте симптом Ліпмана.
17. Що таке парейдолічні ілюзії?
18. Яку допомогу хворому має надати медична сестра при зорових галюцинаціях?

19. Яку допомогу хворому має надати медична сестра при слухових галюцинаціях?

20. Схарактеризуйте гіпнагогічні галюцинації.

21. Назвіть ознаки педункулярного галюцинозу.

## Розділ 4

### Загальна психопатологія.

#### Методи обстеження психічнохворих

Сучасна медицина потребує від медичного працівника будь-якого фаху (медичної сестри зокрема) застосування у своїй практиці лікувально-діагностичних знань і умінь як щодо основних психічних захворювань, так і суміжних нервово-психічних розладів.

У психіатричній практиці провідне місце посідають *клінічні* методи обстеження.

*До них належать:*

- спостереження за поведінкою хворого;
- опитування хворого (бесіда);
- аналіз анамнестичних даних, які складаються із суб'єктивних (отриманих безпосередньо від хворого) та об'єктивних (зі слів рідних чи тих осіб, хто добре знають хворого);
- клінічне обстеження соматичного і неврологічного стану хворого та стану всіх сфер його психіки.

Бесіду з хворим необхідно вести спокійно, ввічливо, питання ставити чітко, у зрозумілій формі, звертаючись до хворого на ім'я та по батькові.

Чемний тон розмови разом з повільними, обережними рухами створює атмосферу доброзичливості, і хворий дещо заспокоюється, що дає медичному працівнику можливість вести розмову в потрібному напрямі. Варто зважати на можливу сповільненість мислення пацієнта внаслідок дії заспокійливих лікарських засобів. Після запитання потрібно витримати паузу і вести бесіду в спокійному темпі.

Не можна зупиняти хворого на півслові, навіть якщо він надто детально описує факти чи переходить до іншої теми. Необхідно знайти паузу в розповіді хворого, підбити підсумок його висловлювань (наприклад: «Так, наскільки ми зрозуміли, Вам було дуже зле у той час»; чи: «Дякую, щодо захворювання Ваших нирок ми вже визначилися») і далі ввічливо спрямувати бесіду в необхідному напрямі.

Потрібно заслужити довіру хворого, бо лише продумана, цілеспрямована й одночасно доброзичлива розмова може гарантувати очікувану відвертість.

У разі балакучості, постійного відволікання уваги, дратівливості хворого варто спокійно повторювати одні й ті самі питання, можливо, дещо іншими словами, м'яко, але наполегливо. Якщо хворий відмовляється відповідати на запитання, зміна напряму розмови допоможе зняти напруження, відволікти хворого аби пізніше повернутися до бажаної теми.

Закінчивши обстеження, доцільно подякувати хворому за спілкування, ввічливо попрощатися з ним та побажати йому найшвидшого одужання.

**Діагностика** є однією із форм пізнавальної діяльності людини, до якої можна застосувати всі загальні закони пізнання.

Уміле діагностування — це одна з найважливіших ознак професійності лікаря і медичної сестри. Етапність діагностичного пошуку є послідовною схемою визначення специфічних закономірностей складного патологічного процесу, наслідком якого є встановлення остаточного діагнозу.

Основні елементи, якими керується лікар у процесі діагностування, — це симптоми, синдроми та нозологічні форми.

**Симптом** є окремим проявом хвороби, одиничним наслідком перебігу патогенетичного процесу. Усіх складових останнього на практиці не спостерігають, маючи справу лише з його проявами, тобто симптомами.

**Синдром** — це певна *сукупність окремих симптомів*, які поєднані спільним патогенезом.

**Нозологічна форма** (власне хвороба) становить групу патогенетично пов'язаних синдромів, які характеризуються особливою, індивідуальною динамікою розвитку.

*Образно кажучи, симптоми утворюють окремі цеглинки, з яких будуть стіни (синдроми), а останні формують будівлю (нозологічна форма, хвороба); при цьому роль будівельного розчину виконує індивідуальність перебігу (динаміка).*

Діагностичний пошук має три взаємопов'язані етапи. Це встановлення:

- попереднього;
- клінічного;
- остаточного діагнозу.

Згідно із цією схемою, на підставі зібраних скарг і результатів об'єктивного обстеження виділяють симптоми, з яких шляхом їх патогенетичного групування утворюють синдроми.

Відомості анамнезу хвороби та життя дають змогу визначити індивідуальні особливості та динаміку їх розвитку, на підставі чого діагност може запідозрити конкретне захворювання.

Лікар, таким чином, висловлює попередню думку щодо стану здоров'я пацієнта, яку формулює в загальноновживаних медичних термінах.

Другим етапом є встановлення **клінічного діагнозу**. При цьому додаткові методи дослідження дають змогу діагносту заглибитися у сутність патологічного процесу, виявити його індивідуальні особливості, змінити або уточнити попередній діагноз.

Диференційна діагностика є найскладнішим елементом діагностування. Вона ґрунтується на найважливіших операціях мислення: порівнянні, узагальненні, класифікуванні, відображаючи рівень клінічного мислення лікаря.

Третім етапом діагностичного пошуку є встановлення **остаточного діагнозу**. Він ґрунтується на наслідках призначеного лікування та динаміці стану здоров'я пацієнта під час та після нього.

Є навіть особлива форма діагностики — «діагностика *ex juvantibus*» (через лікування).

Залежно від кінцевих показників за результатами лікування встановлений лікарем діагноз підтверджується (цілковите чи часткове одужання) або уточнюється під час патологоанатомічного дослідження (якщо хворий помирає).

Якщо хвороба має хронічний перебіг і цілковите одужання неможливе, діагностичний пошук доповнюють спостереженням за хворим у період ремісії. Наприклад, визначити тип перебігу шизофренії можна лише за наявності відомостей про динаміку загострень і ремісій.

На початку обстеження після знайомства із хворим потрібно запитати, які скарги він має щодо стану свого здоров'я взагалі. Завдяки послідовним запитанням з'ясовують наявність порушень з боку органів і систем організму. Основну увагу приділяють скаргам щодо окремих сфер психіки, враховуючи здебільшого порушену здатність хворого до адекватної самооцінки.

Специфіка з'ясування анамнестичних відомостей у психіатричній практиці полягає у необхідності відокремлення *суб'єктивного й об'єктивного анамнезу*.

Спочатку оцінюють відомості, отримані під час безпосереднього спілкування з хворим. Це — **суб'єктивний анамнез**. Варто мати на

увазі, що психічне захворювання позначається на світогляді пацієнта. Частим наслідком цього є перекручування відомостей анамнезу через порушення пам'яті, сприйняття чи логічного мислення тощо.

Хворий може умисно перекручувати відповіді, уникати певного кола питань, сподіваючись прискорити виписування зі стаціонару чи вплинути на діагностичний або лікувальний процеси. Тому вкрай важливим є **об'єктивний анамнез**. Він містить відомості про життя хворого і захворювання, які одержані від людей, що його оточують.

До об'єктивного анамнезу варто зарахувати:

- відомості, що їх занотував лікар, який першим став свідком захворювання. Найчастіше це лікар психоневрологічного диспансеру, що спрямував хворого в стаціонар;
- результати спостереження, бесіди та опису об'єктивного статусу лікарем стаціонару під час первинного огляду хворого;
- відомості, отримані з документів, що є у хворого (паспорт, листування, характеристики, дані амбулаторних карток, виписки тощо);
- записи в щоденниках поточної історії хвороби та нотатки з архівних історій хвороби;
- відомості про життя та захворювання, які одержані від рідних і знайомих хворого (дружини чи чоловіка, батьків, друзів, дітей).

Хворий може взагалі заперечувати наявність у себе будь-якої психічної хвороби. У такому разі варто обмежитися констатуванням дат минулих госпіталізацій і коректно поцікавитися, як хворий може пояснити їх причини, приділяючи особливу увагу теперішній госпіталізації.

Важливу роль у психіатричній клініці відіграє дослідження **соматичного та неврологічного** стану. Подеколи виявлені соматичні та неврологічні симптоми можуть мати вирішальне значення в розпізнаванні причини психічного захворювання (пухлина мозку, СНІД та ін.), а в інших випадках сомато-неврологічні розлади можуть бути одним із проявів психічного захворювання.

Дослідження соматичного та неврологічного станів відбувається за схемами, прийнятими в терапевтичних і неврологічних клініках.

Під час дослідження та описування в історії хвороби психічного статусу слід дотримуватися об'єктивності й певної послідовності викладення фактів, керуючись схемою обов'язкового послідовного охоплення всіх сфер психічної діяльності хворого. Щодо кожної зі сфер психіки викладають результати лікарського спостереження й опитування.

Опитування проводять цілеспрямовано для виявлення певних психопатологічних симптомів.

#### **Послідовність описання психічних сфер:**

##### 1. Загальний вигляд хворого:

- вираз обличчя;
- міміка, її пластичність, виразність;
- особливості ходи;
- поза.

2. Ступінь і адекватність мімічного й мовленнєвого контакту з медичним працівником:

- добрий — коли хворий охоче відповідає на запитання та змістовно розповідає про себе;
- формальний — коли відповіді хворого одноманітні;
- відсутність контакту — хворий мовчазний, відвертається вбік, не дивиться в очі («очний негативізм»), відмовляється від бесіди.

3. Стан свідомості: орієнтування у місці перебування, навколишньому середовищі, часі, власній особистості;

- **розлади сприйняття** — відповідно до виявлених симптомів, опитування за аналізаторами, спостереження за поведінкою. Завдяки опитуванню можна визначити наявність ілюзій, галюцинацій, психосенсорних порушень. Варто докладно їх схарактеризувати за:
  - аналізаторами;
  - складністю;
  - проекцією;
  - повнотою розвитку;
  - суб'єктивним ставленням особи.

Якщо хворий прагне приховати деякі розлади, звертають увагу на особливості його поведінки, яка, відображуючи галюцинації чи інші вади сприйняття, допоможе їх об'єктивувати. Так, при слухових галюцинаціях можливі прислухання до «голосів», розмова з ними, інколи намагання врятуватися від них, затикаючи вуха пальцями, ватою та ін. У разі зорових галюцинацій можливе повертання голови в бік галюцинаторної картини, напружене спостереження за нею, характерним є і вираз обличчя. Інколи рухи при цьому відображують контакт із галюцинаторними образами (хапання, скидання зі столу, струшування з одягу, притискання та ін.). Переймаючись нюховими галюцинаціями, хворі можуть затикати ніс ватою, стискати його пальцями, кривити обличчя, плюватися. У разі тактильних галюцинацій можливі почісування, раптове відсмикування кінцівок та ін.;

#### • розлади мислення:

- за темпом (*нормальне, прискорене, сповільнене*);
- за зв'язаністю (послідовністю) та формою асоціацій (*розірваність, безладність, паралогічність, резонерство, патологічна деталізація, персеверації, патологічний символізм, амбівалентність мислення, неологізми*);
- за адекватністю асоціацій (*нав'язливі ідеї, надцінні ідеї, марення*).

Останні потрібно характеризувати тематично (наприклад, марення ревнощів, ідеї власної нікчемності й провини, ідеї переслідування, особливого значення і величі) і структурно (паранояльний, параноїдний чи парафренний характер марення), ілюструючи свої виклади прямою мовою хворого, а також зазначати рівень критичного осмислення хворобливих симптомів і перебігу хвороби самим пацієнтом;

- **розлади мовлення хворого** (*інтонації й модуляції голосу, виразність, паузи, особливості мімічного супроводження певних (маячних, свідомо хибних) тверджень*);

#### • розлади уваги:

- складність переключення;
- складність притягування;
- патологічне відволікання;
- зниження або відсутність притягування (ілюструвати прикладами спостережень за поведінкою і мовленням хворого);

#### • порушення інтелекту:

- відповідність інтелекту загалом віковому і загальноосвітньому рівню (переважні оцінки в атестаті, рівень загальновідомих знань зі шкільних предметів, відповідь на запитання щодо улюблених предметів);
- рівень суджень і висновків;
- розміри словникового запасу;
- здатність до абстрагування;
- оперування переносними поняттями;
- оперування математичними категоріями;
- здатність коригувати свої вислови за підказкою;
- рівень читання, писання;
- розуміння гумору;
- здатність вірно розуміти питання й інструкції — відразу чи з повтореннями і підказками тощо;

#### • порушення пам'яті:

- загострення;

- зниження;
- виявлення прогалін пам'яті з їх докладною характеристикою;
- якісні порушення (конфабуляції, псевдоремінісценції, криптомнезії);

- **емоційний стан:**

- переважне тло настрою, його стійкість, прояви порушень настрою;
- емоційні реакції під час бесіди з лікарем (наприклад, значні перепади настрою, періодична дратівливість, гнівливість);
- відсутність емоційної реакції на будь-що, невиразність і скупість емоцій, надзвичайна емоційна збудливість під час обговорення певного питання, пожвавлення емоцій у відповідь на конкретне запитання чи дію лікаря);
- розлади емоцій за силою, рухливістю, адекватністю;
- особливості емоційних реакцій хворого щодо важливих для нього осіб (рідних, друзів, медичних працівників, осіб, на яких поширилися маячні ідеї хворого).

Спостереження потрібно ілюструвати в історії хвороби описанням міміки, фізіологічних проявів тих чи тих емоційних реакцій у відповідь на певні мовні чи поведінкові стимули лікаря або медичної сестри;

- **стан рефлексорно-вольової сфери:**

- адекватність, швидкість, довільність і цілеспрямованість рухів;
- наявність чи відсутність нав'язливих рухів (тики, стереотипії та ін.);
- наявність судомних проявів, парезів, астазії-абазії, інших порушень рухів;
- прояви цілеспрямованої активності хворого (плани на майбутнє — адекватність, ширість, доцільність, у разі інвалідності — ступінь астенії, при шизофренії — можливі абулічні прояви тощо);
- особливості рухо-вольової активності хворого у відділенні лікарні за результатами спостерегань чергових медичних сестер: дотримання режиму відділення, ступінь співробітництва з медичним персоналом;
- виконання інструкцій, виконання фізичних навантажень;
- проведення вільного часу, особливості самодогляду, наявність наміру втекти з відділення чи інших порушень режиму;
- відомості про прояви маячної, галюцинаторної, дисфоричної, апато-абулічної, психопатичної, негативістичної та іншої поведінки зі слів середнього медичного персоналу.

Варто ідентифікувати особливості пристосувальної поведінки хворого. Вона здебільшого буває гармонійною, конфліктною, регресивною, індиферентною.

Потрібно з'ясувати наявність змін стану як нижчих, так і вищих потягів (посилення, ослаблення або збочення) та детально їх схарактеризувати. Особливу увагу потрібно приділяти суспільно агресивним і суїцидальним проявам.

Запитання про агресивні наміри щодо інших осіб чи щодо самого себе слід формулювати особливо коректно й обережно, відслідковуючи і виключаючи можливість індукції хворого власними фантазіями, вибираючи влучний для цього період часу і намагаючись внести максимальну ясність. Важливо з'ясувати **особисте ставлення хворого до факту госпіталізації та лікування:**

- позитивне, з критичним сприйняттям свого хворобливого стану, бажанням до співробітництва з медичними працівниками для досягненнявилікування;
- негативне, з відсутністю критичного ставлення до хвороби;
- байдуже або з формальною критикою хвороби (передати пряму мову хворого).

### Експериментально-психологічне дослідження

Метою експериментально-психологічного дослідження є виявлення порушень психічних процесів (сприйняття, уваги, мислення, пам'яті, емоцій) і загалом особистості. Практичного лікаря-психіатра передусім має цікавити загальна оцінка психічного стану хворого, різнобічні аспекти його психічної діяльності. Тому потрібно користуватися всіма групами методик і в протоколі дослідження зазначати не лише відповіді хворого, а й особливості його поведінки під час проведення дослідження, його висловлювання, відношення до обстеження тощо.

Під час проведення тестування лікар не повинен бути багатослівним. Однак певні види допомоги досліджуваному є цілком допустимими. Потрібно пам'ятати, що хворі інколи важко реагують на власну неспроможність. У такому разі варто пояснити мету дослідження й переконати хворого у тимчасовому характері наявних у нього порушень.

Під час пояснення мети дослідження слід пам'ятати, що для більшості людей психологічно є прийнятнішою перевірка «пам'яті», «уваги», «стану нервової діяльності», а не «розуму», «інтелекту» або «здібностей». Висування надто простих завдань може іноді наштотувати хворих на думку, що їх вважають «дурнями», «психами» тощо. У

такому разі потрібно розпочинати дослідження зі складніших завдань, які можуть зацікавити хворого. Якщо пацієнт почувається невпевнено, боїться виказати свою неспроможність, кілька простих завдань чи простих запитань заспокоюють його.

Нижче наведено лише деякі з методів, що їх можна застосувати під час дослідження функцій психіки.

### 1. Дослідження відчуття та сприйняття.

*Впізнання зображень на малюнках* (сприйняття звичайних малюнків, впізнання зображень за наявності лише деяких їхніх елементів: контурів, силуетів, основних штрихів чи побічних елементів, які утруднюють впізнання).

Пацієнтові пропонують роздивитися по рядах одне за одним зображення і назвати їх. Спочатку показують простіші картинки з чітким зображенням деталей, потім — дрібніші, контурні, силуетні, закреслені, накладені одна на одну і складніші.

Контурні малюнки із зображенням собаки показують по черзі зліва направо і пропонують досліджуваному «домалювати» в своїй уяві те, чого не вистачає.

Для дослідження оптичного пізнання використовують й інші таблиці.

Порушення сприйняття зображень спостерігають у хворих з ознаками психічної слабкості й розладами свідомості (астенічні стани, аментивні, аметивноподібні стани), у дітей із вираженою розумовою відсталістю.

Залежно від вираженості наявних розладів простіші та ближчі до реальних предметів зображення хворі сприймають правильно, а сприйняття малюнків силуетних, контурних, незакінчених, перекреслених або накладених один на одного є утрудненим.

*Дослідження сенсорної збудливості та реакції вегетативної нервової системи при сприйнятті складних малюнків.* Хворому пропонують розглянути таблиці, що зображують «рухливі» квадрати, а потім — таблицю «хвилястий фон». Коли хворий розглядає першу таблицю, другу закривають білим аркушем паперу, і навпаки. Вдивляючись у другу таблицю, хворий повинен підрахувати квадратики в першому ряду. При цьому враховують час, витрачений на підрахування квадратиків у кожному ряду, а також вегетативну реакцію і скарги хворого, що виникають у разі першого погляду на «рябий» фон і спрямування «обертів» квадратиків.

У разі першого погляду на «рябий», чи «хвилястий», фон у хворих із вираженою сенсорною збудливістю виникають вегетативна реакція,

ілюзорний стереоскопічний обман (хвилі здаються випуклішими), неприємні відчуття як у разі розгойдування, мерехтіння перед очима тощо. Це дослідження дає змогу «об'єктивувати» скарги і слугує диференційно-діагностичним критерієм токсичних і органічних уражень головного мозку.

### 2. Дослідження мислення.

*Узагальнення понять.* Хворому пропонують назвати одним словом, узагальненим родовим поняттям зображення або назви різних предметів. Це завдання стосується другої сигнальної системи: досліджують здатність до синтезу і сприйняття асоціацій з минулого життєвого досвіду. Наприклад, пропонують назвати одним словом:

а) поезія, музика, живопис, кіно;

б) корова, кінь, віслук, свиня;

в) фізика, хімія, математика, ботаніка.

*Розподіл понять.* Пацієнтові пропонують назвати відомі йому види тварин, рослин, тканин тощо. При цьому досліджують логічний процес, протилежний узагальненню понять. Завдання використовують для визначення стану другої сигнальної системи.

*Визначення і розмежування понять.* Хворого просять пояснити значення слів «кіт», «життя», «сніг», «горизонт», «правда» та ін., визначити відмінності між такими предметами та поняттями, як дитина і карлик, скупість і заощадливість, сосна і береза, бджола і муха тощо.

Таким чином досліджують складну аналітико-синтетичну діяльність другої сигнальної системи, яка ґрунтується на здатності виокремлювати важливі поняття, завдяки виділенню загальних основних ознак предметів і явищ, відображенню їх у мовленнєвих реакціях.

*Виключення понять.* Хворому пропонують виділити з групи предметів, об'єднаних родовим поняттям, предмет, який не стосується цього поняття. Завдання потребує розрізнення корою великого мозку складних подразників за загальними та важливими ознаках в однорідних комплексах, що є основою класифікації предметів, оскільки отримали підтримку минулого життєвого досвіду. Наприклад:

- сміливий, хоробрий, злий, відважний, рішучий;
- хвилина, секунда, доба, година, вечір;
- успіх, перемога, удача, спокій, виграш.

*Аналіз відношень понять.* Завдяки цьому дослідженню визначають уміння хворого встановлювати й узагальнювати відношення між поняттями. Виділення відношень забезпечує цілісність кіркового аналізу за провідної ролі другої сигнальної системи. Пацієнтові пропонують вибрати в першому ряду відношень аналогічне відношення другого

ряду. Наприклад, до відношення «бібліотека» (книга) хворий повинен вибрати відношення «ліс» (дерева), керуючись загальним поняттям ціле—частина.

*Розуміння значення прислів'я та метафори.* Прислів'я з погляду фізіології є складним словесним подразником і має дві основні ознаки: пряме і переносне значення. Другу ознаку виділяють на основі першої за механізмом часового зв'язку (асоціації), що утворений минулим життєвим досвідом. Нерозуміння переносного значення прислів'я зумовлене виснаженням або гальмуванням цього зв'язку. Це також можливо внаслідок гіпнотичного стану кори великого мозку. У цьому разі певна ознака подразника — переносне значення прислів'я — зумовлює гальмівну дію, а менш важлива ознака — пряме значення — позитивну дію.

У разі нерозуміння переносного значення хворі підбирають вислови, які мають зовнішню подібність із прислів'ям. Це свідчить про утруднення абстрактного мислення з фіксацією на загальних другорядних елементах.

Досліджуючи розуміння **метафор** (заяча душа, важка людина, вовчий апетит, глухий кут, кам'яне серце), хворому пропонують відповісти, в якому значенні вживають ці вирази. Тракткування висновків досліду подібне до трактування результатів визначення переносного значення прислів'я.

Таким чином, порушення процесів абстрагування й узагальнення можуть бути пояснені:

- недостатнім запасом часових зв'язків, утворених у минулому (у хворих на олігофренію);
- стійкою втратою часового зв'язку (при ураженні клітин кори великого мозку внаслідок органічних захворювань);
- розладами сприйняття часового зв'язку на тлі поширеного гальмування в корі великого мозку (у хворих на шизофренію).

### 3. Дослідження осмислювання:

а) *розуміння змісту сюжетних картин.* Хворому пропонують роздивитися репродукції картин і розповісти послідовно, що на них зображено. Завдання полягає у виділенні значущих деталей картини й визначенні її основного змісту.

Таким чином досліджують складні форми аналітико-синтетичної діяльності головного мозку за участю обох сигнальних систем. При виражених астенічних станах, синдромах порушеної свідомості тощо спостерігають зниження здатності до осмислення сюжету картини. У цьому разі хворі виділяють лише окремі предмети, деталі, які зобра-

жені на картині, і випускають наявні між ними смислові зв'язки й відношення. Цей тест дає змогу визначити преморбідний стан особистості хворого на підставі емоційного відношення до сюжету картини, подій, зображених на ній, тощо;

б) *розповідь за картинками з послідовним розгортанням сюжету.* Пацієнтові пропонують розглянути серію картинок із послідовним розгортанням сюжету і скласти розповідь. Тут, як і в першому випадку, аналіз і синтез складного комплексу подразника забезпечує передусім зоровий аналізатор першої сигнальної системи, але процес супроводжується також аналітико-синтетичною роботою другої сигнальної системи, що виражається у певних судженнях і висновках;

в) *силогізми.* Це такі умовисновки, в яких із двох категоричних суджень, пов'язаних одним загальним терміном, виводять третє судження, яке називають висновком, причому середнього терміна у висновку немає.

*Наприклад: усі рідини є пружними. Вода — рідина. Отже, вода пружна.* Із фізіологічного погляду рішуче значення для висновку має та частина судження-посилання, яка повторюється в обох посиланнях і є об'єднувальною ланкою: у нашому прикладі це слово «рідина». Тест містить два посилання-твердження і 4 висновки, із яких лише один правильний.

*Наприклад: жодна планета не світить власним світлом. Деякі небесні тіла світять власним світлом.* Отже, із варіантів: а) усі небесні тіла — планети; б) жодне небесне тіло не є планетою; в) деякі небесні тіла — планети; г) деякі небесні тіла — не планети — правильним висновком буде останній (г).

### 4. Дослідження пам'яті.

*Проба на запам'ятовування 10 слів* — для тестування механічної слухової пам'яті. Хворому тричі зачитують 10 слів, не пов'язаних між собою за змістом. Після кожного прочитування просять повторити всі слова у будь-якій послідовності, занотовуючи в протоколі правильність відповідей. Через годину пропонують повторити слова, що запам'яталися, і знову занотовують відповіді до протоколу. За умови норми, при третьому повторюванні обстежуваний відтворює 9 чи 10 слів.

*Приклади слів:*

- а) голка, троянда, межа, кішка, горе, пам'ять, книга, вино, пилка;
- б) син, чай, гриб, дим, лось, дуб, кров, рій, сміх, пар;
- в) море, книга, поле, осінь, театр, голуб, війна, наука, сонце, герой.

*Заучування тексту* — для визначення короткочасної безпосередньої пам'яті та функції ретенції (відтворення). Під час відтворення вра-

ховують не лише кількість, а й послідовність відтворених асоціацій. Тест полягає в зачитуванні тексту, що має певну кількість смислових одиниць.

Здорова людина після 2—3-разового прочитування легко заучує текст. Виражені утруднення під час виконання тесту спостерігають при органічних ураженнях головного мозку різного генезу.

*Піктограма* — для вивчення опосередкованого запам'ятовування, а також функцій мислення. Пацієнтові дають чистий аркуш паперу і пропонують для запам'ятовування названих йому 12 слів зробити нескладний малюнок, забороняючи при цьому числові і літерні позначки. Зазвичай спершу називають слова конкретнішого значення, надалі, переконавшись, що обстежуваному вдається виконувати завдання, переходять до більш абстрактних понять.

*Приклади слів: теплий вечір, голодна дитина, сміливий вчинок, беззубий дід, щастя, перемога, ворожнеча, багатство, мрія, розум, нудьга, надія.*

Після виконання завдання протокол із малюнками відкладають убік, проводять інші дослідження, а через годину пропонують пригадати за малюнком задані слова. Залежно від того, який символ хворий використовував для запам'ятовування слова, можна визначити не лише ступінь опосередкованого запам'ятовування, а й характер асоціацій.

Здорові люди зазвичай швидко відтворюють на папері вигадані образи, лаконічно, адекватно, а часто і стереотипно символізують пропонувані слова. Такі малюнки зазвичай можна «прочитати», навіть не знаючи запропонованих для запам'ятовування слів.

Хворі з недостатністю інтелекту органічного генезу і олігофренією легкого ступеня легше знаходять образи для запам'ятовування слів конкретного змісту (веселе свято, смачний обід тощо) і стикаються з труднощами в разі позначення абстрактних слів (сумніви, думка та ін.).

Малюнки цих хворих вирізняються конкретністю, відсутністю «умовностей». У хворих на епілепсію зміст малюнків має виражений егоцентричний характер. Піктограми хворих на шизофренію часто втрачають предметне значення, є псевдоабстрактними (стрілки, математичні позначки тощо), парадоксальними, повторюваними, а слова, які хворі за ними відтворюють, часто не відповідають вихідним.

*Повторювання чисел у прямій і зворотній послідовності* — для дослідження оперативної пам'яті. Пацієнтові зачитують двозначні числа з послідовним нарощуванням їх розмірів у прямому, а потім у зворотному порядку. Правильне їх відтворення характеризуватиме обсяг оперативної пам'яті.

*Відтворення розповідей* — для дослідження здатності до мимовільного і довільного відтворення текстів, а також ретенції. Матеріалом для дослідження є набір коротких (від 50 до 100 слів), різних за складністю розповідей (байок).

Пацієнтові пропонують зачитати вголос розповідь, не просячи її запам'ятати, а потім — відтворити її: мимовільне запам'ятовування. Під час дослідження здатності довільного запам'ятовування пропонують прочитати і запам'ятати розповідь.

Оцінюють повноту відтворення, темп мовлення, особливості побудови фраз, словниковий запас, лаконічність чи надмірну деталізацію промови, розуміння пацієнтом змісту розповіді. Інформативним критерієм є повнота відтворення тексту через 1 год.

*Запам'ятовування геометричних фігур, простих і складніших малюнків* — для визначення можливості створення і відтворення відразу кількох тривалих зв'язків, які замикаються на подразники першої сигнальної системи (зорові комплекси — незнайомі та знайомі, відносно прості та складніші).

Пацієнтові пропонують уважно роздивитися і запам'ятати геометричні фігури на таблиці протягом 10 с (іншу частину таблиці закривають), після чого просять відшукати їх серед фігур, які зображені на іншій частині таблиці. Здорові люди запам'ятовують не менше 5—6 фігур. Так само проводять дослідження на запам'ятовування зображень фруктів чи інших предметів на відповідних таблицях.

### 5. Дослідження уваги.

*Послідовне й ускладнене віднімання чисел, перелічення місяців і днів.* Пацієнтові пропонують послідовно усно віднімати від числа 100 непарне число, зазвичай 17 або 7 (легшим завданням є віднімання 13 або 3). Оцінюючи результати дослідження, зазначають похибки в одиницях (розлади комбінаторики) і похибки в десятках (порушення уваги).

Також пацієнта просять назвати цифри або перелічити місяці і дні тижня в прямому і зворотному порядках, пропускаючи кожен другу і четверту цифри або назви.

*Відшукування чисел.* Для цього тесту використовують таблиці Шульце, за допомогою яких досліджують темп і обсяг уваги. Зазвичай використовують п'ять різних таблиць, на яких безладно нанесені цифри (1—25). Пацієнтові пропонують відшукати на таблиці цифри в напрямку їх зростання — від 1 до 25. Лікар відслідковує правильність дій пацієнта і зазначає час, витрачений на виконання завдання.

Нормальний результат становить від 30 до 50 с (у середньому — 40—42 с) на таблицю, тоді як, наприклад, при атеросклерозі головного мозку на одну таблицю хворий витрачає до 2—3 хв.

#### 6. Дослідження інтелекту.

Встановлення наявного запасу знань і рівня освіти, відповідності їх життєвому досвіду, характеру трудової діяльності. Пацієнтові ставлять низку запитань, які обов'язково мають відповідати рівню його освіти і можливому рівню розвитку інтелекту. Якщо цього не врахувати, то подальший контакт із хворим може бути утруднений, особливо коли хворого із вищою освітою запитувати про елементарні речі, або, у разі відсутності у хворого відповідної підготовки, запропонувати надто складні запитання.

Запитання мають сприяти виявленню ступеня орієнтації хворого у звичайних життєвих ситуаціях (як би хворий діяв у разі пожежі, заблукавши в лісі, купуючи щось на ярмарку тощо).

Надалі відповідно до наявного розумового вантажу застосовують відповідні завдання для перевірки можливостей аналізу та синтезу.

**Складання картинок із відрізків.** Пацієнтові пропонують зіставити 6 малюнків, розрізаних на частини. Перші три малюнки розрізані на 4, а інші — на більшу кількість частин. Перший і четвертий малюнки однакові, але розрізані по-різному. Для повторного дослідження потрібно мати кілька аналогічних комплектів. Відрізки малюнка дають пацієнтові не по черзі, перевернутими, при цьому пацієнти не мають зразка цілого малюнка. Під час виконання завдання враховують не лише час, витрачений на виконання роботи і кінцевий результат, а й (обов'язково) особливості виконання завдання. Правильне виконання завдання потребує спочатку аналізу наданого матеріалу, а потім — послідовного зіставлення малюнка.

**Проба Ебінгауза** — текст із пропущеними словами. Читаючи текст, пацієнт має вставити пропущені слова, відповідно до змісту. При цьому може бути виявлене порушення критичності мислення, коли пацієнт включає довільні слова, інколи за асоціацією з попередніми.

**Тест Равена, або методика прогресивних матриць**, ґрунтується на здібності замінювати відсутні деталі на зображенні. Тест включає 60 графічних малюнків, розподілених на 5 серій за зростанням складності; завдання вирішують у напрямках як у середині серії, так і від серії до серії.

**Розв'язування математичних задач** із застосуванням таблиці множення, розпитування за тими розділами шкільних наук, які ґрунтуються на абстрактних категоріях мислення (математика, геометрія, фізика,

хімія). Наприклад: *10 олівців коштують 70 копійок. Скільки коштують 3 олівці? Яка хімічна формула води? Сірчаної кислоти? Як виміряти площу підлоги? Що є більшим — радіус чи діаметр?*

#### 7. Дослідження емоцій.

**Дослідження самооцінки за Дембо—Рубінштейном.** На прямій, яка символізує певну якість усіх людей (здоров'я, розум, характер, щастя тощо), пропонують крапкою визначити своє місце і дати на словах пояснення; при цьому фіксують рівень самооцінки, пояснення й особливості емоційних реакцій.

**Тест кольорового вибору Люшера.** Для його виконання потрібен набір із 8 різнокольорових карток, які досліджуваній двічі повинен по чергово вишикувати у напрямку від найприємнішого для нього кольору до найнеприємнішого. Вибираючи певний колір чи відмовляючись від нього, хворий віддзеркалює свої підсвідомі настрої, потяги і проблеми, що таким чином зазнають подальшої інтерпретації.

**Мовленнєвий експеримент.** У спрощеному варіанті виділяють низку слів-подразників, які мають для хворого особливе емоційно насичене значення. Пацієнта просять вимовляти слова, що спадають на думку у відповідь на слова-подразники.

Є кілька непрямих методів вивчення емоційної діяльності: асоціативний експеримент, тести Розенцвейга, метод Роршаха, дослідження рівня тривожності за опитувальником Спілберґера, методика САН (опитувальник щодо самопочуття, активності, настрою).

#### 8. Дослідження рухо-вольової сфери.

У клініці під час дослідження рухового компонента ефекторно-вольової сфери звертають увагу на вираз обличчя хворого, позу, положення в ліжку, характер рухів (скупі, повільні, розгонисті, швидкі), інтонацію голосу, швидкість зворотних реакцій на запитання, а також на здатність виконувати певні дії з предметами (запалити сірник, показати, як користуватися ключем, розкрити і закрити портфель, забити цвях).

Встановлюючи діагноз, лікар прагне з'ясувати: чи може хворий виконувати певні дії (стрибати, свистіти) й автокінетичні рухи (стиснути кулак, висунути язик), повторити запропоновані йому рухи.

Для цього використовують завдання з альбому патопсихологічних досліджень щодо вивчення комбінаторики, навичок, конструктивних дій. До них належать:

- складання з літер зрозумілих слів;
- заповнення пропущених літер у словах;
- складання картинок з відрізків;
- складання з картинок-квадратів орнаментів за зразком;

- г) методика прогресивних матриць Равена;
  - д) написання фрази чи переписування тексту тощо.
- Оцінюють швидкість і правильність виконання завдання.

Із тестових методик використовують тест самооцінки Дембо— Рубінштейна.

Враховують бажання хворого співпрацювати з медичним персоналом для прискорення свого одужання: характер виконання інструкцій і призначень лікаря, активність хворого у відділенні, ступінь залучення до трудових процесів, адекватність зворотних реакцій під час бесіди, поведінка, соціокультурні інтереси, захоплення, прагнення, плани, методи досягнення мети.

Визначають характер потреб, цілей, мотиваційної діяльності обстежуваного. Враховують здатність до зосередження в процесі досягнення мети, вегетативні реакції на емоційно значущі подразники, зауваження, реакцію в разі недосагнення згоди за суб'єктивно важливими питаннями.

#### 9. Дослідження особистості, темпераменту, характеру.

Розроблені опитувальники для дослідження особистості, що ґрунтуються на оцінці та самооцінці певної риси обстежуваного (ММРІ, опитувальники Кеттелла, Айзенка, ПДО та ін.), містять стандартизовану анкету розмірами від 54 до 565 речень, з якою той може погодитися чи не погодитися.

*Проективні методи.* Обстежуваний, усвідомлено чи неусвідомлено виконуючи подібні тести, переводить на зовнішні об'єкти свої думки, почуття, домінуючі потреби (тест Роршаха, тест закінчення незакінчених речень, ТАТ, психодрама Морено, тести малюнків людини, будинка, неіснуючої тварини, тест Люшера, фрустраційний тест Розенцвейга та ін.).

### Інструментальні та лабораторні дослідження

Метою застосування діагностичних лабораторних досліджень у психіатрії є оцінка соматичного стану хворих на різних етапах лікувально-діагностичного процесу, з одного боку, а з іншого — виявлення соматичної патології, зумовленої психозами.

Загальний аналіз крові та сечі проводять зокрема для виявлення інфекційних чи інших захворювань, оскільки психічнохворі рідше скаржаться на погіршення загального стану. Крім того, для фебрильної форми шизофренії характерними є підвищення відносної густини сечі, лейкоцитоз, збільшення ШОЕ, токсична зернистість нейтрофілів. При

хронічному шизофренічному процесі частково спостерігають лімфоцитоз.

Наявність білка і глюкози в сечі, лейкоцитну реакцію крові виявляють у хворих на епілепсію відразу після нападу.

Застосування деяких психотропних засобів може призводити до порушення функції органів кровотворення та нирок (уживання клозапіну та меліпраміну може супроводжуватися розвитком агранулоцитозу; тривале лікування галоперидолом може спричинити лімфоцитоз).

Динамічний контроль за станом функції нирок потрібен також для своєчасного виявлення їх ураження зі стертим перебігом, тому що така патологія може бути протипоказанням до застосування психотропних засобів та інсуліну.

Також у психіатричній практиці нерідко застосовують дослідження біохімічних показників крові та сечі. Визначення вмісту глюкози в крові сприяє виявленню інтоксикації канабінолами (гіпоглікемія) під час інсулінової терапії з приводу психозів та ін. Визначення протромбінового індексу доречно в разі тривалого лікування аміназином, оскільки воно супроводжується ризиком розвитку тромбоемболічної хвороби.

Під час застосування препаратів літію у лікуванні афективних психозів потрібне регулярне дослідження його вмісту в крові (раз на місяць, а потім — раз на 2—3 міс.). У нормі його концентрація становить 0,6—1,2 мекв/л.

*Дослідження спинномозкової рідини* призначають за підозри на органічні захворювання мозку. Люмбальну пункцію проводять лише за згоди хворого або його рідних (якщо хворий перебуває в несвідомому стані чи страждає на тяжкий психічний розлад). Виконує її лікар спеціальною голкою з мандреном, яку вводять у кінцевий шлуночок спинного мозку між III і IV або IV і V поперековими хребцями в положенні хворого сидячи або лежачи. Після проведення пункції на 2—3 год пацієнтові призначають постільний режим.

Для аналізу беруть 4—8 мл спинномозкової рідини. Швидкість виділення рідини під час пункції свідчить про рівень внутрішньочерепного тиску. Наявність крові в спинномозковій рідині може бути наслідком ушкодження дрібних судин під час проколу, а рівномірне червоне забарвлення характерне для арахноїдальних і мозкових крововиливів.

Вміст клітинних елементів у нормі становить 3—5 клітин в 1 мкл рідини. Збільшення їх кількості (цитоз) спостерігають при гострому гнійному менінгіті, енцефаліті, пухлинах мозку.

Вміст білка в спинномозковій рідині в нормі становить 0,15—0,3 г/л. Він збільшується при запальних процесах і пухлинах. Для розвитку останніх характерною є білково-клітинна дисоціація, за якої рівень білка зростає в десятки разів на тлі незначного цитозу.

Інформативними при органічній патології мозку є осадкові білкові реакції Нонне—Апельта, Панді, Ланге та ін., які стають позитивними.

Для діагностики сифілітичного ураження мозку проводять серологічні дослідження спинномозкової рідини (реакції Вассерманна, Кана, Закса—Вітебського та ін.).

**Комплексне імунологічне дослідження** включає вивчення чинників неспецифічної реактивності організму: гетерофільних гемолізінів, гемаглютининів, системи комплементу, рівня неспецифічних імуноглобулінів; автоантигенів і автоантитіл до мозкових антигенів у крові хворих; показників нейроалергійних реакцій.

Порушення функціонування імунної системи свідчить про доцільність патогенетично обґрунтованої психоімунореабілітації хворих.

**Електроенцефалографія (ЕЕГ)** є записом біоелектричних струмів клітин мозку. Для їх реєстрації використовують підсилювачі. Найінформативнішим цей метод є в діагностиці епілепсії (як судомних проявів, так і епілептичних психозів). Типовими для цієї патології ЕЕГ-ознаками є гострі хвилі, комплекси «пік—хвиля» та ін. Інколи ці прояви реєструють у пацієнтів без клінічних ознак епілепсії («прихована епілепсія»).

Для провокації зазначених ЕЕГ-ознак у хворих, які не мають їх у періоди між нападами, використовують спеціальні проби, наприклад *гіпервентиляцію*.

Дифузії зміни на ЕЕГ, інколи з переважанням у певних ділянках обох чи однієї півкулі, спостерігають при органічних ураженнях головного мозку, а скорочення фази повільних δ-хвиль характерне для ендогенних депресій; для їх виявлення потрібні багатогодинні нічні реєстрації.

**Реоенцефалографія (РЕГ)** — реєстрація кровопостачання мозку шляхом вимірювання коливань електричного опору тканин голови. Крива РЕГ синхронна з пульсом. Цей метод дає змогу розпізнати ушкодження судин головного мозку. У нормі вершини хвиль РЕГ гострі та дугоподібні, а при церебральному атеросклерозі стають згладженими.

**Ехоенцефалографія (ЕхоЕГ)** ґрунтується на принципі ехолакації. Цей метод використовують переважно для уточнення зв'язку психічного розладу з вогнищевим ураженням головного мозку (пухлина, гематома). За наявності об'ємного процесу головного мозку виявляють латеральне зміщення серединних структур мозку в здоровий бік.

Зворотну картину, тобто зміщення серединних структур у бік патологічного утворення, спостерігають у разі великого атрофічного процесу в півкулі.

**Краніографія** є рентгенографією кісток черепа, що дає змогу за непрямыми ознаками зробити висновок про наявність органічного ураження мозку. Ознаками тривалого підвищення внутрішньочерепного тиску, наприклад, є посилення пальцеподібних втиснень, а внаслідок черепно-мозкових травм (ЧМТ) виникають ділянки надмірного звапнення.

**Ангіографія** судин мозку дає змогу виявити ушкодження мозкових судин чи локальні ушкодження мозку в разі поширеного процесу.

**Пневмоенцефалографія (ПЕГ)** — варіант рентгенографії мозку, що його виконують після заміни частини спинномозкової рідини повітрям або киснем, які заповнюють шлуночки мозку та підпаутинний простір. Це дає змогу виявити спайки оболон головного мозку, пухлини, атрофічні зміни.

**Комп'ютерна томографія** голови дає змогу отримати пошарові рентгенологічні знімки тканин мозку, які після комп'ютерного аналізу утворюють на спеціальному екрані об'ємне зображення. Це сприяє виявленню локалізації найменших вогнищ ураження (пухлини, атрофічні процеси, абсцеси тощо).

**Позитронно-емісійна томографія** полягає у комп'ютерному аналізі розбіжностей розщеплення радіонуклідів, якими мітять глюкозу, нейромедіатори та інші препарати, що їх вводять обстежуваному. Метод дає змогу оцінити локальні зміни на найдрібнішому рівні (метаболічні процеси, нейрорецепторна діяльність, мікроциркуляція та ін.).

### Контрольні запитання

1. Визначте клінічні методи обстеження.
2. Чим відрізняється симптом від синдрому?
3. Що таке діагностика *ex juvantibus* (через лікування)?
4. Чим різняться суб'єктивний і об'єктивний анамнез?
5. Як розділяють розлади мислення за темпом?
6. Назвіть порушення мислення за адекватністю асоціацій.
7. У чому полягають порушення стану рефлекторно-вольової сфери?
8. Назвіть види порушення емоційного стану людини.
9. Що використовують для дослідження опічного пізнання?
10. Які малюнки використовують для дослідження сенсорної збудливості?
11. Які методи використовують для дослідження мислення?

12. У чому полягає розуміння переносного значення прислів'я і метафори?

13. Що таке силогізми?

14. Назвіть методи дослідження пам'яті.

15. Для чого використовують піктограму?

16. Як досліджують увагу?

17. Як перевіряють можливості аналізу та синтезу?

18. У чому суть тесту кольорового вибору Люшера?

19. Як досліджують рухо-вольову сферу?

20. Назвіть методи дослідження особистості, темпераменту, характеру.

21. У чому полягає завдання медичної сестри під час проведення люмбальної пункції?

22. Як проводять електроенцефалографію?

23. Яка роль патопсихологічних досліджень у клініці психіатрії?

24. Назвіть лабораторні методи дослідження та їхнє діагностичне значення.

25. Назвіть інструментальні методи дослідження функціонального стану мозку людини.

## Розділ 5

### Організація психіатричної служби

Сучасне законодавство виділяє кілька видів психіатричної допомоги, кожний з яких характеризується певними організаційно-правовими особливостями і відмінностями у порядку надання.

**Необхідно розрізняти такі види психіатричної допомоги:**

- психіатричний огляд;
- амбулаторна психіатрична допомога;
- стаціонарна психіатрична допомога.

**Психіатричний огляд** — це вид психіатричної допомоги, що його проводять для з'ясування наявності чи відсутності в особи психічного розладу, потреби в наданні їй психіатричної допомоги, а також для вирішення питання про вид такої допомоги та порядок її надання.

Лікар-психіатр перед проведенням психіатричного огляду зобов'язаний відрекомендуватись особі, яка підлягає огляду, або її законному представнику: назвати своє прізвище, місце роботи та викласти мету огляду.

Результати психіатричного огляду з висновком про стан психічного здоров'я особи, а також причини звернення до лікаря-психіатра та медичні рекомендації фіксують у медичній документації.

Психіатричний огляд проводить лікар-психіатр на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років — на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, — на прохання або за згодою її опікуна.

У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника психіатричний огляд неповнолітнього здійснюють за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено в суді.

Лікар-психіатр зобов'язаний надати особі, щодо якої він проводить психіатричний огляд, з урахуванням її психічного стану, у доступній формі інформацію про стан її психічного здоров'я, застосування методів діагностики та лікування, альтернативні методи лікування, можливий ризик та побічні ефекти, умови, порядок і тривалість надання психіатричної допомоги, її права та передбачені законодавством можливі обмеження цих прав під час надання психіатричної допомоги, а також викласти прогноз можливого розвитку захворювання.

Психіатричний огляд особи може бути проведено без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника у випадках, коли одержані відомості дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона:

- вчиняє чи виявляє реальні наміри щодо дій, небезпечних безпосередньо для неї чи оточення;
- неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність;
- завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану в разі ненадання їй психіатричної допомоги.

У цих випадках рішення про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника лікар-психіатр приймає самостійно і психіатричний огляд проводить негайно.

**Амбулаторна психіатрична допомога** — це психіатрична допомога, що включає визначення стану психічного здоров'я осіб на підставах і в порядку, передбачених Законом України «Про психіатричну допомогу» та іншими законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, спостереження, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, в амбулаторних умовах.

Амбулаторну психіатричну допомогу, як і попередній вид допомоги, надає лікар-психіатр на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років — на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, — на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного з батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника амбулаторну психіатричну допомогу неповнолітньому надають за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено в суді.

Варто зазначити, що амбулаторну психіатричну допомогу може бути надано і без усвідомленої згоди особи або без згоди її законного представника в разі встановлення в неї тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану в разі ненадання їй психіатричної допомоги.

Амбулаторну психіатричну допомогу особі без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника надає лікар-психіатр у примусовому порядку за рішенням суду за місцем проживання особи.

**Стационарна психіатрична допомога** — це психіатрична допомога, що включає визначення стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених Законом України «Про психіатричну допомогу» та іншими законами, діагностику психічних розладів, лікування, спостереження, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, і яку надають у стаціонарних умовах понад 24 год поспіль.

Госпіталізацію особи до психіатричного стаціонару, як правило, здійснюють добровільно: на її прохання або за її усвідомленої згоди.

Неповнолітнього віком до 15 років госпіталізують у психіатричний заклад на прохання або за згодою його батьків або іншого законного представника.

Особу, визнану у встановленому законом порядку недієздатною, госпіталізують у психіатричний заклад на прохання або за згодою її опікуна.

Одержану згоду на госпіталізацію оформлюють записом у медичній документації за підписом особи або її законного представника й лікаря-психіатра.

Важливо зазначити, що законодавство визначає необхідність надання психіатричної допомоги в найменш обмежених умовах, що гарантують безпеку госпіталізованої особи та інших осіб, за умови дотримання прав і законних інтересів особи, якій надають таку допомогу.

Заходи **фізичного обмеження та (або) ізоляції особи**, яка страждає на психічний розлад, під час надання їй психіатричної допомоги застосовують за призначенням та під постійним контролем лікаря-психіатра чи іншого медичного працівника, на якого власником психіатричного закладу чи уповноваженим ним органом покладені обов'язки з надання психіатричної допомоги, і лише в тих випадках, формах і на той час, коли всіма іншими законними заходами неможливо запобігти діям особи, що становлять собою безпосередню небезпеку для неї або інших осіб. Про форми і час застосування заходів фізичного обмеження та (або) ізоляції роблять запис у медичній документації.

У разі подальшого перебування в психіатричному закладі ці особи підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на місяць для вирішення питання про необхідність продовження чи припинення надання їм стаціонарної психіатричної допомоги.

Особа, яку було госпіталізовано в психіатричний заклад за рішенням лікаря-психіатра за підстав, які передбачають примусову госпіталізацію, підлягає обов'язковому протягом 24 год від моменту госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про доцільність госпіталізації.

*У разі, коли госпіталізацію визнають недоцільною й особа не висловлює бажання залишитися в психіатричному закладі, її необхідно негайно виписати.*

Якщо ж госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку визнають доцільною, представник психіатричного закладу, в якому перебуває особа, протягом 24 год спрямовує в суд за місцем розташування психіатричного закладу заяву про госпіталізацію особи в психіатричний заклад у примусовому порядку на законних підставах.

До винесення судом рішення лікування може бути проведено за рішенням лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів).

**Керівник психіатричного закладу зобов'язаний негайно повідомити про госпіталізацію особи в психіатричний заклад у примусовому порядку членів її сім'ї, інших родичів або її законного представника.**

Якщо немає відомостей про наявність членів сім'ї, інших родичів або законного представника в особи, яку госпіталізовано, а також про їх місце проживання, повідомлення спрямовують в органи внутрішніх справ за місцем проживання цієї особи.

Робота лікаря є дуже напруженою і відповідальною, що зумовлює важливість і необхідність гарантій і пільг із боку держави. Лікарі-психіатри, зважаючи на специфіку їхньої праці, поза сумнівом, потребу-

ють більшої уваги з боку державних і законодавчих органів. Правовий статус лікаря-психіатра визначено у ст. 27 Закону України «Про психіатричну допомогу».

**Важливими є такі положення зазначеної норми:**

а) лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів мають право відмовити у наданні психіатричної допомоги, якщо немає підстав для її надання.

Відмову в наданні психіатричної допомоги із зазначенням її причин фіксують у медичній документації за підписом особи чи її законного представника та лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів;

б) лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, мають право на конфіденційність відомостей про своє місце проживання, склад сім'ї, номер домашнього телефону;

в) лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, у тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, мають право на пільги, встановлені законодавством України для осіб, зайнятих на важких роботах та зі шкідливими і небезпечними умовами праці.

В основу організації психіатричної допомоги в Україні покладено три основних принципи:

- диференційованість (спеціалізація) допомоги різним контингентам хворих;
- ступінчастість;
- спадкоємність допомоги в системі різних психіатричних закладів.

**Диференційованість** допомоги психічнохворим полягає в наявності кількох видів психіатричної допомоги. Так, створено спеціальні відділення для хворих із гострими і межовими станами, з віковими психозами, дитячі, підліткові та ін.

Органами соціального забезпечення створюються будинки для інвалідів (психіатричні інтернати), для пацієнтів із хронічним перебігом захворювання, органами освіти — інтернати і школи для розумово відсталих дітей і підлітків.

**Ступінчастість** організації психіатричної допомоги полягає в наявності максимально наближених до населення позалікарняної, напівстаціонарної і стаціонарної допомоги.

Позалікарняна допомога включає: психоневрологічні диспансери, диспансерні відділення лікарень, психіатричні, психотерапевтичні і наркологічні кабінети при поліклініках, МНС, а також лікувально-виробничі, трудові майстерні.

У напівстаціонарний рівень входять денні стаціонари, які в штатному розкладі належать до психоневрологічного диспансеру, у стаціонарний — психіатричні лікарні і психіатричні відділення в інших лікарнях.

**Спадкоємність** психіатричної допомоги забезпечується тісним функціональним зв'язком психіатричних закладів різного ступеня, що регламентується положеннями та інструкціями МОЗ України.

Це дає змогу здійснювати безперервне спостереження за хворим і його лікування в разі переходу з одного лікувального закладу в інший.

В Україні встановлено спеціальний облік психічнохворих. Його здійснюють обласні, міські та районні психоневрологічні диспансери, психоневрологічні кабінети районних поліклінік і центральні районні лікарні, в яких органи охорони здоров'я зобов'язують мати повні списки психічнохворих, що мешкають на їх території.

Система обліку дає змогу з достатнім ступенем вірогідності виявляти поширеність у країні основних форм психічних хвороб, у тому числі із легким перебігом, і особливо так званих межових станів.

Встановленню поширеності психічних хвороб сприяють доступність і наближеність мережі психоневрологічних закладів до населення та їх контакт із неврологічними й іншими медичними закладами.

Для дослідження поширеності психічних хвороб МОЗ України розроблено і затверджено клінічні критерії обліку.

Відповідні документи адаптовані до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (ВОЗ). На підставі облікових даних і результатів клініко-статистичних досліджень, які проводять наукові та практичні заклади, отримують достовірні відомості про показники поширеності психічних хвороб, їх структуру й динаміку.

Лікування проводять за згодою хворого, при цьому необхідною умовою є заповнення двох важливих документів: *згода на госпіталізацію та згода на лікування*.

**Примусову госпіталізацію** здійснюють лише в тому разі, якщо:

1. *Дії хворого становлять загрозу або безпосередню небезпеку для нього самого або осіб, які його оточують.*
2. *Якщо психічний розлад зумовлює нездатність хворого самостійно задовольняти свої життєві потреби.*
3. *Якщо залишення особи без психіатричної допомоги може завдати шкоди її здоров'ю внаслідок психічного стану.*

Такі хворі підлягають обов'язковому огляду комісією лікарів-психіатрів протягом 48 год. Комісія приймає рішення про необхідність госпіталізації і заповнює відповідну документацію.

Основними ланками психіатричної допомоги є **психоневрологічний диспансер** та **психіатрична лікарня**, яка прикріплена до диспансеру за територіальною ознакою.

Вони надають психіатричну допомогу населенню, що проживає в певному районі. При цьому лікарня обслуговує хворих кількох психоневрологічних диспансерів.

### Психоневрологічний диспансер

Діяльність психоневрологічних диспансерів побудована за дільнично-територіальним принципом (дільничний психіатр і його помічники надають психіатричну допомогу мешканцям певної території — дільниці).

#### Основні завдання психоневрологічного диспансеру:

- виявлення психічнохворих серед населення й активне спостереження за ними (запрошення хворого на прийом і відвідування його в домашніх умовах);
- проведення всіх видів амбулаторного лікування;
- працевлаштування хворих;
- надання допомоги в соціально-побутових і юридичних питаннях;
- спрямування на стаціонарне лікування;
- надання консультативної психіатричної допомоги лікувально-профілактичним закладам;
- санітарно-освітня та психогігієнічна робота;
- проведення трудової, військової та судово-психіатричної експертизи.

#### Структура психоневрологічного диспансеру:

- а) лікувально-профілактичне відділення;
- б) експертне відділення;
- в) відділення соціально-трудової допомоги;
- г) лікувально-трудова майстерня;
- г) денний стаціонар;
- д) обліково-статистичний кабінет;
- е) дитяче та підліткове відділення;
- є) логопедичний кабінет.

**Дитячий психіатр** здійснює динамічне спостереження за дітьми і підлітками віком від 5 до 15 років. Він відвідує дитячі сади і школи, виявляючи дітей з порушеною поведінкою і розумовою відсталістю, призначає їм лікування, вирішує питання про тип школи, спрямовує за потреби в стаціонар. Також дитячий психіатр проводить профілактичну та санітарно-освітню роботу серед батьків, педагогів і школярів.

**Лікувально-трудова майстерня** — це одна з важливих ланок у структурі психіатричних закладів. Вони не лише мають лікувальне значення (працетерапія), а й є етапом широких реабілітаційних заходів, яким останніми роками приділяють усе більше уваги. Система трудових завдань дає змогу значно підвищити рівень реадaptaції хворого.

**Денний стаціонар** — нова форма амбулаторного лікування психічнохворих. У денному стаціонарі перебувають хворі з помірно вираженими психічними розладами та межовими станами. Протягом дня вони отримують лікування, харчування, відпочивають, а ввечері повертаються в родину. Лікування хворих без відриву від звичайного соціального середовища сприяє запобіганню соціальної дезадаптації і явищам «госпіталізму».

У психоневрологічному диспансері проводять різні форми амбулаторної психіатричної експертизи:

а) **трудова експертиза (ЕК і МСЕК)**. Якщо хворий за станом здоров'я потребує полегшення умов праці (звільнення від роботи в нічну зміну, додаткових навантажень, відряджень тощо) або переведення на іншу роботу з використанням попередньої кваліфікації та збереженням зарплати, такі висновки надають експертні комісії психоневрологічного диспансеру.

За наявності стійкої втрати працездатності, коли психічні розлади, незважаючи на активне лікування, набувають тривалого затяжного характеру і перешкоджають виконанню професійної діяльності, хворого спрямовують на МСЕК, яка визначає ступінь втрати працездатності та причину інвалідності (залежно від тяжкості психічного стану, типу дефекту психіки та рівня збережених компенсаторних можливостей);

б) **військово-психіатрична експертиза** визначає придатність до військової служби цивільних осіб, яких призивають на дійсну військову службу, та військовослужбовців, якщо в процесі медичного спостереження за ними виявлено такі порушення в стані їх психічного здоров'я, які можуть стати перешкодою для перебування в Збройних силах. Питання про придатність до військової служби вирішують відповідно до спеціального списку хвороб і фізичних вад, затвердженого наказом Міністерства оборони України;

в) **судово-психіатрична експертиза** вирішує питання про осудність чи неосудність психічнохворих у разі скоєння ними кримінально-карних діянь, а також визначає їхню дієздатність.

#### Критерії осудності:

1) **медичний** — наявність хронічної психічної хвороби або тимчасового розладу психічної діяльності;

2) **юридичний** — нездатність через наявність хворобливого стану усвідомлювати власні дії або керувати ними.

*Експертизу проводять за постановою органів слідства, суду, а у засуджених — адміністрації місць позбавлення волі.*

*До осіб, визнаних неосудними, можуть бути застосовані лише заходи соціального захисту медичного характеру:*

1) примусове лікування в спеціальних психіатричних закладах (особливо небезпечних хворих);

2) лікування в психіатричній лікарні на загальних підставах;

3) призначення піклування рідних або опікунів під одночасним спостереженням лікарів психоневрологічного диспансеру.

Призначення примусового лікування та його припинення (за наявності відповідного медичного висновку) здійснює **лише суд**.

Результати судово-психіатричної експертизи оформлюють у вигляді акта, у завершальній частині якого дають відповіді на всі питання, поставлені перед експертизою слідчими органами або судом.

## Психіатрична лікарня

### Структура психіатричної лікарні:

- приймальне відділення;
- загальні психіатричні відділення для чоловіків і жінок;
- спеціалізовані відділення (наркологічні, геріатричні, дитячі, судово-психіатричні).

Необхідність організації спеціалізованих відділень зумовлена особливостями перебігу та лікування низки захворювань чи догляду за деякими категоріями хворих або цільовою установкою.

Нові принципи утримання та лікування хворих припускають зменшення розмірів палат, виділення допоміжних приміщень для розвитку самообслуговування хворих, значне розширення місць денного перебування та створення умов для широкого застосування соціально-культурних заходів.

Дитячі відділення мають бути розташовані у відокремлених приміщеннях, і в них поряд із лікувальною завжди проводять спеціальну педагогічну роботу (класні кімнати, кімнати для ігор та ін.).

Для повного і всебічного обслуговування та лікування хворих у психіатричній лікарні створюють діагностичні лабораторії: психологічну, клінічну, біохімічну, генетичну; електроенцефалографічний кабінет, фізіотерапевтичне, рентгенологічне відділення; постійно надають висококваліфіковану консультативну допомогу фахівців у галузі соматичної медицини.

Для реалізації обов'язкової системи адаптаційних заходів вводять спеціальний режим самообслуговування, працетерапію у відділенні або спеціальних майстернях. У лікарні мають бути бібліотека і клуб для проведення серед хворих культурно-масової роботи.

**Особливості догляду і спостереження за психічнохворими у відділенні (обов'язки медичної сестри):**

- забезпечення максимальних зручностей для проведення як загального, так і спеціального режиму;
- спеціальні заходи безпеки;
- вилучення із звичайного побуту небезпечних предметів;
- здійснення заходів для запобігання суїцидальним спробам, насильству та ін.;
- ретельне спостереження за харчуванням хворих, уживанням лікарських засобів, відправленням фізіологічних потреб;
- виділення так званої наглядової палати з цілодобовим санітарним постом для хворих, які потребують особливого спостереження (агресивні хворі, хворі зі схильністю до самогубства, з думками про втечу, з відмовою від їжі та ін.).

Усі зміни в соматичному і психічному стані хворих фіксують у «Журналі спостережень», який веде чергова медична сестра.

Оскільки психічнохворі нерідко перебувають у лікарні тривалий час, особливу увагу потрібно приділяти створенню у відділеннях затишної атмосфери, проведенню культурних розваг (перегляд телепрограм, художніх фільмів (наявність телевізора), проведення ігор (набори настільних ігор), читання художньої літератури (бібліотека) та ін.).

У психіатричну лікарню хворих приймають за спрямуванням дільничних психіатрів (чергових психіатрів служби швидкої допомоги), а за їх відсутності — лікарів поліклінік, загальносоматичних лікарень.

В екстрених випадках хворі можуть бути госпіталізовані й без спрямування (питання про госпіталізацію в цих випадках вирішує черговий лікар).

Спрямування в лікарню здійснюють за погодженням із хворим або його родичами. Якщо ж хворий соціально небезпечний, він може бути спрямований у лікарню і без згоди родичів (у цьому разі госпіталізований хворий протягом доби повинен бути оглянутий спеціальною комісією в складі трьох лікарів-психіатрів для визначення питання про правильність стаціонарного лікування і необхідність подальшого перебування в стаціонарі).

Психічнохворих, які скоїли правопорушення і визнані судом неосудними, спрямовують у лікарню для примусового лікування за постановою суду.

**Показання до госпіталізації:**

а) гостре психічне захворювання або загострення хронічного психічного захворювання, що потребує стаціонарного лікування;

б) небезпска, яку психічнохворий становить для самого себе або осіб, які його оточують (психомоторне збудження при схильності до агресивних дій, систематизовані маячні синдроми, якщо вони визначають суспільно небезпечну поведінку хворого, марення ревнощів, депресивні стани із суїцидальними тенденціями, спілспитичний статус, магіакальні та гіпоманіакальні стани, поведінка, що зумовлює порушення громадського порядку або агресивні прояви щодо оточення);

в) проведення стаціонарної експертизи (трудової, військової, судово-психіатричної).

**Показання до виписування з психіатричної лікарні:**

а) закінчення лікування, повне або часткове одужання хворого;

б) відсутність потреби в подальшому лікуванні та догляді, небезпска для себе й оточення, можуть лікуватися амбулаторно (ремісія) — для виписування осіб із хронічним перебігом захворювання;

в) ухвала суду — для виписування осіб, що перебували на примусовому лікуванні;

г) вирішення експертних питань.

**Загальні правила поведінки медичного працівника у психіатричному закладі (зокрема медичної сестри):**

- неприпустимість прояву зайвої цікавості, сміху та інших виражених емоційних реакцій, якщо поведінка деяких хворих має явно безглуздий характер;
- абсолютне виключення обговорень вчинків того чи того пацієнта в його присутності або присутності інших хворих;
- стримання реакції на висловлювання антисоціального характеру, цинічні зауваження або вирази;
- неприпустимість передавання на прохання хворих записок, листів та іншої кореспонденції;
- неприпустимість вживання виразів, які мають характер жаргону: «божевілля», «буйне відділення», «тихе божевілля».

**Контрольні запитання**

1. Назвіть обставини, які пояснюють взаємозв'язок психіатрії і права.
2. Які документи становлять законодавче забезпечення психіатрії?
3. Назвіть і схарактеризуйте принципи надання психіатричної допомоги.

4. У чому полягає добровільність звернення за наданням психіатричної допомоги?

5. Схарактеризуйте державні гарантії в галузі психіатрії.

6. Проаналізуйте психіатричний огляд як один із видів психіатричної допомоги.

7. Дайте визначення та схарактеризуйте амбулаторну психіатричну допомогу.

8. У чому полягають організаційно-правові особливості стаціонарної психіатричної допомоги?

9. Проаналізуйте правовий статус лікаря-психіатра.

10. В яких випадках здійснюють примусову госпіталізацію в психіатричний стаціонар?

11. Що визначає військово-психіатрична експертиза?

12. Що вирішує судово-психіатрична експертиза?

13. Якою є структура психіатричної лікарні?

14. Назвіть показання до виписування хворого з психіатричного стаціонару.

15. Назвіть загальні правила поведінки медичного працівника в психіатричному закладі.

**Розділ 6**

**Невідкладна медична психіатрична допомога.  
Профілактика екстремальних і кризових станів  
у психіатрії. Прогноз. Експертиза.  
Принципи реабілітації психічнохворих**

Подколи трапляються такі ситуації, коли може знадобитися невідкладна психіатрична допомога. Медичний персонал швидкої та невідкладної психіатричної допомоги цілодобово виїжджає за викликами установ, підприємств і відділень міліції, а в години, коли не працюють психоневрологічні диспансери, — за всіма викликами, які зазвичай адресують дільничним психіатрам.

Лікар-психіатр, який приїхав на виклик, вирішує питання про необхідність госпіталізації залежно від стану хворого й конкретної обстановки.

Основне завдання медичного працівника під час надання допомоги хворому до прибуття спеціалізованої медичної бригади полягає в гарантуванні безпеки самого хворого та людей, які його оточують (ізо-

лювання в окреме приміщення, утримання або примусова іммобілізація, ретельний огляд речей та ін.)

На період транспортування виділяють осіб для супроводу (фельдшер, медична сестра), кількість яких залежить від стану хворого.

У наданні невідкладної психіатричної допомоги важливу роль виконує медична сестра.

В Україні створено загальнодержавну систему психіатричної допомоги, яка передбачає:

- надання невідкладної, надання амбулаторної, надання стаціонарної допомоги;
- проведення експертизи психічнохворим.

Надання психіатричної допомоги в Радянському Союзі довгий час здійснювали не згідно із законодавством, тому в психіатрії часто застосовували каральні заходи, зокрема примусову госпіталізацію та лікування без серйозних підстав. Це підірвало довіру до психіатричної допомоги. І якщо в західних країнах психіатр — краший друг і постійний консультант майже в кожній родині, то у нас люди намагаються уникати цього фахівця.

На сьогодні психіатричну допомогу надають відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу». У цьому законі чітко визначено всі правила надання психіатричної допомоги і гарантії того, що належну допомогу буде надано безкоштовно будь-якому громадянину нашої країни.

Держава гарантує надання невідкладної, амбулаторної та стаціонарної психіатричної допомоги, соціально-побутової допомоги (у тому числі для інвалідів і людей літнього віку), проведення психіатричної експертизи, сприяння працевлаштуванню осіб, які страждають психічними розладами, вирішення питань опіки, консультації з правових питань та інші види юридичної допомоги, а також надання психіатричної допомоги при стихійних лихах і катастрофах.

Поряд із державною психіатричною допомогою дозволено надання недержавної платної медичної психіатричної допомоги лікарями і лікувальними закладами, які отримали ліцензію на право займатися цією діяльністю.

Невідкладну медичну психіатричну допомогу громадянам нашої країни надають цілодобово. За нею варто звернутися, якщо у людини раптово з'явилися такі ознаки, як різке збудження, гнівливність, злостивість, агресія або, навпаки, — розгубленість, неадекватна поведінка, галюцинації, спроби самогубства.

Такі стани небезпечні не лише для самого хворого, а й для осіб, які його оточують, тому він потребує невідкладної медичної психіатричної допомоги.

Найчастішим зі станів, небезпечних для пацієнта і його оточення, які потребують невідкладної медичної допомоги, є **гостре психомоторне збудження**.

**Види психомоторного збудження:**

- галюцинаторно-маячне;
- делірійне;
- маніакальне;
- меланхолійний «вибух»;
- кататонічне;
- гебефренічне;
- епілептичне збудження;
- фізіологічний афект;
- патологічний афект.

Психомоторне збудження спостерігають у разі гострого перебігу низки захворювань; воно є ознакою тяжкості мозкових порушень у зв'язку з гострими дегенеративними змінами нервових клітин, гострим набряком мозку і підвищенням внутрішньочерепного тиску.

Психомоторне збудження може виникнути при органічних ураженнях мозку і його оболон у гострий період захворювання (при апоплексичній комі, субарахноїдальному крововиливі, гострому менінгоенцефаліті та ін.), у періоди загострення симптоматики і в термінальний період (при пухлинах мозку).

**Синдром психомоторного збудження** може розвиватися при травмах черепа, тяжких соматичних захворюваннях як прояв загальної інтоксикації або порушення кровообігу (печінкова і уремична кома, діабетична кома, інфаркт міокарда, церебральний судинний криз, карциноматоз із кахексією й інтоксикацією).

Психомоторне збудження розвивається при інтоксикаціях (алкогольне отруєння, отруєння атропіном, акрихіном, кофеїном та ін.), а також при таких психічних захворюваннях, як шизофренія, маніакально-депресивний психоз, епілепсія, сенільний психоз та ін. Яскраві стани психомоторного збудження спостерігають при деяких загальних інфекціях (висипний тиф, бешихове запалення, малярія, грип та ін.).

Психомоторне збудження — поняття узагальнене, симптоматологія його різноманітна й залежить від механізмів розвитку.

Клінічно різні типи психомоторного збудження мають певні ознаки подібності, тому чітка номенклатура їх відсутня. Найчастіше спостерігають такі варіанти психомоторного збудження:

- **елементарне хаотичне збудження** (в межах ліжка) — хворі намагаються підвестися, встати, закидають ногу за сітку ліжка, хапаються руками за подушку, вигукують окремі фрази, дезорієнтовані в навколишньому середовищі; характерна автоматизована жестикуляція (при інсульті, азотемії та ін.);
- **делірійне збудження** — різке рухове збудження; хворі схоплюються, вибігають з кімнати, прагнуть виплигнути у вікно, на обличчі — вираз страху, відчувають страхітливі галюцинації, частіше зорові, але іноді й слухові, захищаються від галюцинаторних образів, які їх оточують, або навіть нападають на них, розмовляють з ними. Такі хворі дезорієнтовані в місці, часі і навколишньому середовищі, можуть здійснювати агресивні акти, руйнівні дії, спроби до самогубства. Температура тіла в цих пацієнтів зазвичай підвищена до 39—40 °С, шкіра обличчя гіперемована. У сечі виявляють білок і циліндри.  
Делірійний стан супроводжує тяжкі інфекції, інтоксикації, травми тощо. Тривалість його — від кількох годин до кількох днів;
- **аментивне збудження** — глибоке порушення свідомості. Хворі дезорієнтовані в навколишньому середовищі і власній особистості. Мовлення їх незв'язане, поведінка відповідає переживанням і характеризується розгубленістю. Такий стан спостерігають при гострих інфекціях, масивній крововтраті, аліментарній дистрофії тощо;
- **кататонічне збудження** — вирізняється безцільною поведінкою, безглуздими рухами: хворі падають на підлогу, оголюються, кривляються, манірні, химерні, здійснюють стереотипні рухи, імпульсивні вчинки: раптово схоплюються, підстрибують, нападають на тих, хто їх оточує. Цей вид збудження особливо характерний для шизофренії;
- **маніакальне збудження** — такі хворі багатомовні, веселі, легковажні; у такому стані можливі розтрата, грубі службові порушення, що призводять до нещасних випадків, алкогольні ексцеси, сексуальна розбещеність. Спостерігають зазначений вид психомоторного збудження при маніакальній фазі маніакально-депресивного психозу, при шизофренії, акрихіновому психозі і деяких інших психозах;
- **депресивне збудження** (меланхолійна ажітація) — хворі перебувають у тужливому настрої, не знаходять собі місця, стогнуть, бігають по кімнаті, прагнуть кудись піти, заламують руки, хапаються «за серце», переживають фізичне відчуття болю в грудях

- («серцева туга»); у тяжких випадках рвуть на собі волосся, роздряпують шкіру, б'ються головою об стіну, здійснюють повторні спроби самогубства;
- **гостре галюцинаторно-маячне збудження** — частіше спостерігають на початку розвитку психозу, коли захворювання протягом кількох годин досягає свого найвищого розвитку. Стан хворого характеризується збудженням під впливом інтенсивних галюцинацій і маячного тлумачення навколишніх явищ. Пацієнт розгублений, відчуває страх, вираз його обличчя весь час змінюється: він до чогось придивляється, прислухається, іноді жваво розмовляє зі своїми галюцинаторними образами або вигукує окремі фрази, свариться. На запитання не відповідає. Вчинки хворого непередбачувані та безглузді: то ховається під ліжку, то несподівано накидається на тих, хто його оточують. Галюцинаторно-маячне збудження дуже характерне для шизофренії;
  - **меланхолія, меланхолійний «вибух»** — психічний розлад, що проявляється пригніченням настрою з тугою, відчуттям безвиході, скорботи, відчаю та супроводжується гальмуванням мислення і рухів, іноді — посиленням рухових реакцій — меланхолійний «вибух»;
  - **гебефренічне збудження** проявляється безглуздо-пустотливою поведінкою (кривляння, немотивований сміх та ін.). Хворі стрибають, передражнюють оточуючих, чіпляються до них із безглуздими запитаннями, штовхаються, катаються по підлозі та ін. Мовлення таких пацієнтів зазвичай прискорене, містить багато неологізмів;
  - **епілептичне збудження** — кінцевий ступінь дисфорії з вираженими агресивними та руйнівними тенденціями;
  - **еректильне збудження** — немотивоване, хаотичне, безглузде і безпідставне збудження, що розвивається в осіб із вираженою олігофренією;
  - **афект фізіологічний** — короткотривала та сильна позитивна або негативна емоція, що виникає у відповідь на дію внутрішніх чи зовнішніх подразників і супроводжується психомоторним збудженням та вираженими соматовегетативними проявами: блідістю або гіперемією шкіри та слизових оболонок, тахікардією, підвищенням або зниженням артеріального тиску, загальним тремором, імперативними позивами до дефекації тощо. Такі хворі притомні, усвідомлюють власні дії. Після закінчення афективної ре-

акції амнезії немає. До фізіологічного афекту схильні особи із психопатією збудливого кола;

- **патологічний афект** — короточасний психічний розлад, який виникає у відповідь на інтенсивну, несподівану психічну травму і проявляється афективним розладом на тлі потьмарення свідомості, за яким настають загальна розслабленість, байдужість і, як правило, глибокий сон; супроводжується повною або частковою ретроградною амнезією.

Невідкладну допомогу при психомоторному збудженні надають з огляду на етіопатогенетичні механізми і різну відповідь на лікування різними способами.

Так, при збудженні у зв'язку з крововиливом у мозок потрібно проводити лікування апоплексії, а при азотемічному психомоторному збудженні — дезінтоксикаційну терапію і лікування основного захворювання.

Хворого у стані психотичного збудження потрібно спрямувати в стаціонар. Важливо пам'ятати, що деякі види збудження можуть розвиватися при інфекціях і соматичних захворюваннях, тому потрібно проводити ретельне обстеження, щоб не спрямувати хворого інфекційного профілю в психіатричний стаціонар і т. п.

Проте для полегшення транспортування необхідно вжити термінових заходів із усунення збудження і забезпечити належний догляд.

Медична сестра, утримуючи хворого, повинна бути обережною, щоб не заподіяти йому біль, не завдати ушкоджень (переломи, вивихи тощо). Спостереження має бути ретельно організоване (стежити за вікном, дверима).

Медичний працівник не має права показати, що боїться хворого, віддавати накази суворим тоном. Краще підійти до хворого впритул, із правого боку, ніби ненавмисно покласти свої руки на руки хворого і спробувати вступити з ним у контакт.

Основний принцип боротьби із психомоторним збудженням — індивідуальність. Потрібно пам'ятати, що реакція на введення одних і тих самих доз лікарських засобів різна в окремих хворих, тому кожному пацієнтові потрібно підбирати оптимально-мінімальну дозу препарату.

Варто також пам'ятати про можливість потенційованої й антагоністичної дії окремих ліків, наприклад, аміназин діє седативно, ваго- і симпатолітично, потенціює дію снодійних і анальгетичних засобів. Снодійні та наркотичні засоби протипоказані при захворюваннях печінки, артеріальній гіпотензії, тяжких серцево-судинних захворюваннях.

Хворим із маніакальним, депресивним і делірійним збудженням особливо показані ванни за температури води 35 °С протягом 30—40 хв. Також використовують вологі обгортання.

Засоби боротьби зі збудженням потрібно застосовувати послідовно або в комбінації з іншими засобами.

**Невідкладна допомога при конвульсивних нападах** має бути комплексною і спрямованою на:

- підтримання життєво важливих функцій;
- усунення судом;
- зменшення внутрішньочерепної гіпертензії;
- підтримання функцій життєво важливих органів:
  - забезпечення вільної прохідності дихальних шляхів;
  - убезпечення хворого від можливого травмування під час судом.

*Протисудомна терапія:* магнію сульфат — 10—25 мл 25 % розчину внутрішньовенно або внутрішньом'язово; аміназин — 2 мл 2,5 % розчину внутрішньом'язово; седуксен (діазепам) — 10—20 мг у 20 мл 40 % розчину глюкози внутрішньовенно; барбітурати (гексенал, тіопентал — до 1 г на добу — 300—500 мг внутрішньовенно, решту дози — внутрішньом'язово); фенobarбітал — ударну дозу (15—20 мг/кг) вводять зі швидкістю, що не перевищує 50—100 мг за 1 хв, поки не буде досягнуто вищої дози або не припиняться судоми. За ударною дозою призначають підтримувальну дозу, що становить 1—4 мг/кг на добу.

Іноді застосовують наркоз із закисом азоту й кисню у співвідношенні 3:1.

*Зниження внутрішньочерепного тиску і зменшення гідрофільності мозкової тканини:* осмотичні діуретики (манітол), лазикс; магнію сульфат неодноразово; спинномозкова пункція; глюкокортикоїди — переважно дексаметазон.

**Судомний синдром** є наслідком ураження центральної нервової системи.

Залежно від передбачуваних причин, за відсутності ефекту і необхідності проведення реанімаційних заходів на цьому етапі ведення хворого вирішують питання щодо його транспортування в спеціалізовану клініку.

Хворі часто відмовляються від їжі, що може бути пов'язано з різними психопатологічними порушеннями.

Розрізняють відмову від їжі, пов'язану з пригніченням потягів, відсутністю апетиту. Зниження апетиту або його відсутність спостеріга-

ють у дитячій психіатричній практиці, при депресивних станах і старечих психозах унаслідок згасання умовно-рефлекторних навичок.

У дитячій психіатричній практиці **анорексія** (відмова від уживання їжі) є іноді однією з ознак психічного захворювання загалом. Відмову від їжі часто можна пояснити нюховими або смаковими галюцинаціями неприємного характеру. Хворим здається, що їжа пахне екскрементами, має смак гнилі тощо.

Найчастішою причиною відмови від їжі є наявність у хворих слухових галюцинацій, псевдогалюцинацій імперативного характеру і маячних ідей. Під впливом імперативних галюцинацій, які переслідують хворого, він відмовляється від їжі.

У низці випадків маячна переконаність у тому, що їжа містить отруйні домішки, що через їжу хочуть зіпсувати їхній організм, змушує хворих голодувати.

У кататонічному ступорі відмова від їжі зумовлена нездатністю жувати і ковтати внаслідок виражених моторних розладів. У таких випадках разом із загальним лікуванням психічного стану хворих нейролептичними засобами та інсуліном вдаються до штучного годування. **Зазвичай його проводить медична сестра.**

Штучне годування здійснюють за допомогою зонда, який вводять через ніс або рот (після розкриття його роторозширювачем) у порожнину шлунка.

Перед введенням їжі необхідно переконатися в тому, що зонд міститься в шлунку, а не потрапив у трахею. У разі потрапляння зонда в трахею в пацієнта виникає ціаноз. Для запобігання цьому потрібно швидко ввести невелику кількість повітря за допомогою груші в зонд. Перевірити правильність встановлення зонда можна за допомогою запаленого сірника, який підносять до краю зонда: у разі потрапляння зонда в гортань полум'я коливатиметься в такт дихальним рухам.

Переконавшись у тому, що зонд перебуває в шлунку, можна розпочати годування хворого, увівши спочатку трохи негарячої перевареної води.

Годування проводять 1—2 рази на добу завдяки введенню штучних сумішей. Розрізняють суміші, приготовані на бульйоні, в які можна додавати розтерті з цукром сир і яйця, сіль, фруктові соки, масло і необхідні лікарські засоби.

Існує штучна суміш, приготована на молоці, в яку також додають яйця, масло, цукор, необхідні лікарські і вітамінні засоби. Суміш вводять так, щоб у шлунок не потрапляло повітря.

Після закінчення годування зонд перегинають рукою і, обгорнувши серветкою або рушником, швидко витягують на лоток. Кількість суміші, яку вводять одноразово, не повинна перевищувати 1 л.

Для запобігання подальшому блюванню необхідно якийсь час утримувати хворого в положенні лежачи. У деяких випадках кататонічного ступору можна вдатися до розгальмування хворих. Для цього вводять 1 мл 20 % розчину кофеїну підшкірно і через 10 хв поволі вводять внутрішньовенно 5—10 мл стерильного 1 % розчину амітал-натрію. Після отримання ефекту, коли хворий починає відповідати на запитання, вільно рухати головою і руками, можна припинити введення амітал-натрію і нагодувати хворого.

Хворі, що відмовляються від їжі, потребують ретельного спостереження з боку медичного персоналу. Необхідно піклуватися про введення достатньої кількості рідини таким хворим.

Тому разом із дворазовим штучним годуванням через зонд необхідно проводити внутрішньовенні вливання ізотонічного розчину натрію хлориду, 5—10 % розчину глюкози й вітамінів, ретельно спостерігати за соматичним станом хворих, особливо за станом легенів, оскільки після штучного годування можлива аспірація їжі й розвиток аспіраційної пневмонії.

*У разі відмови від уживання лікарських засобів дії медичного персоналу, зокрема медичної сестри, аналогічні таким при відмові від споживання їжі.*

**Колапс** — це гостра судинна недостатність, що раптово розвинулася, супроводжується різким зниженням артеріального тиску і призводить до порушення всіх життєвих процесів. Причинами колапсу можуть бути велика крововтрата, тяжкі інфекційні захворювання, травми, інфаркт міокарда і навіть різка зміна положення тіла в ослаблених хворих.

*Симптоми колапсу:*

- різка блідість;
- рясне потовиділення;
- поверхнєве дихання;
- похолодання кінцівок;
- почастішання пульсу, який характеризується малим наповненням, ледве визначається;
- зниження температура тіла.

Хворі притомні, але ніби загальмовані, а в разі подальшого розвитку колапсу настає потьмарення свідомості.

**Перша допомога при колапсі.** Якщо є кровотеча, її потрібно спинити. Самостійно транспортувати хворого в стані колапсу не можна. Його потрібно покласти на спину без подушки, дещо підняти ноги, укутати, обкласти грілками, за потреби — здійснити штучне дихання і непрямий масаж серця.

**Порушення формули сну** спостерігають при невротичних розладах, які об'єднують у групу психогенних захворювань:

- неврози;
- гострі реакції на стрес;
- післятравматичні стресові розлади;
- розлади адаптації, які виникають унаслідок гострої або тривалої психотравмівної ситуації і формування внутрішньоособистісного психологічного конфлікту.

Соматоформні розлади виявляються порушеннями вегетативної регуляції внутрішніх органів і систем (вегетосудинна дистонія), можуть бути наслідком психогенії або розвиватися в клінічній картині інших захворювань.

У цих хворих навіть у разі найретельнішого проведення клінічних досліджень не виявляють патології внутрішніх органів.

Більшість хворих із невротичними і соматоформними розладами страждають на ті або ті порушення сну. Порушення нічного сну сприяє поглибленню і фіксації психічних розладів, переходу захворювання в хронічну форму і виникненню рецидивів.

Розвиток порушень сну тісно пов'язаний з емоційними (тривожними) і депресивними проявами. Велике значення в цьому разі має суб'єктивне уявлення хворих про необхідну глибину і тривалість сну.

**Клінічні варіанти порушень сну при невротичних і соматоформних розладах:**

- пресомнічні розлади;
- інтрасомнічні розлади;
- постсомнічні розлади;
- спотворення формули сну;
- агрипнофобія.

**Пресомнічні розлади** — це порушення першої фази сну — засинання.

У разі першого варіанта спостерігають ослаблений потяг до сну, замість приємної втоми, сонливості виникають напруга, активність, м'язове напруження, руховий неспокій. Усе це зумовлює тривожне очікування сну.

За другого варіанта сонливість настає швидко, хворі швидко засинають, але через 10—15 хв раптово прокидаються, сонливість повністю зникає, і вони тривалий час не можуть заснути.

Порушенню засинання сприяє стан дрімливої гіперестезії — підвищеної, загостреної чутливості до дії звичайних подразників, настороженості щодо будь-якого шереху, непереносимості будь-якого зовнішнього звуку.

**Дрімливій обсесії** (нав'язливості) — нав'язлива актуалізація тривожних побоювань і уявлень, постійне уявне програвання одних і тих самих ситуацій, пригадування минулих і обдумування майбутніх подій.

**Дрімливій фобії** — нав'язливий страх смерті під час нічного сну («засну і не прокинуся»). Такі фобії часто виявляють у хворих із різними соматофобіями — кардіофобією, інсультфобією, танатофобією.

**Гіпноагогічний ментизм** — переживання напливу думок, втрати контролю за їх плином у дрімотному стані. Часто це порушення спостерігають у хворих із тяжкими формами невротичних і соматоформних розладів.

**Інтрасомнічні розлади** — розлади основної фази сну:

- поверхневий нічний сон;
- нічні пробудження з вегетативними і афектними порушеннями;
- страхітливі сновидіння;
- нічні страхи.

Нічний сон стає поверхневим: тривожний, павутинний, з неповним відключенням від думок і переживань, має вигляд дрімоти («сплю й одночасно чую, що робиться навколо, голова взагалі не відключається»). При цьому спостерігають почастищення сновидінь, зміну їх змісту і емоційного забарвлення (страхітливі сновидіння). Найчастіше вони виникають через психотравмівні чинники (втрата близької людини, конфлікти в сім'ї, на роботі як недавнього періоду, так і далекого минулого) і відображають їх.

**Нічні пробудження** — роздроблений сон, що супроводжується вегетативними розладами: болем і неприємними відчуттями в лівій половині грудної клітки, серцебиттям, утрудненням дихання, відчуттям задиху, нудотою, позивами до блювання, сильним потовиділенням із відчуттям ознобу або жару, переживанням тривоги і страху. Іноді пробудження виникають у певний час — рефлекс нічних пробуджень.

Нічні пробудження з емоційними і вегетативними порушеннями визначають виникнення страху нічної смерті внаслідок порушення життєво важливих фізіологічних функцій. Іноді спостерігають боязнь темряви, присутності сторонньої людини.

**Постсомнічні розлади** — порушення, що виникають у найближчий період після пробудження:

- післясомнічна астенія;
- просонкова дезорієнтація;
- післясомнічні розлади сприйняття.

Хворі із *післясомнічною астенією* протягом тривалого періоду після пробудження не відчують бадьорості й свіжості, що позначається на самопочутті та працездатності і супроводжується відчуттям «ломки в усьому тілі», «тіла з вати», похмуро-дратівливим настроєм (вранішня дисфорія).

Іноді виникає миттєве пробудження з обтяжливими вегетативними порушеннями: серцебиттям, відчуттям браку повітря, задихою, дискомфортом у животі, що супроводжуються відчуттям безпричинної життєвої (вітальної) туги.

**Просонкова дезорієнтація** — явище, за якого хворі після пробудження протягом деякого часу не можуть визначити, де вони, адекватно оцінити ситуацію. Часто подібне порушення сну спостерігають при тяжких формах невротичних і соматоформних розладів.

**Післясомнічні розлади сприйняття** виявляються елементарними зоровими і слуховими ілюзіями зі спотворенням сприйняття предметів реальної обстановки. Тривожне очікування повторення станів із просонковою дезорієнтацією може формувати нав'язливий страх перед сном — *агривнофобію*.

**Спотворення формули сну** виявляється різними порушеннями:

- поєднання підвищеної сонливості у денний і вранішній час із втратою потреби у сні і безсонням уночі;
- зміщення потягу до сну в часі, бажання спати виникає дуже рано в денний або вечірній час;
- утруднене вранішнє пробудження внаслідок пізнього засинання;
- неможливість виспатися через необхідність іти на роботу, займатися домашніми справами.

**Агривнофобія** — нав'язливий страх виникнення або повторення порушень сну, частіше розвивається у вигляді тривожного очікування порушень. Переживання з приводу можливого порушення сну набувають домінуючого характеру з формуванням нав'язливого страху повторення безсонної ночі. Як наслідок формується іпохондрична установка виснаження центральної нервової системи, головного мозку від недосипання.

## Лікування розладів сну

Велике значення має виконання хворими режиму праці і відпочинку: розумного чергування розумових і фізичних навантажень, активного відпочинку, занять фізкультурою і спортом. Варто уникати інтенсивних фізичних навантажень за 3—4 год до сну. Перед сном рекомендують пішохідні прогулянки тривалістю 20—30 хв.

У цьому разі потрібно відмовитися від вживання продуктів з високим вмістом кофеїну (кава, чай, шоколад), не переїдати перед сном, але і не лягати спати натще, рекомендують легку вечерю за 2—3 год до сну.

Для підвищення ефективності лікування та профілактики безсоння рекомендують дотримуватися простих правил:

1. Лягати спати в один і той самий час.
2. Не лягайте спати дуже рано.
3. Не лягати спати і не прагнути заснути, якщо немає бажання.
4. Потрібно прагнути не спати вдень.
5. Обов'язково потрібно провітрювати спальню перед сном.
6. Варто усунути сторонні подразники (шум, яскраве світло), що заважають засинанню.

7. Перед сном рекомендовано приймати теплу ванну або душ, проводити загальний масаж, автогенне тренування.

У лікуванні порушень сну важливе значення має їх походження. З урахуванням причини порушень сну підбирають лікарські препарати (снодійні засоби селективної дії, транквілізатори, анксиолітики, антидепресанти, гомеопатичні й антигомотоксичні препарати), лікувальну гімнастику, фізіотерапевтичні процедури, психотерапію (раціональна психотерапія, автогенне тренування).

## Профілактика екстремальних і кризових станів у психіатрії

**Біль** може виникати при різноманітних станах і захворюваннях:

- спазмі непосмугованих м'язів;
- серцево-судинних захворюваннях;
- післятравматичних станах;
- захворюваннях хребта (шийного, грудного, попереково-крижового відділу).

**При спазмі непосмугованих м'язів:**

— уведення розчину анальгіну з димедролом. За неефективності — розчин но-шпи та платифіліну.

**При серцево-судинних захворюваннях:**

— застосування нітрогліцерину та інших нітратів.

**При болю в животі:**

— призначення спазмолітиків і знеболювальних засобів.

**При післятравматичних станах:**

1. Призначення знеболювальних засобів і опіатів.

2. Катарол — 1,0 мл внутрішньом'язово.

3. Алфубін — 1,0 мл внутрішньом'язово.

**При болю у хребті:**

— нестероїдні протизапальні препарати (диклофенак, тилда тощо).

**Кризи та патологічна реакція горя**

Тема ставлення людини до смерті та горя має загальнолюдське значення. Тут медичні питання переплітаються з питаннями релігії, філософії, мистецтва, психології тощо.

Відповідно до християнських поглядів, душа людини безсмертна, смерть існує лише в межах земного (гріховного) світу, а в кожному конкретному випадку питання про життя і смерть — у руках Творця (Бога).

Із численних філософських пояснень таємниці патологічної реакції горя наведемо матеріалістичне міркування давньогрецького мудреця **Епікура** (341—270 р. до н. е.): *«Найстрашніше зло, смерть, не має до нас жодного відношення, тому що коли ми існуємо, смерть ще не присутня; а коли смерть присутня, тоді вже не існуємо ми».*

Смерті завжди передуює виникнення кризової ситуації та патологічної реакції горя.

Дуже важливим для медичної сестри є вміння пояснити пацієнтові та його родині психологію кризового стану та горя.

Деяка плутанина може виникнути навколо слів «криза» та «горе», тому що ми можемо вживати термін «криза і горе», щоб описати три зовсім різні ситуації:

1. Критичну (надзвичайну) ситуацію, за якої щось потрібно робити негайно. Наприклад, коли в будинку зайнялася пожежа або у когось стався інфаркт міокарда (сердечний напад) тощо.

2. Ситуацію, що потребує змінення способу життя або прийняття важливого рішення (одержання певної роботи, здобуття освіти або пошук супутника життя).

3. Результат неефективних або нерозумних методів вирішення проблеми, що їх використовують у разі потрапляння у вищезазначені ситуації. Наприклад, одержання роботи, яка не передбачає певних навичок

або талантів, що може зрештою призвести до виникнення відчуття невдоволення, нудьги та горя.

Криза трапляється, коли людина стикається з перепонами на шляху до важливої життєвої мети, яка в цей момент є недосяжною, використовуючи звичайні методи вирішення проблеми. Коли не можна вдатися до звичних методів вирішення проблеми, щоб упоратися з повсякденними турботами, горем, тоді баланс, або рівновага, особистості порушується. Людина відчуває внутрішнє напруження, стурбованість, які врешті-решт призводять до емоційного розладу, горя.

**Медична сестра** — ключова особа в емоційному оточенні пацієнта. Тому вона може впливати на психічне здоров'я пацієнта під час його перебування в лікарні. Отже, медичні сестри повинні знати, як найкраще сприяти здоров'ю пацієнтів.

**Кризи росту (дозрівання)** є нормальними процесами росту та розвитку. Вони виникають протягом тривалого періоду, наприклад, як перехід із дитинства в юність, який супроводжується важливими характерологічними змінами.

До них належать: початок шкільного життя, одруження, народження дитини, нова робота, досягнення певних вікових дат, вихід на пенсію та ін.

**Ситуаційні кризи** асоціюють зі значною втратою статусу (становища), заощаджень, коханої людини.

Більшість людей переживають цей тип кризи в певний період свого життя. Однак у кожної людини це відбувається індивідуально.

**Прогноз** при психічних захворюваннях залежить від їх перебігу. Основна маса психічних захворювань має прогресивний, тобто прогресивний тип перебігу. Більшість хвороб закінчується дефектом психічного стану, деменцією.

**Експертиза в психіатрії**

*Судово-психіатрична експертиза* вирішує питання осудності хворого, моральної шкоди та ін.

Судово-психіатрична експертиза в цивільному процесі набуває останніми роками дедалі більшого значення у зв'язку з постійним збільшенням кількості справ у цивільному судочинстві. Основна мета судово-психіатричної експертизи — захищати цивільні права та інтереси психічно хворих осіб, які є учасниками цивільного процесу.

Правовий стан громадянина — учасника цивільних відносин — визначається такими його ознаками, як **право- і дієздатність**.

Згідно зі ст. 9 Цивільного кодексу (ЦК) України, цивільна правоздатність — це здатність мати цивільні права й обов'язки. Правоздатність громадянина виникає від моменту його народження і припиняється зі смертю.

Згідно із законодавством України, дієздатність людини в повному обсязі настає з повноліттям (18 років), коли вона досягає психічної зрілості й набуває достатнього життєвого досвіду, що й визначає її здатність правильно усвідомлювати та регулювати свої вчинки. Таким чином, дієздатність на відміну від правоздатності обмежена чинником віку.

На відміну від правоздатності дієздатність також пов'язана з окремими якостями громадянина, у тому числі вмінням усвідомлювати свої дії, керувати ними та передбачати їх наслідки. Ці якості залежать не лише від віку, а і від стану психіки особи.

Психічні захворювання значно різняться за клінічною картиною, вираженістю, глибиною, тяжкістю та формами перебігу. Серед них є такі, що можуть не впливати на можливість людини самостійно здійснювати свої цивільні права. З огляду на це встановлення психіатричного діагнозу ще не означає, що людина недієздатна, вирішальним є визначення стійкості, вираженості, глибини психічних розладів, що формують **медичний критерій**.

**Юридичний критерій** особи (не може усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними) складається з двох частин: *інтелектуальної* (не може усвідомлювати значення своїх дій) та *вольової* (не може керувати ними).

Чинне кримінальне законодавство встановлює, що особи, які скоїли протиправні дії в стані неосудності, зумовленої психічною хворобою, не є злочинцями і не підлягають покаранню. До них за постановою суду можуть бути застосовані різні заходи медичного характеру.

**Суспільна небезпека** хворого визначається як ризик здійснення ним повторного суспільно небезпечного діяння. Небезпека може бути зумовлена наявністю у хворого маячних ідей, розладів потягів, тяжких афективних розладів і інших хворобливих розладів психіки. Запобігання здійсненню хворим суспільно небезпечного діяння є одним із завдань, які вирішують за допомогою заходів медичного характеру.

**Чинне кримінальне законодавство передбачає чотири види примусових заходів медичного характеру:**

- амбулаторне примусове спостереження і лікування в психіатра;
- примусове лікування в психіатричному стаціонарі загального типу;

- примусове лікування в психіатричному стаціонарі спеціалізованого типу;
- примусове лікування в психіатричному стаціонарі спеціалізованого типу з інтенсивним спостереженням.

**Військово-лікарську експертизу** проводять для визначення придатності до військової служби призовників, військовослужбовців і військовозобов'язаних, встановлення причинного зв'язку захворювань, поранень і травм із військовою службою та необхідності й умови застосування медико-соціальної реабілітації та допомоги військовослужбовцям.

Військово-лікарську експертизу здійснюють військово-лікарські комісії, які створюють при військових комісаріатах і закладах охорони здоров'я Міністерства оборони України, Служби безпеки України та інших військових формувань.

### Принципи реабілітації психічнохворих

**Медична реабілітація** — галузь медичної науки, яка вивчає механізм дії фізичних лікувальних чинників, обґрунтовує та створює технології відновного лікування, оцінює ефективність медичної реабілітації дорослих і дітей з різноманітною патологією.

Реабілітацію психічнохворих проводять від початку захворювання. Вона відіграє важливу роль у поверненні хворого до нормального життя.

**У проведенні реабілітації медична сестра виконує важливу роль, зокрема на неї покладають такі обов'язки:**

- постійний загальний догляд за хворим;
- запобігання протиправним діям хворого;
- примусове годування хворого;
- своєчасна доповідь лікарю про стан здоров'я хворого;
- проведення бесід із хворими і елементів психотерапії;
- створення загального доброзичливого клімату серед хворих у психіатричному стаціонарі.

### Контрольні запитання

1. Перерахуйте види психіатричної допомоги.
2. Унаслідок чого було порушено довіру до психіатрії в Радянському Союзі?
3. Як надають невідкладну психіатричну допомогу неповнолітнім?
4. Хто може надавати невідкладну психіатричну допомогу?
5. Що таке психомоторне збудження?

6. При яких захворюваннях спостерігають психомоторне збудження?
7. Назвіть ознаки маніакального збудження.
8. Назвіть ознаки депресивного збудження.
9. Що таке патологічний афект?
10. Що таке суїцид?
11. У чому полягає допомога за неможливості уживати їжу?
12. Які є клінічні варіанти порушень сну при невротичних і соматоформних розладах?
13. У чому полягає роль медичної сестри при порушеннях сну?
14. У чому полягає вміння медичної сестри визначити стан пацієнта, його потреби?
15. Як має діяти медична сестра за наявності екстремальних станів, небезпечних для пацієнта та людей, які його оточують?
16. У чому полягає вплив медичної сестри на психологічний стан пацієнта?
17. Які особливості дії медичної сестри під час надання допомоги при спазмах непосмугованих м'язів?
18. Яка роль медичної сестри у проведенні сестринської діагностики, згідно із загальним станом пацієнта?
19. Планування дій медичної сестри для здійснення догляду та спостереження за пацієнтами, які потребують невідкладної допомоги.
20. Як має діяти медична сестра в разі впливу на психіку пацієнта тривалого перебування в лікарні, розлуки з рідними та близькими?
21. Чому потрібно навчати студентів доброзичливому, теплому, турботливому ставленню до пацієнтів?
22. Назвіть суть і методи кризового втручання.
23. Як має діяти медична сестра в екстремальних та кризових ситуаціях?
24. Як має діяти медична сестра при психологічному втручанні?
25. Якою є роль медичної сестри в разі відмови хворого від уживання ліків?
26. Які особливості дії медичної сестри під час виконання лікарських призначень у психіатричному стаціонарі?
27. У чому полягає підготовка медичною сестрою апаратури й інструментарію для надання допомоги хворому?
28. Які особливості ведення документації медичної сестри психіатричного стаціонару?
29. Якою є роль медичної сестри в організації лікувально-охоронного режиму?

## Розділ 7

## Порушення психічної діяльності при інфекційних і соматичних захворюваннях. Післяпологові психози. Розлади психіки під час клімаксу

До симптоматичних психозів належать психічні розлади, що виникають при загальних соматичних та інфекційних захворюваннях, інтоксикаціях, порушеннях функції ендокринних залоз. За своїми проявами симптоматичні психози дуже різні. Прийнято виділяти гострі та затяжні клінічні форми психозів.

**Гострі симптоматичні психози.** Для їх перебігу, як правило, характерне транзиторне (тимчасове) потьмарення свідомості.

Порушення свідомості різняться за клінічними проявами, глибиною і тривалістю. В умовах психіатричної клініки найчастіше спостерігають розвиток делірію або присмеркового потьмарення свідомості з появою епілептиформного збудження. Суспільно небезпечні дії, що їх скоюють ці хворі, визначаються переважно хворобливими переживаннями. У такому стані вони можуть завдати ушкодження собі або людям, які їх оточують.

Кожному соматичному (в широкому розумінні) захворюванню властиві певні особливості перебігу гострих симптоматичних психозів.

Гострі психотичні стани *при грипі, малярії, ревматизмі* проявляються делірієм, присмерковим потьмаренням свідомості, епілептиформним і тужно-тривожним збудженням.

При гострому *розвитку серцево-судинної недостатності* (інфаркт міокарда, стан після операції на серці та ін.) можуть виникати короточасні розлади свідомості: обнубіляції, делірійні або делірійно-аментивні стани.

**Присмерковий розлад свідомості** зазвичай виникає раптово, супроводжується різким руховим збудженням епілептиформного характеру, страхом, окремими галюцинаторно-маячними проявами, що може призвести до скоєння суспільно небезпечних дій. Хворі неспокійні, тривожні, кричать, на обличчі — вираз жаху. Психоз триває від 0,5 до 1,5—2 год і закінчується так само раптово, як і починався, його змінює глибокий сон або ступор.

Після виходу з гострого симптоматичного психозу спостерігають ознаки астенії, стани гіперстенічної слабкості.

**Затяжні соматогенні психози.** Загальні соматичні захворювання (у тому числі інфекції та інтоксикації), що розвиваються несприятливо, можуть супроводжуватися різними психічними розладами.

Найчастіше розвиваються **неврозоподібні** (зокрема астенічні) та **психопатоподібні** розлади, але нерідко на цьому тлі виникають і психотичні прояви:

- депресивні та галюцинаторно-маячні стани;
- конфабуляторні розлади;
- псевдопаралітичні прояви;
- транзиторний синдром Корсакова.

Затяжні симптоматичні психози тривають від 2 тиж. до 2—3 міс. і змінюються астенією з підвищеною чутливістю до психічних і фізичних чинників.

*Клінічні особливості затяжних симптоматичних психозів значною мірою визначаються характером соматичного захворювання, на тлі якого вони розвиваються.*

Психічні розлади при захворюваннях *серцево-судинної системи* виявляються:

- нестійкістю настрою;
- схильністю до тужливо-тривожного настрою;
- фізичною та психічною стомлюваністю;
- дратівливою слабкістю;
- гіперестезією.

Напади **стенокардії** іноді супроводжуються тривожно-афективними розладами, страхом смерті. Після повторних нападів можуть розвинути іпохондричність, кардіофобічний синдром.

При хронічних захворюваннях *травного тракту* нерідко спостерігають:

- підвищену дратівливість;
- безсоння;
- емоційну нестійкість;
- схильність до іпохондрії;
- канцерофобію.

При захворюваннях *печінки та нирок* також можливі психічні розлади, для яких характерні астенічні прояви (тужливість, пригнічення психічних функцій). За тривалого перебігу захворювання розвивається психопатоподібна симптоматика.

При *уремії* можуть виникати епілептиформні напади, делірійно-онейроїдні і аментивні стани.

При тяжких формах *туберкульозу легенів* у хворих можуть розвинути затяжні шизофреноподібні психози з депресивними та депресивно-маячними картинами. Відомі випадки посилення сексуального

потягу у хворих на туберкульоз, які не адекватні тяжкості їх соматичного стану.

При **злоякісних новоутвореннях** спостерігають виражені астенічні розлади з афективною нестійкістю. Нерідко виникають психогенні депресії, зокрема, коли діагноз стає очевидним для хворого. Психози виникають у випадках наростання кахексії, вираженим стає синдром «альтернуючої» свідомості, що триває від кількох хвилин до кількох годин. Зі збільшенням соматичного страждання наростає тривалість нападів порушення свідомості, поглиблюються загальні психічні розлади.

**Ендокринні порушення** також супроводжуються психічними розладами. Так, при базедовій хворобі, підвищеній функції щитоподібної залози виникають підвищена збудливість, афективна нестійкість, плаксивість, вибуховість. У тяжких випадках можуть розвиватися симптоми руйнування свідомості, маячення, галюцинації.

Для хворих із *мікседемою* (зниження функції щитоподібної залози) характерним є стан пригніченості, депресії, іноді делірійне та присмеркове потьмарення свідомості.

Психічні розлади можуть виникати при *отруєннях* деякими промисловими та побутовими хімічними речовинами.

Хронічна інтоксикація оксидом вуглецю, арсеном, ртуттю, свинцем може супроводжуватися розвитком психопатоподібного синдрому органічного типу з вираженою афективною лабільністю, іноді з епілептиформними нападами, грубими розладами психіки.

Астенодепресивні стани з іпохондричними побоюваннями та близькі за змістом депресивно-параноїдальні стани, коли можна говорити про іпохондричні маячні ідеї, можуть стати причиною суспільно небезпечних дій хворих. В одних випадках — це агресивні акти щодо медичних працівників, які, на думку хворих, неправильно їх лікують, в інших — схильність до патологічних звинувачень близьких у поганому догляді, у намаганні «позбутися» хворого і, нарешті, іноді можливі розширені самогубства.

### Післяпологові психози

Це особлива група психозів, до якої входять ендогенні захворювання (шизофренія, маніакально-депресивний психоз), що були спровоковані вагітністю і пологами, та власне симптоматичні психози, що виникли через сомато-ендокринні зміни в організмі та післяпологові септичні процеси.

Дитина з'явилася на світ. Здавалося б, усі переживання позаду, але на зміну одним тривогам і сумнівам приходять інші. Перші тижні після народження дитини завжди нелегкі. Весь тягар відповідальності за маля лягає передусім на матір, яка часом переживає дуже суперечливі почуття: стан тривоги, незрозумілої дратівливості, плаксивості й навіть агресивності.

Емоційні піднесення і спади зумовлені гормональними змінами в організмі жінки в післяпологовий період, утомию, відсутністю досвіду або взаєморозуміння з дитиною, можливо, відсутністю або недостатньою підтримкою близьких, зміною статусу жінки в родині. У деяких жінок ці коливання незначні або ж зникають протягом кількох тижнів після пологів, в інших випадках можливе виникнення відчуття нездатності подолати труднощі, постійного почуття занепокоєння і депресії.

Післяпологові порушення можуть поєднувати в собі:

- відчуття туги;
- післяпологову депресію;
- психоз.

*Відчуття туги* зазвичай з'являється спонтанно в перші дні після пологів і також спонтанно через 5—7 днів зникає.

Його проявами є:

- емоційна нестійкість;
- підвищена чутливість;
- слізливість.

Якщо відчуття туги не зникає і жінка відчуває себе пригніченою, їй необхідно розповісти про це і звернутися за консультацією до психолога або психотерапевта.

При післяпологовому психозі жінка втрачає контакт із навколишньою дійсністю, здатність до просторової орієнтації; з'являються галюцинації, безсоння, епізоди потьмарення свідомості, маніакального збудження.

Жінкам, які страждають на післяпологовий психоз, потрібна допомога лікаря-психіатра. Що раніше буде розпочато лікування, то більше шансів на швидке одужання.

*Післяпологова депресія* має поступовий початок. Виникає не раніше третього дня після пологів, у частині випадків — до 3, у решті — до 6 міс. після пологів. Загалом депресія має схожі ознаки з тими проявами, що в звичайному стані називають тугою або нудьгою.

Симптоми депресивного стану:

- слізливість і пригнічений настрій;
- дратівливість;

- відсутність любові до дитини, партнера, інших дітей;
- зниження або втрата статевого потягу;
- втрата або занепад сил;
- зниження або відсутність задоволення від того, що раніше його викликало;
- порушення сну (безсоння або підвищена сонливість);
- порушення апетиту (підвищення або зниження);
- занепокоєння або сповільненість дій;
- тривожність або напруженість;
- почуття провини або осудження себе;
- думки про самогубство, заподіяння шкоди собі або дитині;
- уникнення людей;
- напади паніки;
- зниження концентрації уваги.

Перераховані симптоми в кожному конкретному випадку виникають у різному поєднанні й мають різний ступінь вираженості.

Жінці необхідно допомогти впоратися з депресією, тому що вона може надовго вивести з рівноваги, залишити неприємні спогади з відчуттям глибокого жалю. Крім того, післяпологова депресія може негативно вплинути на розвиток дитини й позначитися на інших членах родини.

Для *післяпологових психозів* характерні гостре виникнення та порівняна короткочасність перебігу.

Типовими ознаками післяпологових психозів є потьмарення свідомості з аментивними або делірійно-аментивними станами, миготливість психопатологічної симптоматики, залежність її від соматичного стану.

У соматично ослаблених хворих, із тяжкими та тривалими психотравмивними чинниками в анамнезі можуть виникати різні варіанти депресивного синдрому. В осіб із преморбідними шизоїдними рисами характеру іноді виникають шизофреноподібні стани.

Важливим і водночас складним питанням є розмежування деяких форм післяпологового психозу і шизофренії, що дебютує після пологів.

*У хворих на шизофренію симптоми потьмарення свідомості зазвичай виражені слабше, менш тривалі, відсутній миготливий характер порушення свідомості. Можливі гримаси, стереотипії, негативізм.*

У разі нормалізації свідомості в шизофренічному процесі швидко виявляється поліморфізм психопатологічної картини. Маячні картини вирізняються певною стійкістю і тенденцією до систематизації, нерідко розвивається синдром Кандинського—Клерамбо.

Афективні порушення найчастіше мають змішаний характер: депресія, тривога поєднуються з періодами злоби, апатії, млявості; іноді привертають увагу монотонність, прояви аутизму.

У період виходу з психозу у хворих на шизофренію, на відміну від випадків післяпологового психозу, можуть виникати емоційно-вольові порушення.

Певне значення має диференційна діагностика **післяпологових і реактивних психозів**. Для останніх характернішим є поступовий розвиток захворювання, тісний зв'язок із психотравмівною ситуацією, відображення в динаміці основних закономірностей перебігу реактивних станів. Реактивні психози в післяпологовий період можуть проявлятися депресивними реакціями.

Суспільно небезпечні дії, що їх скоюють хворі з післяпологовим психозом, полягають переважно у вбивстві новонароджених дітей або нанесенні їм тяжких тілесних ушкоджень. Іноді такі хворі скоюють так звані розширені самогубства або альтруїстичні вбивства.

## Психічні розлади під час клімаксу

### *Проблема жіночого клімаксу*

Проблема жіночого клімаксу нині актуальна як ніколи. Якщо в далекому минулому жінка жила в середньому 45 років, то це питання просто не встигало виникнути. Нині середня тривалість життя жінки становить близько 80 років. Зазвичай менопауза настає в 48—50 років, а отже, третину свого життя жінка проводить у цьому стані. До речі, в Україні в жінок менопауза настає на 2—2,5 року раніше, ніж у Європі. Але, навіть незважаючи на все це, теми клімаксу намагаються уникати. Будь-який патологічний стан (гіпертонія, остеопороз, цукровий діабет) у нашому суспільстві сприймають як захворювання, і лише клімакс — як щось непристойне.

Тому проблеми клімаксу тактовно називають проблемами перехідного віку. Причому це особливість нашого вітчизняного менталітету.

У країнах Європи існують державні програми, дотації, громадські організації для вирішення проблем менопаузи. У нас же медичний аспект розвивається, а соціальний, на жаль, практично відсутній.

Проявами клімаксу є припливи, плаксивість, дратівливість, емоційна лабільність, нічне потіння, серцебиття. Уся ця група порушень виникає на початку клімактеричного періоду, найчастіше в 45 років. Пізніше розвиваються сексуальні розлади, нетримання сечі, сухість шкіри, слизових оболонок, випадіння волосся. Згодом приєднуються гіпер-

тонія, атеросклероз, остеопороз. У деяких випадках стан погіршується до значного порушення пам'яті і навіть виникнення глибоких розладів психіки. Правда, клімакс може розвиватися і дещо інакше.

Помічено, якщо жінка психологічно орієнтована на сім'ю, приділяє їй багато уваги, вона менше хворіє. У цьому полягає основний захист природи, який забезпечують статеві гормони.

**Естрогени** — гормони першої фази циклу — «відповідають» за зовнішній вигляд жінки, емоційність, яскравість, барвистість життя. Жінки, у яких недостатній рівень естрогенів, менше радіють життю, менш емоційні, у них гірші шкіра, волосся. Основне завдання іншого гормону — **прогестерону** — забезпечення вагітності. У разі його переважання в організмі жінка відчуває спокій, гармонію. Перед менопаузою зазвичай рівень естрогенів ще залишається без змін, а концентрація прогестерону значно знижується. Як наслідок жінка стає дратівливою, емоційно невраївноваженою.

Передусім жінці у цей період необхідне правильне харчування з достатньою кількістю вітамінів; основне — не переїдати. Важливим є надходження в організм з їжею фітоестрогенів, які містяться в цитрусових, сої, червоному вині, винограді.

У разі сидячої роботи жінкам рекомендують різні фізичні навантаження (плавання в басейні, ранкові пробіжки, заняття в тренажерному залі, але обов'язково із задоволенням), які дають змогу запобігти застою крові в малому тазу і яєчниках.

### *Проблема чоловічого клімаксу*

Не менш вразливі в клімактеричний період і чоловіки, особливо у віці 50—60 років. Чоловіки скаржаться на занепад сил і енергії, зниження працездатності. Стають нерішучими, плаксивими, скаржаться на неприємні відчуття і біль у ділянці серця та інших органах, біль голови, погіршення сну, виникнення закріпів. Згодом приєднуються серцебиття, припливи крові до голови, пітливість, похолодання кінцівок, запаморочення, відчуття повзання мурашок по тілу, отерпання кінцівок, пальців тощо. Нерідко підвищується артеріальний тиск.

Під час клімаксу частішим стає акт сечовипускання, зменшується сила струменя, розбризкується сеча, з'являється біль унизу живота. У цей період знижується або підвищується статевий потяг, знижується потенція, спостерігають недостатню ерекцію, передчасну еякуляцію.

Різноманітні порушення діяльності органів сечової, статевої та нервової системи, психічні захворювання під час клімаксу часто є наслідком порушення функції і збільшення передміхурової залози. При

патологічному клімаксі це спостерігають більше ніж у половини чоловіків.

Клімактеричний період у чоловіків може тривати від 1 до 5 років. Перебіг клімаксу теж значною мірою залежить від типу нервової системи, умов праці, відпочинку, побуту, стану здоров'я тощо.

У чоловіків із холеричним типом нервової системи під час клімаксу нерідко спостерігають розлади нервової системи. Іноді з приводу психічних розладів, які виникли в клімактеричний період, чоловікам доводиться звертатись за допомогою до психіатра. Неврози супроводжуються підвищеною збудливістю, плаксивістю, болем голови, припливами, порушенням сну тощо. У сангвіників перебіг клімаксу спокійний, якщо вони зайняті улюбленою працею на підприємстві, в установі або в домашньому господарстві. У флегматиків клімакс не позначається на функції нервової системи. Меланхоліки часто скаржаться на біль у ділянці різних органів і систем, а іноді й на психічні розлади.

У разі доброзичливого ставлення на роботі, злагоди в родині клімактеричні розлади бувають незначними. Якщо ж взаємини порушено, виникають різноманітні нарікання, сварки, клімакс ускладнюється значними розладами, особливо нервово-психічної і серцево-судинної систем.

За ступенем вираженості у чоловіків розрізняють компенсований, нестійко компенсований і декомпенсований клімакс.

**Компенсованим** називають клімактеричний період без значних розладів функцій організму і порушення працездатності.

При **нестійкій компенсації** спостерігають періодичні нетривалі розлади, які можна відносно швидко і легко усунути за допомогою медикаментів та інших лікувальних заходів.

При **декомпенсованому клімаксі** розлади деяких систем організму можуть бути досить значними, потребують тривалого систематичного лікування і супроводжуються тривалою втратою працездатності.

Для профілактики ранніх і тяжких проявів клімаксу в чоловіків важливе значення мають побутові умови, режим праці і відпочинку, харчування, систематичне заняття фізичною культурою, профілактика, а в разі розвитку — своєчасне лікування гострих і хронічних захворювань, невиснажливий ритм статевого життя.

Могутнім засобом збереження здоров'я, творчого довголіття, високої працездатності до глибокої старості є систематичні постійні заняття фізкультурою.

Дуже важливо виявити і своєчасно лікувати різноманітні гострі та хронічні захворювання: кір, коклюш, дифтерію, скарлатину, ангіну,

грип, дизентерію, черевний тиф, туберкульоз, гонорею, сифіліс, гастрит, ентероколіт, дерматити тощо. Особливо небезпечні в цьому сенсі гонорея і трихомоноз.

При запущених, нелікованих або недолікованих гонореї і трихомонозі збудники захворювання можуть проникати в передміхурову залозу, придатки яєчок і самі яєчка, зумовлюючи запальні процеси. Це зрештою призводить до тяжких різноманітних ускладнень, у тому числі й раннього клімаксу.

Активність статевої діяльності залежить від віку пацієнта, умов праці, побуту, відпочинку, харчування, стосунків між партнерами, температури тощо. Статеве життя має приносити насолоду, задоволення й позитивно позначатися на розумових і фізичних показниках.

Під впливом алкоголю ослаблюється гальмівний процес, людина швидко збуджується. Втрачаючи контроль над своїми діями, вступає в статові стосунки з незнайомими особами, що може призвести до венеричних захворювань. Особи, які зловживають алкоголем, стають імпотентами подеколи вже в 35—40 років, а іноді навіть і раніше. Тому боротьба з пияцтвом є складовою профілактики раннього і тяжкого клімаксу в чоловіків.

Клімакс — це не хвороба, а фізіологічний період в житті людини. У переважній більшості чоловіків клімакс перебігає нормально й не потребує здійснення жодних лікувальних заходів. Проте у 10—15 % чоловіків клімактеричні розлади настільки значні, що вони змушені звертатися за допомогою до лікаря. Раптова поява припливів, болю в ділянці серця, унизу живота, плаксивості, запаморочення, отерпання деяких частин тіла, безсилля, зниження пам'яті, потенції породжує іноді думки про тяжку невиліковну хворобу і наближення кінця життя. Роз'яснення суті змін, які відбуваються в організмі, розповіді про те, що ці порушення є тимчасовим явищем і через рік—другий стан нормалізується, дає хворим надію на швидке одужання.

Як не дивно, представники сильної статі в клімактеричний період не завжди можуть тримати себе в руках і керувати своєю поведінкою. Подібно жінкам, які панічно реагують на супутні клімаксу симптоми, багато чоловіків у цей період змінюються до невпізнання. Стримані й спокійні стають емоційно неврівноваженими і дратівливими, веселі впадають у тугу й депресію, а зануди і мовчуни вражають оточуючих несподіваною безпечністю. Протягом дня чоловік здатний проявити гаму емоцій: від безпричинної веселості до абсолютно необґрунтованого відчуття страху і тривоги.

*Проблема чоловічого клімаксу* має медичний аспект, оскільки цей період у житті чоловіка супроводжується якісною перебудовою організму, комплексом ендокринних і метаболічних змін, що передусім проявляються функціональними порушеннями статевої і центральної нервової систем, кісток, м'язів.

На щастя, чоловічий клімакс — стан тимчасовий. Зазвичай він триває від 2 до 4 років. У разі своєчасно розпочатого лікування і відповідної підготовки чоловічий клімакс проходить, не залишаючи серйозних наслідків і не спричиняючи жодних розладів.

Потрібно пам'ятати, що важливим є не просто продовження життя, а максимально тривале збереження творчої, фізичної, інтелектуальної і сексуальної активності.

### *Контрольні запитання*

1. Що таке гострі симптоматичні психози?
2. У чому проявляються гострі психотичні стани при грипі, малярії, ревматизмі?
3. Назвіть порушення психіки при гострому розвитку серцево-судинної недостатності.
4. Що спостерігають після виходу із гострого симптоматичного психозу?
5. Які порушення психіки виникають при грипі, малярії, ревматизмі?
6. Назвіть порушення психіки при злоякісних новоутвореннях.
7. Назвіть психічні порушення при ендокринних розладах.
8. Що таке післяпологові психози?
9. Із якими захворюваннями і станами проводять диференційну діагностику післяпологових психозів?
10. Назвіть симптоми депресивного стану при післяпологових психозах.
11. Назвіть прояви жіночого клімаксу.
12. Назвіть особливості чоловічого клімаксу.
13. У чому полягає шкідливість зловживання алкоголем у клімактеричний період?

## Розділ 8

### Психічні розлади при травматичному ушкодженні головного мозку. Екологічна психіатрія

Серед причин екзогенних психічних розладів черепно-мозкова травма (ЧМТ) посідає друге місце після алкоголізму. Частота психічних розладів, які виникають безпосередньо після ЧМТ, залежить від умов її отримання. Частіше вони виникають у воєнний час.

Чоловіки одержують ЧМТ в 2—3 рази частіше, ніж жінки; частота таких травм у дітей вища, ніж у дорослих.

Найчастіше ЧМТ зазнають особи віком від 25 до 40 років, тобто наймобільніша і найпрацездатніша частина населення, що має як соціальне, так й економічне значення. Частка тяжких ЧМТ становить приблизно 20 % серед усіх травм головного мозку. Загальна летальність при ЧМТ порівняно невисока (1,5—3,5 %), але при їх тяжких формах становить 65 %.

Половина хворих, які отримали ЧМТ, стають непрацездатними (при тяжких ЧМТ — у 90 % випадків). Після тяжкої ЧМТ у 100 % хворих не зникають неврологічні і психічні розлади, причому в 90 % випадків вони лишаються вираженими.

Більшість (60 %) ЧМТ є побутовими (побиття, вуличні бійки, падіння та ін.); значна їх частина отримана особами в стані алкогольного сп'яніння. На частку дорожньо-транспортних пригод припадає 20—30 % ЧМТ. Цей показник значно збільшився останніми роками, що пов'язано з перенасиченням міст автотранспортом, недотриманням правил дорожнього руху, керуванням автотранспортним засобом у нетверезому стані тощо.

Психічні розлади, що виникають унаслідок ЧМТ, різноманітні: це загально-мозкові й локальні розлади, психічні, вестибулярні, вегетативні, вазомоторні та рухові порушення.

ЧМТ поділяють на закриті та відкриті.

При закритих травмах не порушена цілість м'яких покривів і збережена замкнутість внутрішньочерепної порожнини.

Відкриті ЧМТ (поранення) поділяють на непроникні та проникні. При перших порушується цілість лише м'яких покривів або м'яких покривів і кісток черепа; другі супроводжуються ушкодженням твердої оболони головного мозку, а в низці випадків — і речовини мозку. Між закритими й відкритими травмами є перехідні форми. Наприклад, розрізняють закриті травми з переломами кісток черепа й одночасним по-

рушенням цілості твердої оболони головного мозку, а іноді й мозкової речовини.

Ускладненням відкритих ЧМТ можуть бути інфекційні процеси. Психічні розлади після будь-якої ЧМТ відповідають трьом періодам перебігу хвороби.

У перший (початковий), що настає безпосередньо після травми, у 94—95 % випадків спостерігають потьмарення свідомості. Інтенсивність порушення свідомості може коливатися від глибокої коми до найлегшої та нетривалої обнубіляції. У другий (гострий) період відновлюється свідомість і з'являються різноманітні нервово-психічні розлади, зокрема астенія, локальні симптоми органічного ураження, судомні напади та транзиторні (швидкоминучі) психози. У третій період вищезазначені розлади або зазнають повної редукації з відновленням здоров'я, або відбувається лише зниження їх інтенсивності й обсягу. Останнє свідчить про те, що третій період стає періодом віддалених наслідків.

Патогенез розладів (у тому числі й психозів), що виникають у початковий і гострий період ЧМТ, пов'язаний передусім із незапальним дифузійним або локальним набряком мозку і, як наслідок, — з ознаками мозкової гіпоксії в перші дні після травми.

Чинники розвитку набряку різноманітні; основний із них — підвищена проникність капілярів мозку.

Вираженість і характер мнестичних розладів — важливі ознаки тяжкості травми.

Постійний симптом гострого періоду ЧМТ — астенія, а у тяжких випадках — астенія з вираженим адинамічним компонентом. У легших випадках вона супроводжується пригнічено-дратівливим настроєм з уразливістю, примхливістю, легкодухістю і значними соматичними порушеннями. При цьому що тяжчим є астенічний стан, то менше скарг має хворий.

У таких пацієнтів спостерігають утруднене засинання, що може супроводжуватися образними спогадами. Сон поверхневий, нерідко з жахливими сновидіннями. При струсах мозку спостерігають постійні вестибулярні розлади, що різко посилюються зі зміною положення тіла; запаморочення, яке може супроводжуватися нудотою й блюванням. Ці порушення рівноваги, пов'язані з рухами очей, легко виявити при пробі на конвергенцію і при рухах очних яблук угору, униз або вбік: у хворого при цьому паморочиться в голові, і він може впасти (окулостатичний феномен Гуревича).

Кіркові вогнищеві розлади проявляються:

- моторною й семантичною афазією;
- апраксією;
- алексією;
- аграфією;
- акалькулією;
- ознаками амнестичної афазії.

Серйозні, а нерідко й дуже тяжкі наслідки забиття мозку — внутрішньочерепні крововиливи, частота яких коливається від 18,3 до 38,6 % ЧМТ.

Психіатри, що мають справу переважно з віддаленими наслідками ЧМТ, також виділяють три ступеня їхньої тяжкості. Однак при цьому вони ґрунтуються передусім на даних анамнезу й набагато рідше мають можливість зіставити їх із медичною документацією, що відображує особливості перенесеної травми. Таким чином, механізм ЧМТ часто залишається невідомим.

При легкій ЧМТ первинне потьмарення свідомості триває кілька секунд або хвилин, після чого виникає оглушення, яке досягає лише рівня обнубіляції і триває годинами, найбільше — добу. Ретроградна амнезія охоплює або лише момент травми, або й найближчі від неї години. Розлади віддаленого періоду відсутні або незначні. У цих випадках вважають, що хворий зазнав струсу мозку.

При забитті мозку тяжкого ступеня прогноз нерідко несприятливий. Смертність становить 15—30 %. Серед тих, хто вижив, спостерігають високу інвалідність, основними причинами якої є психічні розлади, епілептичні напади, грубі рухові та мовленнєві порушення. Однак за адекватної тактики лікування, якщо немає обтяжувальних обставин і ускладнень, через 3—6 тиж. спостерігають регрес патологічної симптоматики.

Найчастішим наслідком ЧМТ є хронічна *післятравматична енцефалопатія*. До провідних клінічних синдромів післятравматичної енцефалопатії належать:

- синдром неврологічного дефіциту;
- синдром психічних дисфункцій (психоорганічний);
- синдром вегетативної дизрегуляції (вегетативно-дистонічний);
- астенічний (астеноневротичний) синдром;
- синдром спинномозководинамічних порушень;
- епілептичний синдром.

Хронічна післятравматична енцефалопатія характеризується переважно астенією, розлитим боєм голови («важка» голова), запаморо-

ченням, зниженням пам'яті, порушенням сну, вогнищевою неврологічною мікросимптоматикою. При цьому спостерігають характерні утруднення щодо зосередження уваги та виконання інтелектуальних завдань, емоційну лабільність, поліморфні прояви вегетативно-судинної дистонії, іпохондрію.

Після ЧМТ можливе виникнення *післятравматичної деменції*, розвиток якої залежить від характеру травми і віку пацієнтів (частіше спостерігають в осіб літнього віку), а також депресії. У клінічній картині різних варіантів травматичної енцефалопатії нерідко спостерігають епілептиформні напади, дисфорію. Для останньої характерний знижений настрій з невдоволенням, напруженістю, дратівливістю, аж до вибухів гніву. Дисфорія триває кілька днів.

Під впливом психотравматичних чинників, зловживання алкоголем або соматичних захворювань настає декомпенсація травматичної енцефалопатії: посилюється зазначена вище симптоматика, розвиваються виражені істеричні реакції з ознаками пuerилізму (підкреслено дитячої поведінки), псевдодеменції (демонстрування нібито слабоумства), істеричних порушень свідомості. У віддалений період травми головного мозку на тлі травматичної енцефалопатії в деяких хворих можуть розвиватися періодичні травматичні психози у зв'язку зі спинномозководинамічними порушеннями, клінічна картина яких визначається потьмаренням свідомості, автоматизмами і епілептиформним збудженням. При сутінковому потьмаренні свідомості хворі відсторонені від оточення, переживають зорові галюцинації страхітливого характеру, маячення переслідування, страх. Вони збуджені, можуть бути агресивними.

У деяких випадках після виходу зі стану коми може розвиватися гострий травматичний психоз, що найчастіше проявляється у формі делірію або синдрому Корсакова.

*Травматичний делірій* виникає одразу або через кілька годин після виходу хворого зі стану коми. Психоз розвивається бурхливо, з якими зоровими і слуховими галюцинаціями, з уривчастими маячними ідеями переслідування, із тривогою, страхом і руховими розладами. Травматичний делірій триває від кількох годин до кількох днів, а потім, зазвичай після тривалого сну, хворий виходить із нього, не маючи жодних спогадів про те, що відбувалося в період делірію. Надалі спостерігають астенічну картину.

Вихід зі стану коми може супроводжуватися і виникненням гострого травматичного психозу, що виражається корсаковською формою. В одних випадках (і це буває частіше) настає ретроградна амнезія з випаданням із пам'яті хворого того або того періоду, що передує травмі. Цей

період може охоплювати від кількох днів або місяців (що буває найчастіше) до кількох років. Дуже рідко амнезія поширюється на все минуле життя. Втрачені спогади про минуле хворий заповнює за допомогою штучних спогадів у вигляді псевдоремінісценцій і конфабуляцій. Хворі стають нездатними до абстрактного мислення. Воно набуває примітивного характеру, і зазвичай розумові процеси стають украй уповільненими. Порушується активна увага. Розлади в почуттєвій сфері виражаються наростанням почуттєвого отупіння, що нерідко поєднується з підвищеною афективністю. Інтереси хворих стають дуже обмеженими. Вони втрачають усяку ініціативу і проводять час, нічого не роблячи.

Залишкові прояви після травми головного мозку представлені синдромами, які можуть тривати від кількох місяців до кількох років. Це зазвичай поєднання астенічного синдрому із синдромами емоційної та вегетативної нестійкості, а також із вестибулярними порушеннями.

У хворих спостерігають підвищену втомлюваність, зниження працездатності. Можливе деяке зниження інтелекту у вигляді ослаблення кмітливості, активної уваги, особливо в разі втоми, уповільнення розумових процесів. Хворі часто скаржаться на забудькуватість, біль голови та запаморочення.

Дуже характерним для цього періоду є різке порушення чуттєвої сфери, що виражається у значній її лабільності й підвищеній афективності. Хворі можуть заплакати з найменшого приводу, причому сльози так само швидко зникають, як і з'являються. Характерні й різні вегетативні порушення. За найменшого хвилювання виникає тахікардія. Дуже часто у таких пацієнтів спостерігають різку пітливість, низьку толерантність до алкоголю і чутливість до перегрівання голови та тіла. При цьому у хворих одразу ж з'являються біль голови, запаморочення, іноді нудота та блювання.

*Пізній травматичний психоз* може виникнути через багато років після перенесеної травми. Він може проявлятися в різноманітних формах, зокрема галюцинаторно-параноїдній, кататонічній, депресивній, делірійній і корсаковській.

Психоз зазвичай розвивається в тих випадках, коли особа, у якої виникають залишкові прояви після ЧМТ, зазнає дії яких-небудь інших додаткових несприятливих чинників. Найбільше значення в цьому сенсі мають психічні травми, перш за все внаслідок напруженої роботи, інфекції і зловживання алкоголем.

У клінічній картині пізнього травматичного психозу іноді повторюються ті самі психопатологічні прояви, які спостерігають у хворих під час перенесеного ними психозу в гострий період, безпосередньо після

травми. Особливо чітко це визначається при делірійній і корсаковській формах пізнього травматичного психозу. Цей психоз може мати затяжний перебіг, але для нього характерніша тенденція до перебігу нападами з рецидивами, що настають після «світлих» проміжків. Із кожним нападом зростає деградація особистості, знижуються інтелект, пам'ять, увага, і, нарешті, у хворого виявляють стійке травматичне слабоумство.

Патогенез психозів, що виникають унаслідок травми головного мозку, надзвичайно складний. Тут мають значення й механічні впливи на мозок, що призводять до розтрошення мозкової речовини, і крововиливи в неї, а також в оболони головного мозку, і набряк мозку, і порушення обігу спинномозкової речовини з підвищенням внутрішньочерепного тиску.

**Психоорганічний синдром** — стан психічної слабкості, зумовлений органічним ураженням головного мозку (унаслідок травм, інтоксикацій, інфекцій, судинних та інших захворювань). У найлегшій формі психоорганічний синдром являє собою астеничний стан зі слабкістю, виснаженням, емоційною лабільністю, нестійкістю уваги, зниженням працездатності. У тяжких випадках спостерігають психопатоподібні зміни особистості, найчастіше у вигляді дратівливості, схильності до дисфорії. Соматичні хвороби, психічні травми різко погіршують стан хворих. Можливі істеричні напади. При тяжких формах психоорганічного синдрому найважливішим є порушення інтелектуально-мнестичної сфери, аж до ступеня слабоумства (деменції). Разом зі зниженням пам'яті звужується коло інтересів, хворі втрачають критичне ставлення до свого стану. Настрій таких пацієнтів може бути безтурботно-добросердим (ейфорія) з розгальмуванням потягів або байдуже-апатичним із втратою потягів.

### Лікування

У гострий період закритої ЧМТ потрібно вжити заходів, які запобігають набряку мозку і нормалізують кровообіг та обмінні процеси в ньому, найважливішими серед яких є люмбальна пункція і ноотропна терапія. Нерідко вдаються до оперативного втручання.

**Ноотропна терапія** — це застосування препаратів, які справляють прямий стимулювальний вплив на інтегративну функцію мозку, поліпшують пам'ять і розумову діяльність, підвищують стійкість мозку до гіпоксії, поліпшують кірково-підкіркові зв'язки.

Призначення цих препаратів показано як у гострий період, коли вони запобігають ушкодженню клітин мозку внаслідок набряку і гіпо-

ксії, так і в подальші періоди для стимулювання компенсаторних механізмів мозку, що дають змогу відновити порушені функції.

Найчастіше застосовують пірацетам, аміналон, ноопепт, натрію оксибутират, пантогам та ін.

Найуживанішим ноотропним препаратом є пірацетам (таблетки по 0,2 г, ампули по 5 мл 20 % розчину), який вводять як усередину, так і парентерально. Добова доза становить 4—6 г (4—6 ампул), але іноді може бути й більшою (до 20 г). Побічні ефекти зазвичай не виражені. Варто пам'ятати, що препарат знижує ефект снодійних і седативних засобів.

Натрію оксибутират (ампули по 10 мл 20 % розчину) поєднує властивості ноотропної речовини із седативним і снодійним ефектом (використовують також як засіб для наркозу), що робить його незамінним у лікуванні післятравматичних психозів. Вводять препарат внутрішньовенно повільно зі швидкістю 1—2 мл за 1 хв (загальне дозування — від 50 до 120 мг на 1 кг маси тіла). Препарат можна застосовувати й усередину: хворий випиває вміст ампули.

Дуже швидко введення може спричинити психомоторне порушення і судомні посмикування м'язів, які вдається усунути завдяки застосуванню барбітуратів, нейролептиків.

Для усунення гострих і хронічних післятравматичних психозів варто використовувати психотропні препарати за звичайними схемами, однак потрібно враховувати, що аміназин і тизерцин можуть спровокувати посилення набряку мозку.

Тому варто віддавати перевагу призначенню транквілізаторів і дуже обережному введенню нейролептиків.

Застосування психотропних речовин поєднують з масивними й тривалими курсами ноотропів, вітамінів, судинних, дегідратаційних засобів. Ноотропи і вітаміни призначають курсами і в подальші періоди.

Таким хворим показана фізіотерапія: частину препаратів можна вводити за допомогою електрофорезу навіть у гострий період (транс-орбітальний електрофорез). Використовують також краніоцеребральну гіпотермію, голкотерапію (як у гострий період, так і надалі), лікувальну фізкультуру, масаж.

У віддалений період рекомендують санаторно-курортне лікування.

Хворі потребують реабілітаційної допомоги із раціональним працевлаштуванням після лікування.

При стійких і значних ураженнях центральної нервової системи хворого найчастіше доводиться вчити найпростішим навичкам самообслуговування.

**Експертиза.** Стійкі та різко виражені залишкові прояви після травми головного мозку і травматичний психоз, що перебігає з рецидивами, є підставою для визнання таких осіб непридатними до військової служби. Хворих із нечітко вираженими, але стійкими залишковими проявами визнають придатними до нестройової служби у воєнний час.

Особам, які страждають на травматичне слабоумство, затяжні форми травматичного психозу, а також на пізній травматичний психоз із частими рецидивами, встановлюють II або I групу інвалідності.

Працевлаштування осіб зі стійкими залишковими симптомами після ЧМТ з емоційними, вегетативно-вестибулярними й астеничними проявами потрібно здійснювати дуже ретельно. Важливо виключити значне фізичне навантаження, хвилювання, роботу в нічний час.

### Екологічна психіатрія

Людина значно змінює навколишнє середовище, щоб зробити його сприятливішим для свого життя, але воно, своєю чергою, значно впливає на неї. Людині доводиться пристосовуватися до зміненого нею ж середовища.

Неврастенію, описану в 1869 р., стали називати *американським неврозом*, тому що її походження пов'язували з індустріалізацією, з американським способом життя, його інтенсифікацією, з такими чинниками, як телеграф, телефон, преса, конкуренція, боротьба за виживання. Будівництво в Північній Америці трансконтинентальних залізниць, які дали змогу в небачені для того часу строки перетнути весь континент, призвело до появи нових психічних розладів. Вони були пов'язані саме з тим, що такі швидкі переміщення і зміна вражень виявилися нестерпними для психіки багатьох людей. У зв'язку із цим віденський психіатр Крафт-Ебінг публікує брошуру «Наше нервово століття», привертаючи увагу сучасників.

Згодом було вивчено наслідки впливу промислових інтоксикацій, епідемії інфекційних захворювань на організм людини взагалі й на психіку зокрема.

Про згубний вплив на психіку такої сфери людської діяльності, як війна, було відомо досить давно. Але світові війни ХХ ст., які ознаменувалися застосуванням зброї масового знищення, розширили ці уявлення.

Діяльність людства і її вплив на психіку окремої людини ставали все більш багатогранними. Світ довідався про негативний вплив на психіку іонізуючого випромінювання, шуму, електромагнітних хвиль і полів, хімічних сполук.

Розвиток авіації дав людству змогу швидко долати значні відстані, і ось уже сатирик Паркінсон пропонує спосіб боротьби з бюрократами — серію перельотів у найкоротший термін, стверджуючи, що низка відряджень у різні куточки світу в найкоротший термін і пов'язане із цим розбалансування ритмів організму знешкодить будь-кого.

З'явився ще один негативний чинник на психіку людини — вплив засобів масової інформації, що здатні ввести в стрес населення всієї країни, повідомляючи свідомо неправдиву інформацію. Так, на початку Другої світової війни цілий тиждень газети і радіо Польщі повідомляли про «успіхи» польської армії і союзників. Через тиждень реальність стала шоком для багатьох людей у світі.

Розглянемо такий ефект, як вплив мистецтва. До кінця ХІХ ст. віра у вампірів була поширена в Європі лише серед населення Балканських країн, переважно — малоосвічених мешканців сіл. Поява роману Б. Стокера «Дракула» дещо пожвавила інтерес до цієї теми. Через деякий час кіно і телебачення впровадили образ вампіра у свідомість практично кожної людини. Не всі вірять у них, але всі пам'ятають про те, що вони живуть вічно, убити їх можна лише осиковим кілком та ін. Популярність книг Толкієна і його послідовників і фільми, зняті за їх сюжетами, призвели до того, що ельфи та інші персонажі фольклору Британських островів так широко ввійшли у свідомість людей, що змусили частину населення з певними порушеннями психіки видавати себе за «ельфів» або «орків».

Вищенаведені факти, а також випадки техногенних катастроф, природно, зумовлюють зростання зацікавленості питаннями екологічної психіатрії, психіатрії катастроф і надзвичайних ситуацій.

Актуальне питання сучасності, що має значення для проведення психогієни, психопрофілактики, — це питання про вплив конкретних екологічних чинників на рівень і характер психічного здоров'я людей. Психічні розлади зазвичай мають мультифакторне походження, вони неспецифічні, клінічна картина їх багато в чому залежить не лише від зовнішніх, а й від внутрішніх умов (спадковість, преморбідна особистість), додаткових патогенних моментів. Поширення алкоголізації населення різко змінює реактивність організму. Екологічні чинники — це здебільшого екзогенні фактори малої та середньої інтенсивності, що діють тривалий час і зумовлюють неспецифічні психічні порушення за типом неврозоподібних, негрубих психоорганічних змін. А подібні зміни можуть бути приписані й іншому впливу.

Незважаючи на те що дослідження екологічної спрямованості проводять давно, виділення екологічної психіатрії у відносно самостійний

напряму науки та практики ще не завершено. По-різному оцінюють саме поняття екологічних чинників, й у зв'язку із цим — предмет екологічної психіатрії. Згідно з однією точкою зору, екологічні чинники — це лише фізичні, хімічні чинники зовнішнього середовища (кліматогеографічні, техногенні, антропогенні); згідно з іншою, яка здобуває все більше прихильників, до екологічних чинників варто додати також психосоціальні, соціокультурні, інформаційні впливи.

Нині через соціально-економічну кризу відбуваються швидкі, різкі зміни умов існування людей. Збільшується рівень безробіття, змінюються суспільний менталітет, спосіб життя, характер харчування. Тобто відбувається масове різке змінення світовідчуття, що нерідко є досить болісним, виникають емоційний (психічний) дистрес, стан тривоги. Людина відчуває так звану кризу ідентичності, тобто втрату відчуття самого себе як елемента звичного світу, нездатність адаптуватися до світу, що змінився, і до свого місця в нових умовах. Можливі чотири варіанти перебігу цієї кризи: занурення в себе, активізація явних агресивних і деструктивних форм поведінки, прихована агресивність з ортодоксальністю та ригідністю мислення, заглиблення у світ містичного та ірраціонального. Криза ідентичності в багатьох людей залишається в межах нормального психічного реагування, але в поєднанні з додатковими несприятливими чинниками може призвести до розвитку хворобливого стану.

Спостерігають такі несприятливі зміни психічного здоров'я.

По-перше, відбувається значне збільшення кількості тих нервово-психічних захворювань, які є реакцією на психічний стрес. Це неврози, післятравматичний стресовий розлад, психосоматичний розлад, характерологічні та патохарактерологічні реакції, а також реактивні психози. Частина чинників має первопричиною пережитий раніше стрес.

По-друге, стрес може бути причиною загострення навіть ендогенних психічних захворювань (шизофренія, маніакально-депресивний психоз, епілепсія) через виснаження компенсаторних механізмів. Можливий негативний вплив на перебіг цих захворювань і суто економічних чинників: через нестачу коштів хворі залишаються без належної допомоги.

По-третє, зміст хворобливих переживань змінюється. З одного боку, останнім часом ми нерідко спостерігаємо СНІД-фобію, радіофобію як прояв страхів століття науково-технічного прогресу. З іншого — все частіше виникають форми хворобливих переконань і страхів, які були описані переважно в давнину (особливо в часи Середньовіччя): маячення і фобії (нав'язливі страхи) чаклунства, одержимості, «наврочення».

Варто очікувати на значне поліпшення психічного здоров'я тільки тоді, коли країна вийде з економічної кризи і коли доцільність здорового способу життя буде усвідомлена більшістю населення.

### *Нейропсихічні прояви впливу електромагнітних полів і струмів високої частоти*

Дослідження біологічної дії електромагнітного поля (ЕМП) дають змогу визначити найчутливіші до його впливу системи організму людини. До них належать нервова, імунна, ендокринна та статсва. Ці системи організму є критичними. Їхню реакцію потрібно обов'язково враховувати під час оцінки ризику впливу ЕМП на населення.

Варто зазначити, що біологічний ефект ЕМП в умовах тривалого багаторічного впливу здатний накопичуватися.

ЕМП можуть бути особливо небезпечні для дітей, вагітних (вплив на плід), осіб із захворюваннями центральної нервової, гормональної, серцево-судинної системи, хворих на алергію й людей зі зниженим імунітетом.

У разі впливу ЕМП низької інтенсивності виникають значні порушення на рівні нервової клітини, структурних утворень з передачі нервових імпульсів (синапси), на рівні ізольованих нервових структур. В осіб, які зазнають впливу ЕМП, порушуються вища нервова діяльність, пам'ять. Певні структури головного мозку мають підвищену чутливість до ЕМП.

Зміни проникності гематоенцефалічного бар'єра можуть призвести до несподіваних несприятливих ефектів. Особливо високу чутливість до ЕМП має нервова система плода.

Крім прямої дії на нервову систему ЕМП здатні впливати на гормональну та статеву системи людини, що також позначається на її психічному здоров'ї.

За результатами досліджень ефектів впливу на організм людини ЕМП у НВЧ-діапазоні було запропоновано виділити самостійне захворювання — «радіохвильова хвороба». Це захворювання, на думку авторів терміна, може перебігати у вигляді трьох синдромів:

- астенічного;
- астеновегетативного;
- гіпоталамічного.

Найранніми клінічними проявами наслідків впливу електромагнітного випромінювання (ЕМВ) на людину є функціональні розлади центральної нервової системи у вигляді вегетативних дисфункцій. Особи, що тривалий час перебували в зоні ЕМВ, скаржаться на слабкість, дратів-

ливість, швидко втомлюваність, зниження пам'яті, порушення сну. Нерідко до цих симптомів приєднуються розлади вегетативних функцій.

Порушення функції серцево-судинної системи проявляються, як правило, нейроциркуляторною дистонією: лабільність пульсу й артеріального тиску, схильність до артеріальної гіпотензії, біль у ділянці серця та ін.

Зазвичай ці зміни виникають в осіб, які унаслідок своєї трудової діяльності постійно перебувають під дією інтенсивного ЕМВ. Люди, які працюють із магнітними й електромагнітними полями, а також населення, що мешкає в зоні дії ЕМП, скаржаться на дратівливість. Через 1—3 роки перебування в таких умовах у деяких осіб з'являються відчуття внутрішньої напруженості, метушливість, знижуються увага і пам'ять. Хворі скаржаться на порушення сну, відсутність відчуття відпочинку після сну, втомлюваність.

Нині встановлено вплив на здоров'я людини моніторів з електронно-променевою трубкою. У людей, які постійно працюють за такими моніторами від 2 до 6 год на добу, виникають функціональні розлади центральної нервової системи у вигляді порушення сну, підвищеної дратівливості і втомлюваності. Також в організмі користувача під впливом ЕМВ монітора відбуваються зміни гормонального стану та специфічні зміни біострумів мозку. Особливо яскравими і стійкими ці ефекти є у жінок. Вплив моніторів інших зразків ще не вивчено.

Питання про вплив випромінювання стільникових телефонів перебуває в стані вивчення й обговорення, тому що відомості про його дію на організм людини суперечливі.

### *Нейропсихічні прояви впливу ультрафіолетового й інфрачервоного випромінювання*

Інфрачервоне випромінювання проникає в тканини організму глибше, ніж інші види світлової енергії, що спричинює прогрівання всієї товщі шкіри і частково — підшкірних тканин. Глибші структури прогрівання не зазнають, тому прямого впливу на діяльність центральної нервової системи воно не справляє. Інфрачервоне випромінювання використовують у медицині. Його лікувальний ефект визначається механізмом фізіологічної дії: воно прискорює зворотний розвиток запальних процесів, підвищує регенерацію тканин і захист від інфекцій. Порушення правил проведення лікувальних процедур може призвести до перегріву тканин і виникнення термічних опіків, а також до перевантаження кровообігу, небезпечного при серцево-судинних захворюваннях.

Видиме випромінювання (видиме світло) — ділянка загального електромагнітного спектра, що складається із 7 кольорів (червоний, жовтогарячий, жовтий, зелений, блакитний, синій, фіолетовий) — має здатність проникати в шкіру на глибину до 1 см, однак діє переважно через зоровий аналізатор — сітківку ока. Сприйняття видимого світла впливає на центральну нервову систему й тим самим на психічний стан людини. Жовтий, зелений і жовтогарячий кольори покращують настрій людини, синій і фіолетовий — мають негативний вплив. Установлено, що червоний і жовтогарячий кольори збуджують діяльність кори великого мозку, зелений і жовтий урівноважують процеси збудження і гальмування в ній, синій — гальмує нервово-психічну діяльність.

Велику роль у життєдіяльності та працездатності людини відіграє біле світло. Саме його нестача внаслідок скорочення тривалості дня в осінньо-зимовий період призводить до розвитку сезонної емоційної депресії, провідними симптомами якої є сонливість, зниження рухливості, апорексія. У минулому серед осіб, які залишалися на зимівлю в Арктиці, спостерігали часті випадки психічних розладів через гнітючий вплив полярної ночі на психіку.

Біле світло в 5 разів підвищує вміст мелатоніну в головному мозку й адаптивну функцію епіфіза. Воно пригнічує серотонінові рецептори й активує адренергічні нейрони стовбура головного мозку, завдяки чому відновлюється співвідношення серотоніну й адреналіну, а також фаз сну й неспання у хворих. Це дає змогу використовувати видиме світло в медицині у вигляді світло- і кольоротерапії.

Ультрафіолетове випромінювання за своєю активністю значно перевищує всі інші ділянки світлового спектра. Разом із тим ультрафіолетові промені мають найменшу глибину проникнення в тканини: до 1 мм. Тому їхній прямий вплив обмежений поверхневими шарами ділянок шкіри і слизових оболонок, унаслідок чого ультрафіолетове випромінювання впливає на нервову систему опосередковано через стимулювання роботи кори надниркових залоз і вплив на обмін ліпідів.

### *Нейропсихічні прояви впливу інтенсивного звуку*

Шум — це безладне сполучення звуків різної інтенсивності та частоти, що є стресогенним чинником. Акустичний дискомфорт негативно позначається на самопочутті і працездатності людей. Встановлено, що шум, рівень інтенсивності якого перевищує 60 децибел, порушує діяльність шлунка. Зниження продуктивності праці під впливом шуму може сягати 20 %. Тимчасове, а іноді й постійне підвищення артеріального

тиску, дратівливість, погіршення працездатності — наслідки шкідливого впливу шуму.

Шум, постійно впливаючи на людину, завжди погіршує її соматичний і психічний стан, негативно змінює ситуативні обставини зовнішнього і внутрішнього середовища існування.

У людини під впливом інтенсивного шуму можуть розвиватися порушення вищої нервової діяльності, що характеризуються зміною сили, врівноваженості і рухомості основних нервових процесів. Шум зумовлює занепокоєння, підвищену стомлюваність, порушення сну, біль голови. За низької інтенсивності шуму переважають зміни судинної системи організму, а за високої — зниження слуху.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, професійна приглухуватість посідає перше місце серед професійних хвороб — 10—15 % випадків серед працівників, зайнятих у промисловості. Це захворювання починає швидко розвиватися у разі стажу роботи в умовах впливу зазначеного несприятливого чинника близько 3 років, і в 14—17 % працівників його класифікують як значне зниження слуху.

### *Нейропсихічний вплив інфразвуку*

Інфразвук діє за рахунок резонансу. Частоти коливань при багатьох процесах в організмі перебувають в інфразвуковому діапазоні:

- скорочення серця — 1—2 Гц;
- $\Delta$ -ритм мозку (стан сну) — 0,5—3,5 Гц;
- $\alpha$ -ритм мозку (стан спокою) — 8—13 Гц;
- $\beta$ -ритм мозку (розумова робота) — 14—35 Гц.

Власна частота коливань тіла людини становить близько 8—15 Гц.

У разі збігу коливань інфразвуку з коливаннями в тілі останні потрапляють у резонанс із коливаннями ультразвуку, що може призвести до розладу роботи органа. Зрозуміти, що з нею відбувається, людина не може, інфразвуку вона не чує, але в неї виникає відчуття жаху та небезпеки. У діапазоні 7—13 Гц перебуває природна “хвиля страху”, що випромінюється тайфунами, землетрусами і виверженнями вулканів, і спонукає все живе залишати осередки стихійних лих. Найнебезпечнішим вважають проміжок від 6 до 9 Гц. Значні психотропні ефекти найяскравіше проявляються на частоті 7 Гц, співзвучній  $\alpha$ -ритму природних коливань мозку.

Звук низької інтенсивності спричинює нудоту і дзвін у вухах, а також погіршення зору і несвідомий страх. Звук середньої інтенсивності зумовлює порушення функції органів травлення і мозку, спричинюючи

параліч, загальну слабкість, а іноді — сліпоту. Потужний інфразвук здатний порушити роботу серця.

Коливання частотою близько 12 Гц при силі 85—110 децибел спричинюють напади морської хвороби і запаморочення, а коливання частотою 15—18 Гц за тієї самої інтенсивності зумовлюють почуття занепокоєння, непевності і, нарешті, панічного страху. Збіг частоти коливань зовнішнього джерела інфразвуку та власних коливань кишок або серця здатний спричинити напади спазмів і біль, що також погіршує самопочуття людини.

Під час досліджень було виявлено, що вплив інфразвуком із частотою нижче 15 Гц і рівнем близько 115 децибел негативно впливає на здатність виконувати навіть прості завдання.

Можливо, це відбувається через резонанс  $\alpha$ - і  $\beta$ -хвиль з інфразвуком.

### *Нейропсихічний вплив ультразвуку*

Ультразвук використовують в оптиці, медицині, промисловості (зварювання, дефектоскопія тощо), мореплаванні.

Шкідливий вплив ультразвуку на організм людини полягає в порушенні діяльності центральної нервової системи, зниженні чутливості до болю, зміні артеріального тиску, а також у впливі на склад і властивості крові. Передається ультразвук або через повітряне середовище, або контактним шляхом через рідке й тверде середовище (дія на руки працівників). Контактний шлях найнебезпечніший для людини.

Низькочастотний ультразвук добре поширюється в повітрі. Біологічний ефект залежить від інтенсивності впливу, тривалості контакту, площі тіла, на яку поширюється звук. При цьому відбувається порушення функцій:

- нервової системи;
- ендокринної системи;
- слухового і вестибулярного апарату.

За надмірного впливу ультразвуку в організмі виявляють термічні й хімічні ефекти:

- збільшується кількість тепла в тканинах;
- змінюються склад і в'язкість крові, що спричинює погіршення слуху.

У разі тривалого впливу ультразвуку у людей, які працюють у таких умовах, зазначають:

- виснаження;
- напади тахікардії;

- надмірну пітливість;
- біль голови;
- значну втомлюваність;
- безсоння.

Досить часто згадують про створення психотропної зброї, що здатна зумовлювати паніку серед людей, паралізувати їхню діяльність. Вважають, що під час її створення використовують психотропні ефекти ультра- й інфразвуку.

Наразі існування психотропної зброї не доведено. Але можливість виникнення масової паніки під час стихійних лих унаслідок генерації потужних хвиль інфразвуку є цілком реальною.

### *Психічні розлади при гострій променевої хвороби*

Виділяють такі стадії променевої хвороби:

I — первинна реакція на опромінення;

II — стадія удаваного благополуччя;

III — стадія виражених проявів хвороби (гострий період);

IV — стадія реконвалесценції, або термінальна, у разі несприятливого перебігу хвороби.

Для кожної із цих стадій характерні певні порушення нервово-психічної сфери.

У **початковій стадії**, що триває від кількох годин до 1—2 днів, у хворих можуть виникати загальна слабкість, пригніченість, дратівливість, підвищена сонливість, відчуття дискомфорту, біль голови і запаморочення, нудота, блювання та пронос, тахікардія. Спостерігають також стан ейфорії, що його називають «рентгенівське похмілля». Симптоматика мерехтлива: пригніченість й апатія межують з ейфорією і дратівливістю. Однак при променевої хвороби середнього ступеня тяжкості афективного компонента може не бути, і хворі впадають у стан апатії.

У **стадії удаваного благополуччя** хворі почуваються здоровими і навіть можуть повернутися до виконання своїх службових обов'язків. Тривалість цього періоду залежить від отриманої дози опромінення; у вкрай тяжких випадках захворювання він короткий — від кількох годин до 1—2 днів, за інших проявів хвороби — від 3 до 7 днів. У деяких випадках у цей період стан легкої ейфорії поєднується із загальною слабкістю, епізодичними запамороченнями, порушенням сну й нестійкістю емоційної сфери.

**Третя стадія (виражені прояви хвороби)** розвивається через 1—3 тиж. після початку захворювання. При цьому спостерігають вираже-

ну слабкість, млявість, швидко втомлюваність, страх, сильний біль голови, запаморочення, безсоння, нудоту та блювання, втрату апетиту.

У тяжких і вкрай тяжких випадках захворювання відразу за коротким періодом удаваного благополуччя разом із різким соматичним погіршенням швидко збільшується інтенсивність таких симптомів, як слабкість і апатія, після чого розвивається стан оглушення, або делірій, сопор чи кома.

У **IV стадії** захворювання за відносно легкого ступеня ураження зазначають стан типової соматогенної астенії. Якщо раніше у хворого спостерігали делірій або сопор, то нині розвиваються амнестичний синдром, грубі психосенсорні розлади, що сполучаються з поліневрозом.

Підґрунтям їх виникнення є порушення мозкової гемодинаміки.

Е.І. Гусев, В.Е. Гречко і Г.С. Бурд у 1988 р. створили таку класифікацію уражень центральної нервової системи:

А. При загальному опроміненні:

1. Радіаційна астенія (відповідає I стадії гострої променевої хвороби). За проявами подібна до неврозу, але вирізняється наявністю структурних змін у мозку під впливом опромінення.

2. Вегетативно-судинна дистонія (найчастіше в поєднанні з астеничним і астенодепресивним синдромом).

3. Менінгеальний синдром при променевої хвороби II—III ступеня тяжкості.

4. Радіаційна енцефалопатія, що нагадує менінгоенцефаліт — відповідає променевої хвороби III ступеня тяжкості.

5. Коматозна форма за вкрай тяжкої (IV ступеня тяжкості) променевої хвороби.

Б. Місцеві ураження при локальному опроміненні (тут не наведено).

Згідно з МКХ-10, радіаційні ураження у вигляді гострої променевої хвороби шифрують як T66, пострадіаційну енцефалопатію — як G93.8.

Ступінь вираженості зазначених розладів у період до 4—6 міс. після опромінення насамперед залежить від двох чинників: ступеня тяжкості гострої променевої хвороби і преморбідного стану здоров'я. Упродовж 12—18 міс. після опромінення він визначається преморбідним станом, а також ступенем раціонального працевлаштування людини (чи збережено можливість працювати за професією, чи не відбувається зниження рівня життя). Через 3 роки після опромінення вираженість розладів залежить більше від ступеня тяжкості перенесеної гострої променевої хвороби. Але чинник раціонального працевлаштування і збереження колишнього статусу продовжує відігравати важливу роль.

### *Психічні розлади при хронічній променевої хвороби*

Кумуляція ефекту може настати вже після 3—4 опромінь, морфологічні порушення зазначають у разі впливу радіаційного випромінювання в дозі 25 рад.

При хронічній формі захворювання астенія може мати хвилеподібний характер і посилюватися, якщо організм буде й надалі отримувати додаткові дози іонізуючого випромінювання. Вираженішими стають фізична і психічна виснаженість, утомлюваність, зниження працездатності, нестійкість й ослаблення основних процесів діяльності кіркових структур мозку, порушення сну. Також зазначають характерну афективну лабільність з підвищеною уразливістю, гіперестезію, вегетативно-судинні розлади.

Радіонукліди справляють різний вплив на діяльність центральної нервової системи:

- стронцій-89 — зумовлює астеновегетативні синдроми, які переходять в органічне ураження центральної нервової системи;
- йод-131 — його вплив на плід може стати причиною кретинізму через порушення обміну йоду;
- цезій-134 і -137 — зумовлюють астеновегетативний і астенодепресивний синдроми з переходом в органічне ураження центральної нервової системи.

Згідно з МКХ-10, ці ураження можуть бути шифровані під шифрами W, Z, Y (залежно від причин розладу). Наприклад, Z57.1 Професійний вплив радіації або Z54.1. Одужання після радіотерапії.

### *Психічні розлади, пов'язані з наслідками аварії на Чорнобильській атомній електростанції*

Унаслідок аварії на Чорнобильській АЕС (ЧАЕС) людство зіштовхнулося з масштабним випадком впливу радіонуклідів на популяцію. Постраждали величезні території, і мільйони людей відчули на собі вплив радіації. На той момент наука ще не була готова до відповіді на всі питання, що виникли після аварії на ЧАЕС.

Загальна кількість осіб, які постраждали від аварії на ЧАЕС, в Україні становить 3 млн чоловік.

Осіб, у яких унаслідок аварії розвинулися психічні розлади, доцільно розподілити на кілька груп:

1. Люди, що брали участь у ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС і зазнали опромінення.
2. Люди, що мешкають у радіоактивно забруднених районах.

3. Діти, що постраждали від радіоактивного опромінення внутрішньоутробно.

4. Люди, що переїхали із «заражених» районів у «чисті».

5. Люди, що не зазнали безпосередньої дії опромінення, але мають психічні проблеми, пов'язані з аварією.

Розглянемо ці групи докладніше. Перша група досить численна. В Україні лише в перші чотири роки після аварії в роботах із ліквідації наслідків аварії брали участь близько 600 тис. осіб. У Росії кількість їх у ті самі роки перевищувала 167 тис., у Латвії — 5 тис. осіб. Спостереження за цим контингентом довели, що нервову тканину не можна вважати малочутливою до радіації, як це стверджували раніше.

У перший період (до 1 року після участі в ліквідації наслідків аварії) у ліквідаторів спостерігали різноманітні невротичні розлади. У кожного третього ліквідатора виникали іпохондричні стани, у 50 % — початкові стадії церебрастнії.

У другий період (від 1 року до 3 років) спостерігали іпохондричні реакції, субдепресії, виснаження вольової сфери, розвиток психоорганічного синдрому.

У третій період (у пізніші терміни) прогресували ознаки органічного ураження центральної нервової системи, відбувалося подальше виснаження емоційно-вольової сфери і посилення іпохондричних проявів. Ступінь вираженості розладів не має чіткої кореляції з дозою отриманого опромінення. Дослідження показали, що поширеність нервово-психічних захворювань серед ліквідаторів значно вища, ніж у середньому серед решти населення. У Білорусі цей показник серед ліквідаторів у 2 рази вищий, ніж у популяції, у Росії — навіть у 9,6 разу вищий, в Україні, за різними оцінками, — у 3—6 разів.

У клінічній картині переважають вищезазначені невротичні розлади і розлади, зумовлені органічним ураженням центральної нервової системи. В Україні відзначено всього 9 випадків реактивного психозу, причому після загашення реактора. Додатковими невротичними чинниками можуть бути статеві розлади і порушення зору (через збільшення кількості випадків катаракти радіаційного походження).

Додатковим негативним чинником є виражена алкоголізація значної частини ліквідаторів. На той час (із досвіду одного з авторів) у ліквідаторів, які мешкали в Кременчуці, спостерігали найзловкісніші варіанти пияцтва. Оскільки з Кременчука для ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС відбирали осіб середнього віку, то в частини з них уже були початкові варіанти залежності від алкоголю. Пусковим механізмом пияцтва в інших спочатку була віра в захисну силу алкоголю від радіації,

а потім поява почуття безвиході, очікування близької та страшної смерті.

Електроенцефалографічні дослідження виявили в ліквідаторів стабільну дисфункцію діенцефальних, стовбурних і лімбічних структур у 77 % випадків. Тобто простежується безсумнівна аналогія з розладами, виявленими в потерпілих унаслідок радіаційних аварій на Уралі в період з 1948 по 1965 р. Якщо спочатку нервово-психічні захворювання в ліквідаторів розцінювали як стресові, то згодом у них виявляли органічні ураження центральної нервової системи. Учені дійшли висновку, що все-таки нервова тканина чутлива до радіації більше, ніж це допускали раніше.

Загалом структура захворюваності в осіб, які мешкають у радіоактивно забруднених районах, така сама, як і у представників першої групи. Але є незначні відмінності. Так, у трьох районах Житомирської області, забруднених унаслідок аварії на ЧАЕС, спостерігали спалах захворюваності на шизофренію. При цьому зафіксовано певні особливості перебігу такої шизофренії: вона ніби виростає з тривалого періоду астенії. У клінічній картині переважають астеничні, іпохондричні прояви. Процес є несприятливішим, ніж звичайний перебіг хвороби. Відомостей про зростання частоти цієї патології в Білорусі немає.

За даними японських учених, що спостерігали дітей, які зазнали внутрішньоутробного опромінення під час атомних бомбардувань Хіросіми й Нагасакі, відбувається достовірне збільшення частоти мікроцефалії, а внаслідок цього й розумової відсталості в таких дітей. Вираженість цієї ознаки спостерігали в разі перебування матері в радіусі до 2 км від епіцентру вибуху. У подальших спостереженнях встановлено зниження порога судомної готовності та збільшення кількості випадків шизофренії. Щоправда, шизофренію було зареєстровано в 21 особи серед приблизно 3 тис. дітей, які зазнали опромінення внутрішньоутробно.

Після аварії на ЧАЕС припускали, що кількість дітей, опромінених радіоактивним ізотопом йоду, сягне 150 тис. Під час спостерігання за цими дітьми не виявили достовірного збільшення частоти мікроцефалії, але встановили затримку розумового розвитку на строк від півроку до півтора року. У дітей, опромінених у I триместрі вагітності, затримку психічного розвитку спостерігали в 77 % випадків, у II — у 69 %, у пізніші терміни вагітності — у 46 % від загальної кількості обстежених.

У дітей спостерігали афективну лабільність, утруднення щодо зосередження уваги й виконання завдань, які потребують посидючості, рухове розгальмування. Ступінь вираженості цих розладів іноді дає змо-

гу говорити про межову розумову відсталість. За допомогою електроенцефалографічних досліджень виявили зниження порога судомної готовності.

Спочатку до проведення евакуації «переселенці», особливо з міста Прип'ять, переживали відчуття тривоги й страху; спостерігали варіанти реагування у вигляді «втечі світ за очі» (при цьому найчастіше маршрут втікачів пролягав через більш небезпечні райони, ніж ті, звідкіля вони бігли), або «завмирання». Багато відчуттів люди інтерпретували як симптоми променевої хвороби. Але дійсних реактивних психозів виявлено не було.

Згодом страх і тривога втратили актуальність, але з'явилися астенія, невротичні реакції. Через недостатню інформованість почалися пошуки засобів «виведення» радіації з організму (найтиповішим було вживання алкоголю, тому що всі чули, що іноземні фахівці рекомендували вживання червоного вина, але вживали не лише його). Усе це діагностували як післятравматичні стресові розлади, тобто відстрочені та тяжкі психічні розлади, спричинені реакцією на події, що здатні зумовити дистрес у більшості людей. Термін «радіофобія» у цьому контексті був недоречним, тому що він передбачає неадекватну реакцію на безпечний вплив.

У період від 2 до 6 міс. у переселенців виникали повторні напади тривоги, з'являлося відчуття відчуження і самотності.

Усе вищезазначене стосується людей, які не отримали до евакуації радіаційного опромінення, вплив якого можна було виявити згодом. Із часом з'явилася ще одна проблема, що спричинює стрес: під час переїзду на нове місце людина найчастіше опинялася в безпеці, але не могла одержати роботу і зарплату, що відповідали б колишньому життєвому статусу. Із отриманням житла теж виникали проблеми; нерідко сім'ї потерпілих унаслідок аварії на ЧАЕС не могли адаптуватися до нової обстановки.

Згодом відчуття небезпеки зменшилося, і люди з подивом довідалися, що багато хто повернувся до зони, що лякала до того всіх.

У людей, які не зазнали безпосереднього впливу опромінення, але мали психічні проблеми, пов'язані з аварією, виявляли ті самі післятравматичні стресові розлади, що й у вищеописаного контингенту. У більшості випадків, після того, як людина переконувалася, що аварія не позначається на її повсякденному житті, вони згасали. Але спочатку кількості страхів не було кінця. Після аварії на ЧАЕС зріс інтерес до дозиметрів, і люди постійно намагалися виміряти рівень радіації де завгодно і на чому завгодно. Автор особисто чув скарги від працівників

вагонного депо, що їм страшно вигребти кілька кілограмів гравію, які залишилися на платформі, через страх радіоактивного випромінювання від нього (при цьому вони не боялися заразитися туберкульозом від хворого колеги, і їх потрібно було змушувати пройти чергову флюорографію). Потім усіх лякали флюорографічними дослідженнями: й так усе заражено радіацією, а тут її ще додають.

На базарі в Росії люди боялися купувати привезену з України картоплю, але не вимагали сертифікат на привезену з Брянська, хоча три райони цієї області теж виявилися зараженими. Популярними стали різні екзотичні способи «виведення» радіонуклідів. Аналогічні проблеми виникли після аварії на АЕС «Тримайл-Айленд» (США), під час якої 144 тис. осіб були спочатку вивезені в безпечні місця, а потім повернулися. Цікаво, що повторне (через кілька років) введення в експлуатацію цієї АЕС підняло хвилю побоювань: чи не відбудеться нова, страшніша аварія. Американські дослідники, що працювали з населенням, яке мешкало поблизу АЕС «Тримайл-Айленд», повідомляли про виявлення неспецифічних післястресових реакцій, подібним до таких у разі безробіття й інших стресів.

Згодом з'явилось спокійніше ставлення до всього, що пов'язано з аварією на ЧАЕС, але і дотепер багато хто з людей, перераховуючи шкідливі чинники сучасного життя, обов'язково згадують її вплив.

**Психіатрична допомога потерпілим внаслідок радіаційної аварії.** Надання допомоги такому великому та різноманітному контингенту потребує створення комплексної програми.

На думку А.І. Нягу і К.Н. Логановського, під час її створення потрібно враховувати такі принципи:

1. Медичне забезпечення.
2. Працевлаштування з можливістю перепідготовки та перекваліфікації.
3. Надання соціальних пільг і привілеїв.
4. Надання прямої матеріальної підтримки.
5. Залучення до суспільної активності.

Потерпілий не повинен відчувати себе жертвою, якій видали якусь матеріальну допомогу і відправили доживати життя, а має зберігати життєву і соціальну активність. Тому виконання пунктів 2 і 5 дає змогу допомогти у виконанні інших пунктів програми.

У разі радіаційних аварій під час надання допомоги необхідно виділити пацієнтів із психічними розладами, визначити ступінь їх тяжкості і небезпеку для оточення. Хворих у стані гострого психомоторного

збудження потрібно ізолювати або фіксувати, щоб не наражати на небезпеку інших (оскільки можливі як прямі акти агресії, так й епідемії паніки). Хворий повинен бути тимчасово зафіксований на ношах, ліжку тощо. Йому вводять 2—4 мл 2,5 % розчину аміназину, 2 мл розчину тизерцину, 2—6 мл 0,5 % розчину сибазону. Під час призначення аміназину і тизерцину варто враховувати стан гемодинаміки хворого. У разі психогенного ступору можливе застосування психотропних препаратів, а також проведення «кальцієвого удару» за А.М. Свядошем. Своєчасне інформування людей і їхня активна участь у роботі з надання допомоги іншим сприяє профілактиці розвитку післятравматичних стресових розладів.

Основним методом корекції особистісних порушень є *психотерапія*. Лікування психотропними препаратами варто призначати при декомпенсації психічних процесів. Варто звернути особливу увагу на проведення раціональної індивідуальної психотерапії, що має допомогти сформувати адекватне усвідомлення хвороби й активну життєву позицію. Показане також оволодіння методиками психічної саморегуляції, що допомагає хворому поза стінами лікувального закладу й сприяє створенню в нього усвідомлення можливості перебороти хворобливі процеси. Показані також сімейна психотерапія, «терапія подорожами» (особливо при іпохондричних розладах). Групова психотерапія також показана; краще її проводити в невеликих групах, у яких пацієнти мають схожі розлади.

Психотропні препарати призначають залежно від синдрому. При тривожно-депресивному синдромі — сибазон, тріоксазин, можливе призначення амітриптиліну, при астенічному (церебрастенічному) — настоянки аралії, заманихи, женьшеню, танакан, при астенодепресивному — ті самі препарати, що й у попередніх випадках, а також антидепресанти в невеликих, ретельно контрольованих дозах.

У разі розвитку психозів застосовують відповідні препарати. При виникненні виражених симптомів органічного ураження центральної нервової системи показана ноотропна терапія.

**Профілактика психічних розладів.** Первинна профілактика — усунення чинників ризику й проведення лікувально-профілактичних заходів.

До чинників ризику належать шкідливі звички, неактивний спосіб життя, переїдання та ін. Алкоголь і тютюн посилюють прояви уже наявної в потерпілих патології і сприяють поглибленню процесу.

Вторинна профілактика спрямована на запобігання рецидиву психічних розладів. Її проводять курсами. Тут також необхідне виявлення

й усунення чинників ризику, як вищезазначених, так тих, що з'явилися пізніше (дисгармонія сімейних відносин, переїзд на нове місце проживання та ін.)

Третинна профілактика спрямована на вивчення особливості чинників ризику для запобігання патологічним змінам особистості і її соціальної дезадаптації.

### Принципи та методи надання психіатричної допомоги при екологічних катастрофах і терористичних актах

В останнє двадцятиріччя ХХ ст. термін «екологічна катастрофа» увійшов у повсякденну мову всіх галузей науки, які займаються вивченням різних екстремальних впливів і шукають шляхи подолання їхніх наслідків. Екологічні катастрофи — це такі екстремальні ситуації, після яких у навколишньому середовищі залишаються токсичні чинники, що впливають як на стан природи, так і на здоров'я людини.

Найчастішою причиною екологічних катастроф є техногенні аварії, тобто аварії, зумовлені діяльністю людини. Такого роду екстремальні ситуації багато в чому відрізняються від стихійних лих і військових конфліктів, що й визначає особливості психічного реагування залучених до них людей.

Техногенні катастрофи характеризуються тим, що ступінь збитків після них не зменшується з часом, оскільки токсичні чинники продовжують діяти в навколишньому середовищі ще багато років. Після техногенних аварій у суспільстві формуються групи людей, які потерпіли від катастрофи і чия поведінка характеризується високим ступенем конфліктності, негативізмом, масовими дезадаптивними реакціями й нерідко утриманськими установками.

Тривалість впливу токсичних чинників, необхідність ужиття контрзаходів (наприклад, проведення дезактивації великих територій або змушене переселення численних груп населення), а також прийняття спеціальних законодавчих актів, які на довгі роки визначають порядок соціальних пільг для потерпілих, — усе це є факторами, що формують патологічні форми психічного реагування. Як наслідок в екологічну катастрофу завжди потрапляє значно більше населення, ніж постраждало безпосередньо в момент катастрофи.

На різних етапах екологічної катастрофи можуть формуватися окремі неспецифічні симптоми, які за певних умов трансформуються в ті чи ті синдроми психічних розладів. Приблизно через 7—10 років після катастрофи виявляють різні варіанти органічного захворювання

центральної нервової системи. Звичайно, швидкість розвитку психічних розладів і їхня вираженість більше залежатиме від сили зовнішнього впливу, однак певне значення мають і преморбідні властивості організму.

Після екологічних катастроф можливе виявлення ще одного виду наслідків, які не характерні для інших катастроф, — це *ембріотоксичні ефекти*. Так, після вибухів атомної бомби в Японії було відзначено почастищення випадків мікроцефалії і розумової відсталості в дітей, що перебували на момент вибуху в утробі матері. Японські вчені також повідомляли про деяке збільшення випадків шизофренії у представників наступного покоління.

Основні принципи організації медично-психологічної допомоги потерпілим при екологічних катастрофах:

— доступність допомоги всім верствам населення. Кожна людина повинна мати можливість одержати кваліфіковану консультацію психолога, психотерапевта або психіатра, бажано поза стінами спеціалізованого закладу. При цьому консультація не може супроводжуватися будь-якою процедурою стигматизації або накладення якихось соціальних обмежень;

— відкритість медично-психологічної служби для населення: проведення реклами її діяльності, роз'яснення в ЗМІ або усних виступах походження психологічних проблем і наведення шляхів їх подолання;

— компетентність фахівців, які надають медично-психологічну допомогу не лише в галузі психології або психотерапії, а й екологічної безпеки. Психологи, психотерапевти, соціальні працівники повинні насамперед володіти гуманістичними методами, орієнтованими на стимулювання власної активності клієнтів;

— багатоступінчастість допомоги, наявність у її структурі установ різного типу: від центрів психологічної реабілітації до психотерапевтичних відділень у стаціонарах.

Сучасну модель медично-психологічної допомоги потерпілим при екологічних катастрофах було розроблено для населення, що проживає на забруднених унаслідок аварії на ЧАЕС територіях.

Крім традиційних форм (психотерапевтичні кабінети й відділення, соматичні стаціонари, телефон довіри), у систему включено нові установи — центри психологічної реабілітації, в яких інтегративно об'єднані різні види допомоги: психологічна, соціальна, психотерапевтична, психіатрична. Метою процесу реабілітації потерпілих є розвиток умінь справлятися з умовами життя, що змінилося, прийняття на себе відповідальності, підтримка самостійності поведінки. Важливою особ-

лівістю діяльності центрів є єдність надання психологічної та медикаментозної допомоги в процесі лікування і реабілітації конкретного пацієнта. Усі лікувальні та реабілітаційні програми мають психологічний супровід.

Найпоширенішими методами психологічної допомоги є психологічна корекція, гуманістична й сімейна психотерапія. Новим видом допомоги стало так зване соціальне медіаторство. Психологи допомагають налагоджувати взаємодію між потерпілими й соціальними, державними та медичними установами, оскільки, як було сказано вище, наслідком екологічних катастроф є порушення соціальної поведінки пацієнтів. Соціальне медіаторство виявилось ефективним методом відновлення адекватної соціальної активності потерпілих.

Важливу роль у наданні спеціалізованої допомоги потерпілим в екологічних катастрофах відіграє медикаментозне лікування: ноотропи-церебропротектори, судинні препарати, комплексні гомеопатичні засоби здатні активізувати власні захисні сили організму, стимулювати імунні процеси, впливати на регуляторні функції. Психотропні засоби призначають залежно від наявних психічних розладів. Наприклад, при астенодепресивному синдромі застосовують антидепресанти (амітриптілін, азафен) у поєднанні із засобами, що тонізують центральну нервову систему (настоянки женьшеню, лимонника, аралії), при тривожно-іпохондричних розладах — сибазон, нозепам.

Останніми роками проблема вивчення й оцінки психологічних наслідків серед жертв масштабних актів тероризму, у тому числі оперативний аналіз і прогноз розвитку спалахів післятравматичних стресових розладів у жертв цих актів, стала досить актуальною.

Причиною підвищеної уваги до проблеми післятравматичних стресових розладів стали масштабні акти тероризму в різних країнах і великі природні катастрофи: землетруси, цунамі, потужні урагани, коли жертвами надзвичайних обставин й екстремальних ситуацій ставало багато сотень і тисяч людей. Наприклад, у період з 1994 по 2005 р. у Росії здійснено 72 терористичних акти, під час яких захоплено 7416 заручників (у середньому понад 100 заручників на один теракт). Під час цих подій постраждали 4010 осіб (поранено 2401, загинули 1609). Кількість осіб, які не зазнали фізичних травм, становила 3406. Унаслідок терористичного акту в США 11 вересня 2001 р. за один день постраждала така сама кількість осіб.

Реакцією жертв і їхніх близьких на надзвичайні обставини часто бувають стресові стани у вигляді психічних розладів, професійної і соціальної дезадаптації. В окремих випадках ці реакції мають пролонго-

ваний характер, зумовлений особистісними змінами у жертв і появою в них ознак асоціальної поведінки.

В окремо взятої людини вплив акту тероризму може формувати виражені почуття страху та страждання, які можуть зруйнувати сприйняття автономності особистості. Зазвичай спостерігають розлади різного ступеня вираженості у вигляді депресії, почуття жаху, страху, психомоторного збудження або ступору, появи думок про те, що з людьми могли зробити що завгодно.

Ступінь вираженості розладів і стійкості до цього стресу залежать від таких характеристик особистості, як зрілість, автентичність та ін. Ці властивості сприяють формуванню більшої толерантності до реакцій на теракт і сприятливішій динаміці перебігу післятравматичних стресових реакцій. Зокрема, у людей гіпертимного складу з активним прагненням перебороти стрес спостерігали кращу адаптацію в соціальній і професійній діяльності. І навпаки, в осіб, не впевнених у собі, що сумніваються у своїх вчинках, замкнутах, із підвищеним реагуванням на різні події, було виявлено схильність до пролонгованої реакції на стрес, невисокого рівня життєвої компенсації. Серед жертв терактів таких осіб було близько 30 %. Особи збудливого характеру, з ознаками підвищеної дратівливості й схильністю до алкоголізації (близько 25 % випадків) мали нижчий рівень адаптації.

Вищі показники соціальної та професійної адаптації зазначали в осіб середнього віку, з кращою освітою, наявністю сімейної та соціальної підтримки і захисту, схильних до релігійного світогляду, а також у тих, що вчасно одержують медичну і психіатричну допомогу. За повідомленнями різних авторів, позитивний вплив на адаптацію жертв теракту справляє комплексний характер медично-соціальної допомоги потерпілим за участі не лише лікарів первинної медичної ланки та спеціалізованих стаціонарів, а й психіатрів, психотерапевтів, психологів, які проводять реабілітаційні заходи. Важливу роль у розглянутій ситуації відіграє й об'єктивне висвітлення подій у ЗМІ.

Ефективнішою є медична і психологічна реабілітація, проведена поза межами району теракту, — в інших регіонах країни або за кордоном. Допомога, надана потерпілим із різних країн світу, сприяє компенсації наслідків післятравматичного стресу.

Важлива особливість актів тероризму — епідемія чуток і міфів, які їх формують, колективне відчуття незахищеності та невідворотності катастрофи, почуття погрози та страху, що зростає. Вони створюють умови для масової паніки, руйнування соціальної ідентичності людей, зниження якості їхнього життя та ін.

Соціально-психологічний рівень переживання у великій кількості людей характеризується страхом ризику індивідуально-соціальної ідентичності. Цей страх характеризується насамперед втратою життєвих перспектив, надій і віри в майбутнє, втратою сенсу життя, відчуттям нездатності перебороти життєві труднощі, почуттям розпачу і неусвідомленою зневагою до свого життя і здоров'я.

Нерідко в осіб, які пережили терористичний акт, розвивається почуття провини. Так, багато жертв терористичного вибуху в московському метро в 2004 р. повідомляли психіатрам і психологам про почуття провини з приводу того, що пішли з тунелю, не надавши допомогу тяжкопораненим. Це почуття було тяжким, непереборним, незважаючи на пояснення, що така поведінка була найдоцільнішою, щоб не заважати рятувальним роботам. Іншим тяжким і непереборним станом у потерпілих і родичів загиблих є переконаність у тому, що їхні рідні не загинули, а вижили або навіть воскресли. Батьки загиблих у 2004 р. в місті Беслані (Північна Осетія, Росія) дітей дотепер у це вірять, ходять до загиблих на могили, розмовляють із ними. Щоб переконатися у своїй вірі, вони звертаються до екстрасенсів, ясновидців.

На національному рівні метою тероризму є порушення цілості держави, соціальної стабільності, створення при цьому в людей стану непевності, тривожності та формування негативного образу державної влади, яка нібито не здатна захистити населення.

Після масштабного терористичного акту серед населення може виникнути епідемічне поширення негативної інформації як через ЗМІ, так і від самих жертв. Ця інформація, посилена ЗМІ, може спричинити в населення паніку.

Згідно з моделлю прогнозування, якщо в місті з мільйонним населенням відбувся терористичний акт, під час якого загинуло 200 осіб, і можливе його повторення, то можна очікувати на епідемію паніки на 3—15-й день після теракту, що може охопити 250—300 тис. осіб. Після 17-го дня у 285 тис. осіб стан психічного здоров'я відновиться, але в 15 тис. залишаться психічні розлади після пережитої масової паніки.

Результати досліджень дають змогу говорити про те, що терористичний акт може мати різноманітні наслідки: прямі втрати людей в осередку теракту (поранені та загиблі) і непрямі, пов'язані з виникненням психічних розладів, психологічних реакцій, ознак асоціальної поведінки та ін.

У разі загрози терористичного акту державні органи мають проводити роботу зі зміцнення соціальної ідентичності членів соціуму,

роз'яснювати свої дії та підтримувати його членів після таких актів. Підтримка має включати програми підвищення психічної стійкості людей до екстремальних ситуацій, профілактику стресових розладів, запобігання масовій паніці після терористичних атак. Основну роль потрібно приділяти заходам за участі відомих і авторитетних учених і політичних діячів, фахівців-психологів і соціологів, представників ЗМІ і силових структур.

На рівні державних структур для протидії актам тероризму має бути розроблена технологія надання швидкої допомоги населенню та захисту потерпілих і потенційних жертв терактів. Система медичної швидкої допомоги має бути багатопланою, тобто включати всі необхідні ланки загальномедичної та спеціалізованої психіатричної допомоги, починаючи від первинної медичної ланки і закінчуючи спеціалізованими установами. У комплексі медичних заходів важливе місце потрібно приділяти психіатрам, психотерапевтам і психологам, основне завдання яких — діагностика, лікування та проведення психокорекційних і психотерапевтичних заходів.

Ясне, глибоке розуміння проблеми з оперативним аналізом і прогнозом наслідків масштабних терористичних актів дасть змогу фахівцям сформуванню раціональну стратегію заходів допомоги, підтримки та соціального захисту жертв терактів і членів їхніх родин. Це має сприятливий вплив на подальшу адаптацію жертв до ситуації, стабільність соціально-психологічної атмосфери в соціумі. І навпаки, неясність, непослідовність і невизначеність у діях медичних працівників під час допомоги жертвам украй негативно позначається на суспільній свідомості населення, що може призвести до масової паніки на тлі бездіяльності влади.

Розроблення загальнонаціональних програм у ситуаціях з актами тероризму має ґрунтуватися на об'єктивних наукових даних і результатах комплексних досліджень за обов'язкової участі представників різних спеціальностей, у тому числі психіатрів, психологів, епідеміологів, соціологів і економістів, а також представників ЗМІ з урахуванням фактів можливої дезінформації, недовіри народу до дій влади, які є підґрунтям для загострення або поновлення багатьох соціальних проблем у суспільстві.

### Криза ідентичності

**Стресори** (тобто стимули з відчуттям загрози) можуть мати фізичне походження (фізичні травми, радіація, інтоксикації, інфекції тощо), але

в реакцію все одно залучається психічна сфера, а у відповіді організму на емоційний стресор бере участь не лише психіка, а і внутрішні органи, вегетативна нервова система (цілісне реагування).

В умовах сучасного періоду у значної частини населення нашої країни спостерігають психологічний феномен, який в американській літературі визначають як *криза ідентичності*:

Виділяють чотири варіанти кризи ідентичності:

- аномічний (пасивний відхід у себе — 40 %);
- дисоціальний (активізація агресії, руйнівний стиль поведінки, нетерпимість — 12 %);
- негативістичний, або пасивно-агресивний (прихована, завуальована агресія, ортодоксальність і ригідність мислення — 27 %);
- магічний (вихід у світ містики, ірраціонального — 21 %).

Необхідно окремо сказати про «магічну ураженість» нашого суспільства, що змушує згадати про часи Середньовіччя. Звичайно, тут багато залежить від зовнішніх чинників: впливу численних астрологів, чаклунів, екстрасенсів, пропаганди містичних уявлень. Але очевидною є й інша обставина. *За всієї негативності магічне мислення виконує для низки індивідумів характер захисного механізму, що дає змогу певною мірою полегшити переживання труднощів.*

Криза ідентичності в багатьох людей залишається в межах нормального психічного реагування: може бути передхворобою (передхвороба далеко не завжди переходить у хворобу). Але іноді потрібна допомога лікарів. Хвороба формується за несприятливого для індивіда збігу обставин, як зовнішніх, так і внутрішніх. Тут може мати значення вся біографія людини, вироблені впродовж життя стереотипи реагування, ресурси, витривалість, уразливість особистості до стресів.

Нині прийнято нові позначення для психічних розладів, які виникають у несприятливих соціальних умовах: ноогенні, інформаційні неврози, генералізований тривожний розлад, післятравматичний стресовий розлад, хвороба потерпілих від військового стресу, синдром сирітства.

У сучасний період спостерігають несприятливі зміни психічного здоров'я населення. Відбувається значне зростання кількості нерво-психічних захворювань, що є найхарактернішою реакцією на психічний стрес.

Це неврози, післятравматичний стресовий розлад, психосоматичні розлади, характерологічні та патохарактерологічні реакції, а також реактивні психози, патохарактерологічний, деприваційний розвиток особистості. Збільшується поширеність алкоголізму, наркоманії, токсико-

манії, зумовлених зокрема психічним стресом; ці хвороби залежності можуть маскувати інші психічні страждання.

У дітей-сиріт можливий розвиток **синдрому сирітства**. Деприваційна депресія поєднується з деприваційною аутичною поведінкою (відгородженість від оточення), моторними стереотипами, зворотною затримкою психічного розвитку; формується своєрідна картина мікросоціально-педагогічної занедбаності.

У сучасних умовах, коли нерідко виникають збройні конфлікти, зростають злочинність і кількість дорожньо-транспортних пригод, трапляються різного характеру аварії, може відбуватися збільшення кількості психічних розладів, зумовлених черепно-мозковими і внутрішньомозковими травмами, опіками, інтоксикаціями тощо. Несприятлива епідеміологічна ситуація в країні зумовлює частіше виникнення постінфекційних порушень психіки, тим більше, що низка інфекцій перебігає з ураженням центральної нервової системи (СНІД, сифіліс та ін).

Виділяють такі патології, як «алкогольний синдром плода», «ембріональний алкогольний синдром», який виявляють одразу після народження (розумова відсталість, низка фізичних дефектів). За оцінками американських експертів, ризик народити дитину із цим синдромом у жінок, що страждають на хронічний алкоголізм, становить 35 %.

Несприятливі соціально-побутові чинники беруть участь у виникненні інших форм розумової відсталості. У родинах з низьким матеріальним статусом внутрішньоутробний період розвитку дитини перебігає в умовах недостатнього харчування матері. Діти народжуються з малою масою тіла, недоношеними. Часте явище при цьому — відсутність необхідного догляду, турботи, виховного впливу на дитину після пологів, і наслідок — розумова відсталість.

*Добре відомо, що легкий ступінь розумової відсталості переважає в осіб, які належать до відсталих у культурному відношенні, нижчих у соціально-економічному відношенні класів.*

І останній факт, який зазначають лікарі в картині психічного здоров'я населення, полягає у видозміні змісту хворобливих переживань.

### Контрольні запитання

1. Яка різниця між закритими і відкритими черепно-мозковими травмами?
2. Які ознаки струсу головного мозку?
3. Які ознаки забиття головного мозку?
4. Що таке кома?

5. Наведіть ознаки сопору.
6. Що таке ретроградна амнезія?
7. Коли депресивний афект може набувати відтінку дисфоричності?
8. Скільки триває віддалений період травматичної хвороби?
9. Як перебігає депресивний стан при ЧМТ?
10. Що вивчає екологічна психіатрія?
11. Як впливають техногенні катастрофи на психічний стан людини?
12. Назвіть чотири варіанти кризи ідентичності.
13. Що таке деприваційна депресія?
14. Назвіть тривожний ряд, що призводить до психічної дезадаптації.
15. Як організують надання медико-психологічної допомоги потерпілим в осередках стихійних лих і катастроф?
16. Назвіть чинник, який найчастіше обтяжує перебіг ЧМТ.
17. Чи є однозначна оцінка шкідливості випромінювання мобільних телефонів?
18. Чи можливий спалах паніки в населеному пункті, неподалік від якого відбулося цунамі, але сам він від цунамі не постраждав? Якщо так, то назвіть причину цього.
19. В яких випадках використовують термін «радіофобія»?
20. Чи можна зараз рекомендувати учасникам ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС вживати алкоголь для захисту від перенесеного радіаційного ураження?

## Розділ 9 Шизофренія

Виділення шизофренії як самостійного захворювання під назвою «раннє недоумство» зазвичай пов'язують з ім'ям німецького психіатра Е. Крепеліна, який описав наприкінці XIX ст. (1899) клінічну картину, перебіг і наслідки цього захворювання. Проте клінічні прояви шизофренії були описані під різними назвами російськими і зарубіжними психіатрами значно раніше. Так, П.А. Буковський описав це захворювання в 1834 р. під назвою «сусмудріс». Патологічні механізми шизофренії були вперше обґрунтовані російським фізіологом І.П. Павловим.

Історія розвитку вчення про шизофренію бере свій початок у працях Е. Крепеліна. Він вважав, що захворювання розвивається в дитячому віці і, поступово наростаючи, призводить до недоумства.

Термін «шизофренія» вперше застосував австрійський психіатр Е. Блейлер. Назву він утворив від двох слів: «шизо» — розділяю, руйную, і «френ» — стародавня назва діафрагми, де, як вважали в давнину, міститься «душа». Тобто дослівно термін «шизофренія» означає «руйную душу».

Таким чином, Е. Блейлер помітив основну ознаку шизофренії — розлад, дисоціацію душевних процесів. Психіатри на честь Е. Блейлера називають шизофренію **хворобою Блейлера**.

Загально визнаною є *теорія генетичного походження* шизофренії, яка ґрунтується на результатах дослідження розвитку хвороби в моно- і дизиготних близнят, а також у всиновлених дітей, біологічні батьки яких страждають на шизофренію.

*Біохімічні дослідження* пов'язують шизофренію з надлишком в організмі допаміну. Блокування допаміну при продуктивній симптоматиці нейролептиками зумовлює сприятливіший перебіг захворювання. Варто зазначити, що в осіб, старших 40 років, перебіг хвороби також сприятливіший.

Згідно з *нейрогенетичною теорією* продуктивна симптоматика хвороби зумовлена дисфункцією системи хвостатого ядра мозку і лімбічної системи. Під час комп'ютерної томографії (КТ) можна виявити розширення передніх і бічних рогів шлуночкової системи мозку.

*Психоаналітична теорія* пояснює захворювання подіями дитинства: вплив шизофреногенної, емоційно холодної матері, емоційна дисоціація в сім'ї.

Згідно з *екологічною теорією* хворі на шизофренію народжуються переважно в холодну пору року, тобто в пренатальний період зазнають дефіциту вітамінів. Також ця теорія пояснює розвиток шизофренії мутагенною дією у разі зачаття дитини навесні.

Ризик розвитку шизофренії становить 1 %, а захворюваності — 1 випадок на 1000 населення в рік. Ризик виникнення цього захворювання зростає у разі шлюбів між близькими родичами. Найвищий ризик розвитку шизофренії спостерігають у віці 14—35 років.

Розпочинається захворювання зазвичай у віці 16—30 років і характеризується дисоціацією психічних процесів: **психічні види діяльності «відриваються» один від одного й від цілісного життя людини**, що проявляється різноманітними психопатологічними симптомами (маячення, галюцинації, емоційні та вольові розлади). Перебігає шизофренія безперервно, нападopodobно або періодично.

У 10 % випадків можливе спонтанне припинення процесу і тривала (до 10 років) ремісія.

До **осьових розладів шизофренії** належать розлади мислення (розірваність, резонерство, паралогічність, аутизм, символічне мислення, звуження понять і ментизм, персеверація й бідність думок) і специфічні емоційно-вольові розлади (отупіння афекту, холодність, паратимія, гіпертрофія емоцій, амбівалентність і амбітендентність, апатія й абулія).

*Згідно з МКХ-10 перебіг хвороби визначається як:*

0 — безперервний (немає ремісії один рік);

1 — епізодичний, з дефектом, що наростає (між психотичними епізодами прогресивно (безперервно) прогресує негативна симптоматика);

2 — епізодичний зі стабільним дефектом;

3 — епізодичний ремітивний (повні ремісії між епізодами);

4 — неповна ремісія;

5 — повна ремісія.

Діагноз шизофренії встановлюють на підставі виявлення **основних** продуктивних симптомів, які поєднуються з негативними емоційно-вольовими розладами, що призводять до втрати міжособистісних комунікацій.

**Параноїдна шизофренія** (за МКХ-10 — F20.0). Для цієї форми характерно:

- маячення переслідування, стосунку, значення, високого походження, особливого призначення або безглузде маячення ревнощів;
- слухові справжні галюцинації і псевдогалюцинації коментувального, суперечливого, засуджувачого й імперативного характеру;
- нюхові, смакові й соматичні, зокрема сексуальні галюцинації.

**Гебефренічна шизофренія** (за МКХ-10 — F20.1) характеризується:

- рухово-вольовими змінами у вигляді придуркуватості, регресу інстинктів, невмотивованої ейфорії, безцільності й нецілеспрямованості;
- емоційною неадекватністю;
- формальними паралогічними розладами мислення, резонерством і розірваністю;
- маяченням і галюцинаціями, які не мають провідного значення (характер включень).

*Перебіг цієї форми шизофренії частіше безперервний або епізодичний з дефектом, який наростає.*

**Кататонічна шизофренія** (за МКХ-10 — F20.2). Початок характеризується шизоїдними розладами особистості. *Маніфестує зазначена форма за типом гострого реактивного ступору.*

Клінічно кататонічна шизофренія перебігає у вигляді:

- люцидної (світлої) кататонії;
- кататонічно-параноїдних станів;
- онейроїдної кататонії;
- фебрильної кататонії.

*Діагностика кататонічної шизофренії ґрунтується на виявленні:*

- ступору;
- хаотичного, нецілеспрямованого збудження;
- каталепсії і негативізму;
- ригідності;
- покірності й стереотипії.

**Недиференційована шизофренія** (за МКХ-10 — F20.3). Клінічна картина включає ознаки параноїдної, кататонічної і гебефренічної шизофренії в стані психозу. Відсутність диференціювання симптоматики пов'язана з тим, що хвороба перебігає на тлі залежності від наркотиків або алкоголю, найближчих і віддалених наслідків ЧМТ.

### Типи дефекту психіки при шизофренії

Переважно дефект психіки утворюється вже після першого нападу шизофренії. Після кожного наступного нападу він поглиблюється і виявляється притупленням емоцій і волі, а також певними особливостями мислення. Хворі стають неохайними, апатичними, ведуть замкнутий спосіб життя.

Такий стан набуває стабільного характеру, що дає право говорити про *дефективну стадію шизофренії*. На тлі дефекту емоцій і волі можливі інші стійкі порушення психіки, на підставі чого виділяють шість типів дефекту психіки:

**I. Астенічний тип дефекту** характеризується млявістю, підвищеною втомлюваністю, відразою до будь-якої діяльності, замкнутістю. Цей тип дефекту найчастіше спостерігають при простій, кататонічній та іпохондричній формах шизофренії. Такі хворі зазвичай критично оцінюють свій стан, можуть бути працевлаштовані і працюють, хоча і з обмеженням навантаженням.

**II. Психопатоподібний тип дефекту** може виникати при всіх формах шизофренії. Такі пацієнти імпульсивні, ексцентричні, нетактовні, озлоблені, легко вступають у конфлікти з оточенням.

Вони можуть бути працевлаштовані на індивідуальній ділянці роботи.

III. **Паранояльний тип дефекту.** Хворі поводять себе таємниче, насторожено, з гонором. Їх мислення надміру деталізоване, причому кожній деталі вони надають особливого значення, з недовірою і підозрою ставлячись до людей, які їх оточують, що значно утруднює спілкування. Цей тип дефекту відповідає параноїдній формі шизофренії. Хворі можуть бути працевлаштовані на індивідуальній ділянці роботи.

IV. **Гіпоманіакальний тип дефекту** спостерігають порівняно рідко, переважно при гебефренічній і циркулярній формах шизофренії. Хворі постійно перебувають у підвищеному настрої, багатослівні, метушливі, схильні до активної діяльності, але легко кидають розпочату справу.

За легкого перебігу гіпоманіакального дефекту хворі можуть задовільно працювати. У разі вираженіших змін психіки їхня діяльність стає хаотичною, неконтрольованою, унаслідок чого вони втрачають працездатність.

V. **Апатико-абулічний тип дефекту** спостерігають при всіх формах шизофренії, найчастіше при простій та іпохондричній. Такі хворі апатичні, бездіяльні, нічим не цікавляться. Вони або відмовляються від їжі, або занадто багато їдять. Пацієнти з таким дефектом психіки непрацездатні.

VI. **Змішані типи дефекту** об'єднують особливості кількох дефективних проявів. Прогноз щодо працездатності в таких хворих несприятливий.

Як зазначено вище, шизофренія може перебігати безперервно, що характерно для простої, гебефренічної та іпохондричної форм, або у вигляді нападів із ремісіями (при кататонічній, параноїдній і циркулярній формах).

Ремісії за тривалістю та якістю розділяють на чотири типи:

Тип А — характеризується *зникненням психопатологічної симптоматики з критичним ставленням* до перенесеного нападу психозу. За цього типу ремісії спостерігають практично повне одужання хворого.

Потрібно однак наголосити, що, по-перше, ремісія типу А є рідкісним явищем, по-друге, і у таких хворих після нападу психозу спостерігають деякі, хоч і незначно виражені, зміни особистості. При типі А хворі працездатні й можуть продовжити працювати за своєю професією, крім випадків, коли їхня трудова діяльність пов'язана з індивідуальною відповідальністю за життя, здоров'я і безпеку інших людей (водій, диспетчер, пожежник, лікар-хірург та ін.).

Тип В — характеризується *зникненням психопатологічної симптоматики за відсутності ознак критичного ставлення* до перене-

сеного психозу. Зміни особистості у таких випадках вираженіші; залишається дефект психіки. Такі хворі також працездатні, але коло доступних видів діяльності вужче, ніж при типі А; зокрема, їм протипоказана робота на керівних посадах.

Тип С — спостерігають значне **зменшення психопатологічної симптоматики**, але частина порушень психіки залишається. При типі С хворі можуть бути виписані зі стаціонару й виконувати нескладну роботу.

Тип D — зазначають **внутрішньолікарняне поліпшення**, коли психопатологічна симптоматика зберігається, але хворі стають спокійними, зникають афективна напруга й агресивність. При типі D хворі або залишаються у стаціонарі для подальшого лікування, або можуть бути виписані за умови спостереження за ними родичів; вони непрацездатні.

## Лікування хворих на шизофренію

*Психіатрія порівняно з іншими медичними спеціальностями пізніше стала на шлях активного лікування. Протягом багатьох десятиліть лікарська допомога хворим із психічними розладами обмежувалася призначенням снодійних, заспокійливих і загальнозміцнювальних засобів.*

Велике значення надавали психотерапії, заходам гігієнічного характеру, дотриманню хворими правильного режиму дня, розвагам і раціональним заняттям працею, релігійним обрядам. Але й цей набір оздоровлювальних заходів підтримував у хворих, їхніх родичів і лікарів-психіатрів дух оптимізму.

Із цього приводу С.С. Корсаков писав: «Останнє сторіччя з переконливістю показало, що психічні хвороби, так само, як і хвороби інших категорій, треба лікувати й вонивиліковні. Щодо цього між ними і іншими хворобами немає різниці».

Перші спроби **активного терапевтичного впливу** на розлади психічної діяльності мали емпіричний характер. Ще задовго до початку розвитку психіатрії як науки багато лікарів спостерігали, здавалося б, парадоксальний факт, який пізніше французький психіатр Анрі Барюк позначив як **соматопсихічне балансування**. Він полягає в тому, що іноді тяжкі потрясіння й соматичні захворювання, що становлять небезпеку для життя суб'єкта, позитивно впливають на перебіг психічної хвороби.

Це давало найактивнішим і найсміливішим психіатрам надію знайти спосіб надання ефективної допомоги психічнохворим за допомогою так званих шоківих методів лікування. Серед них найвдалішим виявився метод лікування тяжкого психічного захворювання сифілітичної етіології — прогресивного паралічу — за допомогою *щеплення малярії*, запропонований австрійським психіатром Ю. Вагнер фон Яуреггом (у 1927 р. учений отримав Нобелівську премію за своє відкриття). Цей метод дав змогу не лише значно зменшити смертність від прогресивного паралічу, який раніше вважали невилковним, а й призупинити процес швидкого розпаду психічної діяльності хворого й наростання слабоумства.

Успішним виявився метод лікування шизофренії *інсуліном* у дозах, що спричинюють у хворого кому, який також був запропонований австрійським психіатром М. Закелем (1900—1957). Наприкінці ХХ ст. коразолові шоки, а дещо пізніше — електричні були впроваджені в лікування психіатричних хвороб (коразолові — психіатром Медуною, а електрошоки — Черлетті й Біні).

Напевно, щодо жодного хворобливого синдрому не застосовували стільки різноманітних методів лікування, як щодо шизофренії. На зламі ХVІІІ та ХІХ ст., коли було розпочато дослідження мозкового кровообігу, причини шизофренії шукали в його порушеннях, у недокрів'ї чи повнокрів'ї.

У зв'язку із цим застосовували різні засоби, що мали б поліпшити кровообіг, наприклад, *кровопускання, прикладання п'явок чи банок до голови*.

Зацікавлення ендокринними залозами та сенсаційні відкриття в галузі ендокринології підштовхнули психіатрів до пошуку причин шизофренії в *гормональних порушеннях*. Так, почергово «модними» були гонади, щитоподібна залоза, надниркові залози. Активні прихильники ендокринологічної етіології шизофренії ще навіть у другій половині ХХ ст. робили спроби видалення кіркової речовини надниркових залоз, вважаючи її гіперфункцію причиною психічних розладів.

Впровадження *антибіотиків* також знайшло застосування в лікуванні психічних хвороб.

Наприкінці першої половини ХХ ст. велику популярність (особливо в США) у лікуванні шизофренії мала *лейкотомія*, що її застосовували в різних хірургічних модифікаціях. Однак ретельні обстеження Е. Брошкевичем хворих, у яких було застосовано цей метод, довели його *шкідливість*.

Розроблено методи *коматозної терапії* психічних захворювань, які полягають у швидкому внутрішньовенному введенні фармакологічних препаратів, здатних спричинити за цієї умови епілептичний напад.

Особливо значного поширення набула *електросудомна терапія*, за якої напад спричинюють проведенням електричного струму через електроди, що їх розташовують на шкірі черепа однієї або обох скроневих ділянок.

Ці методи виявилися ефективними в лікуванні параноїдних, депресивних станів і деяких інших форм психічних розладів, при яких раніше застосовували лише симптоматичні види лікування.

Застосування шоківих методів лікування потребувало від психіатрів підвищеної уваги до соматичного обстеження хворих і створення у відділеннях психіатричних лікарень особливої атмосфери, що забезпечувала наближення їх до соматичної лікарні. Цьому сприяло також ослаблення психомоторного порушення у хворих із психозами в процесі біологічної терапії. Але цей вид лікування мав і низку важливих недоліків: труднощі застосування, ризик виникнення загрозливих для життя тяжких ускладнень. Усе це зумовлювало необхідність розміщення хворих у стаціонарі на тривалий період для проведення лікування.

Згідно з орієнтацією сучасної медицини лікування в психіатрії зосереджено на застосуванні хімічних препаратів. Впровадження на початку другої половини ХХ ст. *психотропних препаратів*, особливо нейролептиків, стало своєрідною революцією в психіатрії.

Не вдаючись до дискусії, чи ці препарати лікують саму хворобу, чи усувають або зменшують її прояви, потрібно зазначити, що вони змінили загальну атмосферу в психіатрії. Адже усвідомлення того, що є препарати, які можуть заспокоїти навіть дуже збудженого пацієнта і які можуть підвищити настрій хворих, які перебувають у тяжкій депресії, пом'якшити найдраматичніші прояви (галюцинації, маячення, страх), сприяло тому, що медичний персонал перестав боятися хворих. Відчуття безсилля часто є джерелом страху, а страх, як відомо, супроводжується агресією, яка раніше часто-густо позначалася на хворих. Змився навіть внутрішній вигляд психіатричних лікарень: зникли різноманітні пристосування, що слугували для обмеження свободи рухів хворого, на кшталт сіткових ліжок, гамівних сорочок, ґрат на вікнах, дверей без ручок. Хворим надають щоразу більше свободи, замість того, щоб гальмувати, їх заохочують до спонтанної активності.

Атмосфера песимізму, яка століттями панувала в психіатрії, змінилася на досить оптимістичну. З'явилася віра, що хворого на шизо-

френію можна вилікувати, що він не буде постійним мешканцем психіатричної лікарні.

Психофармакотерапія стала повсякденним способом лікування хворих із психічними захворюваннями не лише в умовах психіатричної лікарні, а й в амбулаторній практиці. Вона вийшла далеко за межі психіатрії: її стали широко застосовувати при психічних розладах у хворих, які страждають на соматичні недуги. Використання фармакологічних медикаментозних засобів лікування зумовило ґрунтовні дослідження психічної патології та тісний зв'язок психіатрії з багатьма біологічними дисциплінами. Особливу роль у цьому відіграє вивчення нейромедіаторних систем.

Нині для лікування психічних захворювань продовжують використовувати весь арсенал засобів, включаючи шоккові методи, лікарські препарати, фізіо-, психотерапію з усіма її різновидами, працетерапію та ін.

Але основними методами, що отримали найбільше поширення, залишаються **психофармакотерапія** і **психотерапія**. На них варто спеціально зупинитися.

*Є кілька груп психотропних препаратів:*

- а) нейролептики;
- б) транквілізатори;
- в) антидепресанти;
- г) психостимулятори;
- ґ) ноотропні препарати.

До психотропних препаратів належать також галюциногени, але вони не отримали поширення в терапевтичній практиці.

Нейролептики усувають психотичні порушення і страх, впливають на маячні, кататонічні та інші розлади, що виникають при психозах.

Транквілізатори в основному блокують невротичну тривогу й пов'язані з нею симптоми межових психічних розладів; деякі з них мають також протиепілептичну дію.

Антидепресанти пом'якшують або усувають тужливий афект при депресіях, справляючи одночасно седативну та стимулювальну дію.

Психостимулятори підвищують рівень уваги, усувають сонливість, астеничні симптоми.

Ноотропи підвищують рівень психічної активності, зменшують розлади пам'яті й розумової діяльності, особливо при органічних психічних захворюваннях.

Із початком «психофармакологічної ери» у психіатрії здійснювали численні спроби знайти в складній психопатологічній картині захворювання чітко визначений вплив кожного психотропного препарату.

Більш продуктивним виявився напрямок «спектр психотропної активності», що його розвивав у нашій країні Григорій Якович Авруцький (1925—1993). Під ним мали на увазі суму індивідуальних якостей препарату, які виявляються у взаємодії з певним психопатологічним синдромом.

Вибір психотропного засобу в конкретному випадку мало залежить від нозології захворювання і визначається переважно психопатологічним синдромом. Також не має значення зміст патологічних переживань. Так, ефект препарату при параноїдному синдромі не залежить від змісту маячення.

Психотропна речовина взагалі не здатна змінити спрямованість особистості хворої людини, її думки й переконання, що визначаються соціалізацією суб'єкта, починаючи з дитячого віку.

Втручаючись у хімізм нервових клітин головного мозку, психотропні препарати змінюють біологічний компонент особистості, вітальну основу патологічних психічних переживань. Результатом прямого впливу на базисні біологічні механізми вищої нервової діяльності є зміна емоційного стану хворого. Усуваючи тривогу і страх, депресивний, маніакальний афект, психотропні лікарські речовини справляють вторинну терапевтичну дію на маячні, нав'язливі та інші продуктивні симптоми психічного захворювання. При цьому вони не впливають безпосередньо на напрямок думок хворого, на його відношення до інших людей, до власного «Я». Неправильно було б розраховувати на те, що за допомогою хімічних речовин можна змінити переконання суб'єкта в переслідуванні його «зловмисниками» і створити в нього протилежну думку.

Правильним є припущення, що в разі усунення або ослаблення афективних розладів під впливом фармакотерапії відбувається деактуалізація маячних, нав'язливих переживань. Іншими словами, раніше актуальні думки й переживання втрачають свій почуттєвий характер, перестають бути джерелом життєво важливої інформації про зовнішній і внутрішній світ суб'єкта.

Якщо йдеться про короточасний і минулий психічний розлад, деактуалізація патологічних переживань хворого збігається з фактичним усуненням цих розладів, тобто з одужанням.

Потрібно зазначити, що психотропні препарати ефективні не при всіх формах психічних захворювань. **Найбільш резистентними** до лікування є психопатологічні синдроми з відносно *ізолюваною клінічною картиною* і малою кількістю симптомів, без грубих порушень у сфері вітальних емоцій і поведінки. До них належать синдроми, основу яких становлять *маячення, дисгармонія характеру і поведінки*.

Резистентними до фармакотерапії є також негативні симптоми, такі як апатія, емоційне збідніння, зниження енергії, що безпосередньо не пов'язані з депресивним афектом, і низка інших.

Усе це дає підставу деяким психіатрам стверджувати, що успіхи психофармакотерапії маловтішні й перевагу варто віддавати соціально-психологічним методам реадптації хворих у суспільстві, зокрема психотерапії.

**Психотерапія** — це система психологічних впливів на психіку й через неї на весь організм хворого з лікувальною метою. Це спеціальна наука. На відміну від так званої народної медицини, що також користується різними способами психологічного впливу на хвору людину, вона спирається на наукове знання клінічних і психологічних особливостей хворобливих ознак, їхнього походження і закономірностей розвитку.

До психотерапії як медичної науки примикають різні способи впливу на хворого за допомогою організації правильного ставлення до нього родини, друзів, колег, медичних працівників у лікувальному закладі.

Психотерапію розділяють на **індивідуальну** та **групову**. Індивідуальна психотерапія спрямована на одного хворого, коли максимально враховують особливості його особистості, встановлені в процесі психологічного і психопатологічного обстеження, й індивідуальні особливості захворювання.

При психотерапії у групі підбирають групу з 8—15 хворих із подібними захворюваннями, що потребують психотерапевтичного впливу (наприклад, хворі після інфаркту міокарда, у період реабілітації). Лікар при цьому звертається до всієї групи, передбачаючи, що його слова стосуються інтересів кожного її члена.

Такий принцип підбору подібних хворих, що відчують однаковий психотерапевтичний вплив, порушується в умовах психотерапії в більших і практично неконтрольованих групах, як це буває, наприклад, під час проведення телевізійних терапевтичних сеансів. Ігнорування принципу індивідуальності з урахуванням особистісних особливостей і характеру захворювання при цьому нерідко призводить до негативних наслідків.

На відміну від психотерапії «у групі», при індивідуальній психотерапії вплив терапевта значною мірою замінює взаємний вплив один на одного членів самої групи.

Із погляду соціальної психології, група — це сукупність людей, об'єднаних спільною діяльністю, що взаємодіють між собою.

Методи психотерапії розділяють також на **директивні** та **недирективні**.

Директивна психотерапія заснована на переконанні хворого, на формуванні в нього правильного відношення до хвороби та її лікування. Вона спирається на авторитет, престиж і знання лікаря. Психотерапевт бере на себе всю відповідальність за лікування пацієнта, якому надається роль суб'єкта впливу, значення якого він не розуміє і не повинен розуміти. Кінцева мета директивної психотерапії полягає в усуненні симптомів хвороби.

На відміну від цього недирективна (індивідуально орієнтована) психотерапія визнає самоцінність особистості, індивідуальних рис пацієнта і поважає його потреби. Вона спрямована на розвиток особистості, її внутрішніх резервів, оптимізацію її відносин із суспільством. Пацієнтові пропонують взяти на себе відповідальність за вибір кінцевої мети психотерапевтичного впливу, спираючись на індивідуальні життєві цінності, а не на безликі соціальні «норми». Симптоми хвороби перестають бути безпосереднім об'єктом впливу, ним стають такі особистісні переживання, як страх перед світом, невпевненість у собі, незадоволеність своїми стосунками з іншими людьми.

**Гіпно-сугестивну психотерапію** проводять як у поєднанні з **раціональною** психотерапією, так і самостійно. Найефективніша вона при істеричних розладах, хоча швидкі й демонстративні результати гіпнотичного занурення при цих формах захворювання не вирізняються стійкістю, оскільки аномальні властивості особистості та тенденція реагувати на будь-яку конфліктну ситуацію симптомами неврозу при цьому зберігаються.

Гіпнотичне занурення часто позначають як «гіпнотичний сон», хоча зовнішні прояви того і того, а також їхня клінічна картина не збігаються. Усе-таки, помічена І.П. Павловим спільність механізмів сну, гіпнозу та інших проявів гальмівного стану півкуль великого мозку, безсумнівно, існує.

Так, занурення в гіпнотичний стан сприяє все, що призводить до настання природного сну; пацієнт, залишений у спокої після гіпнотичного впливу, продовжує потім спати звичайним сном. У стані гіпнотичного впливу цілісна мозкова діяльність неможлива, і тому формулу впливу психотерапевта пацієнт сприймає без критичного переосмислення. Практика, однак, доводить, що як у звичайному стані, так і в гіпнотичному навіть можна лише ті ідеї, які не суперечать власним переконанням людини.

Щоб уникнути залежності пацієнта від психотерапевта і втрати ним активності в боротьбі з хворобою, практикують *методи самонавіювання (автотренінгу)*, коли психотерапевт індивідуально або в групі навчає хворих способам досягнення стану релаксації, на тлі якої хворий багаторазово повторює формулу впливу, наприклад: «З кожним днем мені стає все краще і краще. Настрій підвищується, сили додається» тощо.

Ефективність цього методу порівняно невелика, і поліпшення вдається досягти лише в тих хворих, які протягом багатьох місяців або навіть років педантично дотримуються процедури автотренінгу.

### Реабілітація при шизофренії

Реабілітація при шизофренії спрямована на розвиток або відновлення тих особистісних, міжособистісних і професійних навичок, які можуть підвищити впевненість хворого в собі і зробити його корисним членом суспільства. Про те, наскільки самостійним може стати хворий після нападу шизофренії, можна дізнатися, оцінивши його стан до нападу. Якщо у пацієнта є родина і робота, то реабілітація, як правило, буває успішною. Участь хворого в суспільному житті багато в чому залежить від самого суспільства.

Лише комплексний підхід — медикаментозне лікування, реабілітація, психотерапія (зокрема сімейна) і соціальні програми — дають змогу значно поліпшити життя хворих і забезпечити їх самостійність.

У реабілітації і становленні міжособистісних відносин важливу роль відводять психотерапії. Використовуючи рольові методи, можна навчити хворого справлятися з тими внутрішніми і зовнішніми чинниками, які можуть призводити до загострення. Крім того, ці методи дають змогу знайти ті форми поведінки, за яких стан і соціальна адаптація хворого поліпшуються, й уникнути тих, які призводять до погіршення.

Ставлення рідних і близьких до хворого має бути реалістичним. Вимоги, що їх висувають до нього, потрібно формулювати з урахуванням поточного стану, а не минулих досягнень у навчанні, роботі тощо.

#### Контрольні запитання

1. У чому полягає генетичне походження шизофренії?
2. У чому полягає психоаналітична теорія шизофренії?
3. Назвіть основні клінічні форми шизофренії.
4. Назвіть ознаки параноїдної шизофренії.
5. Що таке гебефренічна шизофренія?

6. Що таке кататонічна шизофренія?
7. Що таке гебоїдний стан?
8. Що таке дромоманія?
9. Що таке депресивний стан?
10. Назвіть причини виникнення депресії.
11. Назвіть ознаки параноїального типу дефекту при шизофренії.
12. Назвіть ознаки апато-абулічного типу дефекту при шизофренії.
13. Які Ви знаєте методи психотерапії?
14. Що таке раціональна психотерапія?
15. Що таке гіпноугестивна психотерапія?
16. Які Ви знаєте типи ремісії при шизофренії?

## Розділ 10

### Маніакально-депресивний психоз

Маніакально-депресивний психоз (МДП) належить до афективних розладів, основу яких становлять аномалії настрою: гіпо- або гіпертимія.

Найчастіше захворювання перебігає у вигляді періодичних депресій. У третині випадків МДП спостерігають **біполярний перебіг** — зміна депресивних і маніакальних фаз.

**Маніакальна фаза** МДП проявляється трьома основними клінічними ознаками:

- підвищеним настроєм;
- прискоренням інтелектуальних процесів;
- мовним і руховим порушенням.

Ці симптоми в типових випадках визначають стан хворого протягом усієї маніакальної фази. Хворі усе бачать у привабливих фарбах, увага не затримується тривало на неприсмних подіях, які навіть безпосередньо стосуються хворого. Вони не зважають на настрій людей, які їх оточують, і тому нерідко стають безтактними, настирливими, втрачають критичне ставлення до власної особистості.

Ідеї величезної зазвичай зводяться до таких, що нагадують хвастоші, несистематизовані й мінливі за змістом. Хворі наполягають на наявності в них певного таланту, дотепності, зовнішньої привабливості, фізичної сили тощо.

Може з'явитися поліпшення пам'яті на минулі події. У такому стані хворі нерідко дають необгрунтовані і нездійсненні обіцянки, роблять розкрадання, розтрати для задоволення численних бажань. Маніакаль-

ний стан супроводжується також розгальмуванням і посиленням потягів (харчових, сексуальних розгальмування).

Особливого значення набуває сексуальне порушення, що проявляється в статевій розбещеності. Сексуальне розгальмування посилюється в разі вживання алкоголю.

За вираженістю проявів розрізняють легкий (гіпоманіакальний) стан, виражений маніакальний стан і різке маніакальне порушення (шаленство), при якому може розвинути стан сплутаності, що супроводжується агресивними, руйнівними діями, спрямованими на оточення.

**Депресивна (меланхолійна) фаза** ніби протилежна маніакальній за клінічними проявами. Вона характеризується:

- зниженим, тужливим настроєм;
- уповільненням інтелектуальних процесів;
- психомоторною загальмованістю.

Туга може стати «безвихідною», супроводжуватися суб'єктивними відчуттями байдужності до здоров'я і долі близьких, іноді хворі особливо страждають, переймаючись думками про власну черствість.

Для депресивної фази характерні маячні ідеї самозвинувачення, самознищення, гріховності, зміст яких може визначатися надцінним ставленням до незначних провин у минулому.

Хворі нерідко вдаються до самогубства. Причому, що менше клінічно виражений депресивний стан хворого й ретельніше він дисимулює суїцидальні думки й наміри, то несподіванішими вони є для оточення.

Можливе також так зване розширене самогубство: вбивство членів родини, а потім самогубство. Хворі здійснюють подібні вчинки, щоб «позбавити всіх від майбутніх страждань або ганьби», у неминучості яких вони мають непохитну хворобливу впевненість.

**Психомоторна загальмованість** може іноді зненацька перериватися меланхолійним шаленством, що проявляється в різкому порушенні з прагненням завдати собі ушкодження: хворі намагаються викинутися з вікна, б'ються головою об стіну, дряпають і кусають себе.

Змішані стани часто спостерігають у клінічній картині МДП. Вони характеризуються певним поєднанням в одного хворого маніакальних і депресивних ознак і найчастіше виникають у разі переходу однієї фази в іншу. Залежно від сполучення компонентів різних фаз виділяють загальмовану, непродуктивну манію, маніакальний ступор тощо.

**Циклотимія** є легкою формою МДП і трапляється частіше, ніж виражені його форми.

У **гіпоманіакальній фазі** хворі на тлі дещо підвищеного настрою прагнуть до діяльності, мовленнєвої і рухової активності, заважають оточенню, бувають недисциплінованими, «прогулюють» роботу, проявляють схильність до розтрат, статевої розбещеності.

У **депресивній фазі циклотимії** (субдепресивний стан) хворі пригнічені, тужливі, загальмовані, що призводить до зниження активності й продуктивності праці.

Періодичність фаз дуже різноманітна, що утруднює прогноз перебігу захворювання. Тривалість нападів коливається від кількох місяців до року і більше. Прогноз окремого нападу сприятливий: закінчується одужанням без будь-якого психічного дефекту.

### Лікування маніакально-депресивного психозу

Лікування депресивних станів проводять антидепресивними засобами (амітриптилін, меліпрамін, піразидол, інказан по 50—300 мг на добу). У тяжких випадках показане парентеральне введення препаратів. При стійких до психотропних засобів депресіях проводять електросудомну терапію.

При гіпоманіакальних станах ефективні транквілізатори: діазепам (седуксен), оксазепам (тазепам), хлордіазепоксид (еленіум) по 5—40 мг на добу, феназепам по 1—3 мг, нейролептики в невеликих дозах, солі літію (літію карбонат по 900—1200 мг на добу).

Для полегшення перебігу маніакального стану застосовують нейролептики (аміазин по 100—400 мг на добу, галоперидол по 6—20 мг на добу, трифтазин по 20—50 мг, лепонекс по 50—200 мг, соннапакс, хлорпротиксен по 100—300 мг на добу). При ознаках маніакального порушення показане внутрішньовенне введення препаратів (аміазин, галоперидол, трифтазин). Основним засобом запобігання розвитку афективних фаз є превентивна терапія (протягом кількох років) солями літію і фінлепсином. Солі літію призначають під контролем вмісту препарату в крові (оптимальний вміст його, що забезпечує профілактичний ефект, становить 0,4—0,8 ммоль/л).

Особливості спостереження за хворими полягають у забезпеченні умов утримання, запобіганні ушкодженням і травмуванню хворого під час нападу МДП, проведенні раціональної психотерапії, унеможливленні суїцидальних спроб із боку хворого.

**Прогноз** у більшості випадків сприятливий. При депресивних фазах він ускладнений через небезпеку суїцидальних спроб.

**Експертиза.** Під час психотичної фази хвороби пацієнти є непрацездатними. Унаслідок хронічного перебігу хвороби значно погіршується рівень життя.

**Військова експертиза.** За наявності МДП пацієнтів визнають непридатними до військової служби в мирний час і обмежено придатними у военний.

**Судово-психіатрична експертиза.** У період психотичної фази хвороби неосудні.

### Клінічний випадок

*Володимир, 34 роки, обвинувачується в хуліганських діях.*

*Ріс і розвивався без особливостей, за характером із дитячого віку був веселий, добрий, чуйний, але запальний. Спостерігали невмотивовані коливання настрою в бік зниження. У віці 22 років без видимого зовнішнього приводу протягом кількох днів був пригніченим, тужливим, прагнув до самотності, став говорити, що погано справляється з виконуваною роботою, висловлював думки про самогубство.*

*Такий стан тривав близько місяця і змінився підвищенням настроєм; хворий став хвалюватим, голосно сміявся, роздавав сусідам свої речі, робив у магазинах непотрібні покупки, відвідував ресторани, в які раніше практично не ходив, почав будувати гараж, не маючи автотомашини.*

*До психіатра не звертався. Поступово психічний стан нормалізувався, настрої вирівнялися. Приблизно через 3 роки знову розвинувся пригнічений настрої із загальмованістю. Не мав бажання ходити на роботу, спілкуватися з друзями та колегами. Став уникати рідних і друзів. Був госпіталізований у психіатричну лікарню, де перебував 3 міс., після чого був виписаний з діагнозом: «Маніакально-депресивний психоз, депресивна фаза». Після цього продовжував працювати.*

*Через 3 роки настрої підвищився, хворий відчув приплив «фізичних сил», вирішив «заробити багато грошей», виїхав у сусідню область, де влаштувався на роботу в бригаду теслярів. Однак уже через кілька днів, нічого не пояснивши співробітникам, залишив свої речі й повернувся на місце постійного проживання. Стан характеризувався підвищенням настроєм, багатомовністю. У стані алкогольного сп'яніння хворий зайшов до знайомих, почав висувати незрозумілі претензії, нецензурно сварився, був агресивний. Під час затримання працівниками міліції був збуджений, голосно співав, декламував вірші.*

*Під час медичного огляду патології внутрішніх органів і нервової системи не виявлено. Орієнтований правильно, охоче вступає в бесіду.*

*Говорити починає відразу, без додаткових питань. Багатослівний, легко відволікається, перескакує з однієї думки на іншу, жестикулює. Хворим себе не вважає. Скарг на здоров'я не має.*

*Називає себе людиною настрою. Говорить, що життя йому здається прекрасним, хочеться співати, танцювати. У відділенні рухливий, втручається в розмови і справи осіб, що його оточують. На запитання про правопорушення охоче відповідає, читає вірші, в яких у жартівливій формі викладає своє життя. До ситуації, що склалася, некритичний.*

### Контрольні запитання

1. Назвіть клінічні прояви маніакальної фази.
2. Що таке циклотимія?
3. У чому причина виникнення маніакально-депресивного психозу?
4. Схарактеризуйте депресивний епізод при маніакально-депресивному психозі.
5. Що таке хронічний афективний розлад?
6. Назвіть форми реабілітації при маніакально-депресивному психозі.
7. Що таке дистимічний розлад?
8. Назвіть етіологію маніакально-депресивного психозу.
9. Яким є прогноз при маніакально-депресивному психозі?
10. Визначіть придатність до військової служби пацієнтів із маніакально-депресивним психозом.
11. Назвіть ознаки депресивного стану при маніакально-депресивному психозі.

## Розділ 11

### Церебральний атеросклероз. Інволюційні психози. Психози сенільного і пресенільного віку

**Атеросклероз** (від грец. *athere* — каша та *sklerosis* — ущільнення) — це хронічне захворювання, що виникає внаслідок порушення жирового та білкового обміну і характеризується ураженням артерій еластичного і еластично-м'язового типу у вигляді вогнищового відкладення в інтимі ліпідів і білків і реактивного розростання сполучної тканини.

Термін «атеросклероз» був запропонований Маршаном у 1904 р. для визначення захворювання, при якому склероз артерій зумовлений

порушенням метаболізму ліпідів і білків, так званого метаболічного артеріосклерозу. Атеросклероз є різновидом артеріосклерозу. Термін «**артеріосклероз**» застосовують для позначення склерозу артерій незалежно від причини і механізму його розвитку.

Частота атеросклерозу в усіх країнах світу за останні 50 років значно зросла і продовжує збільшуватися. Тенденцію до зниження захворювання за останнє десятиріччя спостерігають лише в США.

Захворювання в основному виникає в другій половині життя. Ускладнення атеросклерозу є однією з найчастіших причин інвалідності і смертності у більшості країн світу. Хворі з проявами атеросклерозу перебувають у стаціонарах практично будь-якого медичного профілю.

Суперечка про походження атеросклеротичної бляшки серед фахівців різного профілю не вщухає вже протягом цілого сторіччя. Запропоновано безліч гіпотез і теорій розвитку атеросклерозу.

Захворюваність на атеросклероз підвищується з віком. У жінок його розвиток нехарактерний до клімактеричного періоду. Артеріальна гіпертензія, підвищений рівень HDL-холестеролу і цукровий діабет належать до особливих чинників ризику атеросклерозу, незалежно від статі.

У молодому віці як важливий чинник ризику атеросклерозу розглядають тютюнокуріння. Менш важливими чинниками є надлишкова маса тіла, малорухливий спосіб життя, невисокий соціально-економічний статус.

Ще Рудольф Вірхов наголошував, що ліпіди — це важлива складова атероматозних ушкоджень. Нині доведено, що підвищення рівня певних типів ліпопротеїдів значно збільшує ризик розвитку атеросклерозу.

Цікавими є також дослідження обміну високомолекулярного ліпопротеїду (HDL-холестеролу). HDL-холестерол залучається в холестероловий транспорт, прямує з периферійних тканин у печінку. У літературі наведено кілька вірогідних епідеміологічних досліджень, в яких встановлено, що високий вміст HDL-холестеролу в клітинах печінки пов'язаний зі зниженням ризику розвитку атеросклеротичних змін в'язцевих судин. Дослідження в цьому напрямку вважають перспективними.

Незважаючи на те що вміст тригліцеридів у крові належить до слабких чинників ризику розвитку атеросклерозу, його необхідно враховувати, оскільки спадкові аномалії ліпідного метаболізму пов'язані з підвищеним рівнем холестеролу і тригліцеридів.

Гістологічні дослідження атероматозних змін у людини і тварин довели, що фібрин і тромбоцити належать до важливих складових ранніх ушкоджень.

Ранні зміни тромботичної формації включають активацію тромбоцитів із подальшою адгезією до субендотеліального колагену. Агенти, які стимулюють активацію тромбоцитів, це — колаген, тромбін, тромбоксан А<sub>2</sub>, аденозинфосфат, норадреналін, тобто агенти-вазопресори. Зараз відомо, що ці фактори стимулюють глікопротеїнові рецептори на мембранах тромбоцитів.

Повна їх назва — тромбоцитний глікопротеїн ІІВ/ІІІА. Малі дози ацетилсаліцилової кислоти, які призначають хворим із клінічними проявами атеросклеротичного ураження в'язцевих судин і мають позитивний ефект, інгібують дію тромбоксану А<sub>2</sub>. Сьогодні тривають пошуки інших засобів інгібіції рецепторів глікопротеїну ІІВ/ІІІА.

Залежно від переважної локалізації атеросклеротичних змін у судинах, ускладнень і наслідків, до яких ці зміни призводять, виділяють такі клініко-анатомічні форми атеросклерозу:

- атеросклероз аорти;
- атеросклероз в'язцевих артерій (ішемічна хвороба серця);
- атеросклероз артерій головного мозку (цереброваскулярні захворювання);
- атеросклероз артерій нирок (ниркова форма);
- атеросклероз артерій кишки (кишкова форма);
- атеросклероз артерій нижніх кінцівок.

**Атеросклероз аорти** — це найчастіша форма атеросклерозу. Найвираженіші атеросклеротичні зміни спостерігають у черевному відділі, вони характеризуються в основному атероматозом, появою виразок, атерокальцинозом.

**Атеросклероз в'язцевих артерій** — лежить в основі ішемічної хвороби серця.

**Атеросклероз артерій головного мозку** є основою цереброваскулярних захворювань. Тривала ішемія головного мозку на тлі стенозувального атеросклерозу мозкових артерій призводить до дистрофії й атрофії кори великого мозку, розвитку атеросклеротичного недоумства.

При **атеросклерозі ниркових артерій** звуження просвіту бляшкою здебільшого спостерігають у місці розгалуження основного стовбура або поділу його на гілки першого і другого порядку.

**Атеросклероз артерій кишки**, ускладнений тромбозом, призводить до її гангрені з подальшим розвитком перитоніту. Частіше страждає верхня брижова артерія.

При **атеросклерозі артерій кінцівок** частіше ураження зазнають стегнові артерії. Процес тривалий, інколи перебігає безсимптомно за-

вдяки розвитку колатералей. Однак у разі недостатності колатералей, яка наростає, розвиваються атрофічні зміни м'язів, похолодання кінцівки, з'являється характерний біль під час ходьби — переміжна кульгавість. Якщо атеросклероз ускладнюється тромбозом, розвивається гангрена кінцівки — атеросклеротична гангрена.

**Цереброваскулярні захворювання** характеризуються гострими порушеннями мозкового кровообігу і, по суті, є церебральними проявами атеросклерозу і гіпертонічної хвороби, рідше — симптоматичних гіпертензій. Як самостійна група хвороб цереброваскулярні захворювання виділені, як і ішемічна хвороба серця, у зв'язку з їхньою соціальною значущістю.

В основі атеросклерозу — порушення ліпідного обміну і відкладення ліпідів, переважно холестерину, у внутрішній оболонці артерій.

#### **Ознаки атеросклеротичних психозів:**

- клінічні та параклінічні дані, а також анамнестичні відомості, що свідчать про церебральний атеросклероз;
- астенія, емоційна лабільність.

#### **Основні клінічні форми атеросклеротичних психозів:**

- амнестична;
- корсаковська;
- параноїдна;
- парафренічна;
- паранояльна;
- дементна;
- маніакальна;
- депресивна;
- пароксизмальна.

Зміни судинного тону, що зумовлюють виникнення гіпертонічної хвороби, пов'язані з психогенно зумовленими порушеннями вищої нервової діяльності. Окрім тривалого й інтенсивного емоційного напруження в генезі гіпертонічної хвороби мають значення ендокринні зміни, порушення діяльності нирок та деякі інші чинники. Розрізняють три стадії гіпертонічної хвороби: лабільну, стабільну, атеросклеротичну.

#### **Ознаки гіпертонічних психозів:**

- клінічні і параклінічні дані, що свідчать про наявність гіпертонічної хвороби;
- розлади пам'яті;
- тривожність;
- астенія;
- пароксизмальність.

#### **Основні клінічні форми гіпертонічних психозів:**

- депресивна;
- тривожно-параноїдна;
- дементна;
- пароксизмальна.

**Лікування** хворих із психічними розладами, зумовленими судинною патологією головного мозку, має бути комплексним, якомога раннім, тривалим і систематичним.

У всіх стадіях захворювання показана так звана базисна терапія, що передбачає дієтичні рекомендації, нормалізацію артеріального тиску, застосування гіпохолестеринемічних і фібринолітичних препаратів, а також засобів, спрямованих на поліпшення мозкового кровообігу і боротьбу з ознаками гіпоксії.

**Клінічний розвиток хворобливого процесу, зумовленого церебральним атеросклерозом, проходить три стадії:**

- I — початкову;
- II — стадію виражених психічних розладів;
- III — дементну.

**I стадія.** Найпоширенішим проявом церебрального атеросклерозу в цій стадії є **неврастеноподібний синдром**.

Основними ознаками цього стану є швидка втомлюваність, загальна слабкість, виснаженість психічних процесів, дратівливість, емоційна лабільність.

Інколи виникає неглибока депресія, що поєднується з астеною. В інших випадках може розвиватися психопатоподібний (із дратівливістю, конфліктністю) або іпохондричний синдром. У цей період усі хворі скаржаться на запаморчнення, шум у вухах, погіршення пам'яті.

У **II стадії**, як правило, наростають **мнестично-інтелектуальні розлади**: значно погіршується пам'ять, особливо фіксаційна, мислення стає інертним, тугорухливим, наростає емоційна лабільність, слабкодухність. У цей час можуть дебютувати атеросклеротичні психози: депресивний, параноїдний з потьмаренням свідомості, галюциноз. Крім того, у цей період спостерігають епілептиформні напади, які можуть бути провідним синдромом (епілептиформний синдром).

Найпоширенішим (приблизно в третини хворих із психозами) проявом виражених психічних розладів є **параноїдний синдром**. Такі хворі вирізняються замкнутістю, підозрілістю або мають тривожний характер. Нерідко їх спадковість обтяжена психічними хворобами, алкоголізмом. Зміст маячення буває різноманітним: частіше хворі висловлюють ідеї переслідування, ревнощів, отруєння, іноді іпохондричні,

ідеї збитку. Маячення у таких хворих має тенденцію до переходу в хронічну форму.

Рідше спостерігають депресії. На відміну від астенодепресивного синдрому початкового періоду посилюється туга, різко знижується настрій, спостерігають рухову і, особливо, інтелектуальну загальмованість, тривожність. Хворі висловлюють ідеї самозвинувачення, самоприниження. Ці розлади поєднуються зі скаргами на біль голови, запаморочення, дзвін та шум у вухах.

**Атеросклеротична депресія** триває від кількох тижнів до кількох місяців, при цьому часто виявляють іпохондричні скарги, астенію. Після виходу з депресивного стану у хворих не спостерігають вираженої деменції, але вони проявляють слабкодухість, їхній настрій коливається. Атеросклеротичні інтелектуально-мнестичні розлади, що виникають після психозу, можуть бути компенсовані. Через 1—3 роки депресія може повторитися. Більш прогресивний перебіг спостерігають, коли депресія виникає в пізньому віці в разі приєднання інших несприятливих чинників.

**Атеросклеротичні психози** із синдромами порушення свідомості можуть розвиватися у хворих із поєднанням кількох несприятливих чинників в анамнезі:

- ЧМТ з потьмаренням свідомості;
- алкоголізм;
- тяжкі соматичні захворювання.

Найпоширенішою формою порушення свідомості є **делірій**, рідше — **зміненний стан свідомості**. Ці розлади частіше тривають кілька днів, однак можливі рецидиви. Випадки церебрального атеросклерозу з порушеннями свідомості прогностично несприятливі; після виходу із психозу може швидко наростати деменція.

Розвиток церебрального атеросклерозу не завжди відповідає наведеній схемі. Іноді клінічні прояви початкового періоду слабко виражені, а психотичні розлади з'являються одразу.

**Проявом III стадії** іноді є **епілептиформний розлад**. Такий синдром характеризується пароксизмальними порушеннями: переважно атиповими великими судомними нападами з потьмаренням свідомості, порушеннями свідомості, що нагадують амбулаторний автоматизм, дисфорію.

Поряд із пароксизмами спостерігають порушення, характерні для церебрального атеросклерозу, а в низці випадків — зміни особистості, близькі до епілептичних. Темп наростання деменції у цих випадках

повільний, виражене слабоумство настає через 8—10 років після появи цього синдрому.

Відносно рідко розвивається галюциноз. Майже завжди цей стан виникає в пізньому віці. Хворі «чують» голоси коментувального змісту. Дуже рідко клінічна картина галюцинозу виражається зоровими галюцинаціями.

Психічні прояви в таких хворих поєднуються із соматичними розладами (атеросклерозом аорти, вінцевих судин, кардіосклерозом) і неврологічними симптомами органічного характеру (млява реакція зіниць на світло, згладженість носо-губних складок, похитування в позі Ромберга, тремтіння рук, симптоми орального автоматизму). Спостерігають також грубу неврологічну симптоматику у вигляді амнестичної та моторно-сенсорної афазії, залишкових проявів геміпарезу.

У зв'язку зі значним постарінням населення країни та зростанням кількості психічнохворих літнього (45—65 років) і старечого (після 65 років) віку проблема психічних розладів у цієї категорії населення набуває все більшої актуальності.

**Психічні розлади пізнього віку** можна розділити на межові та виражені психотичні розлади (психози). **Психічні розлади межового типу** переважно проявляються пригніченням, підвищеною тривожністю, перебільшеною увагою до власного здоров'я, фіксацією на неприємних відчуттях, тобто групою симптомів, які належать до неврозоподібних. Нерідко спостерігають характерологічні зміни: звуження кола інтересів, подразливість і афективна нестійкість. Наведені розлади часто поєднуються із серцево-судинними та іншими соматичними захворюваннями.

Психотичні розлади можуть проявлятися неправильною оцінкою та сприйняттям навколишнього світу, значним порушенням критики, вираженими інтелектуальними розладами. Із психозів пізнього віку виокремлюють інволюційну меланхолію або депресію, інволюційний паранойд і пресенільну деменцію.

**Пресенільні психози**. Характерним є їх початок із психогенно-істеричної симптоматики в умовах психотравмивної ситуації. Більшість авторів зазначають тривалість і млявість їх перебігу, поступову втрату афективної насиченої психопатологічної симптоматики, повільний розпад основних психічних рис особистості. Певні труднощі виникають через те, що ці хворобливі стани доводиться диференціювати від шизофренії та маніакально-депресивного психозу в пізньому віці, оскільки захворювання набувають інволюційного забарвлення.

**Інволюційна меланхолія** — це найпоширеніша форма психічних розладів. Вона проявляється емоційними порушеннями у вигляді тривожної депресії, нерідко з іпохондричними переживаннями. Хворі висловлюють тривожні побоювання, невизначені страхи, думки про нещастя, що очікують їх родину. Ці висловлювання набувають однонамітного характеру.

Як доповнення до афективних порушень у хворих спостерігають ідеї гріховності і переслідування, які набувають іноді складного фантастичного характеру, з думками про загибель близьких і навіть про загальнолюдську катастрофу. Усі ці психопатологічні прояви можуть розвинути на тлі рухової загальмованості чи моторного збудження.

**Інволюційний параноїд** — друга за частотою форма пресенільних психозів, що виявляється як пресенільне маячення заподіяної шкоди, пресенільна параноя чи парафренія.

*Типовим для цих хворобливих станів є наявність виражених маячних ідей і галюцинацій на тлі тривожно-тужливого настрою.*

Маячення стійкі, мають інтерпретативний характер, типовою їх ознакою є конкретність і тривіальність змісту. Найхарактернішими є маячні ідеї навмисно завданої шкоди, переслідування та ревнощів. Галюцинації найчастіше бувають слуховими і тактильними. Хворобливі прояви пов'язані з певною ситуацією, включають патологічне перетворення ситуації, реальних подій. Хворі скаржаться, що їх переслідують на роботі, у власній квартирі, якісь люди бажають їхньої смерті, заволодіти їхнім житлом, майном; пацієнти «чують», як переслідувачі перемовляються між собою, відчують на собі дію гіпнозу, променів, отрут тощо. Маячні ідеї також пов'язані з певними особами й обставинами. Хворий(а) ревнують свою жінку(чоловіка) до сусідів, знайомих або близьких родичів. Для підтвердження своїх маячних висловлювань вони використовують окремі незначні факти. Емоційні порушення у хворих характеризуються монотонністю афекту.

**Інволюційна істерія.** При цій формі психозу основними симптомами є афективна нестійкість, лабільність, запальність, бурхливі емоційні реакції з незначних приводів. Хворі часто відчують спазм у горлі під час хвилювання, скаржаться на неприємні відчуття в тілі. Нерідко у них спостерігають парези кінцівок і функціональні напади. Потрібно зазначити, що загальна нервова лабільність з різними функціональними напругами розвивається у багатьох жінок на початкових етапах клімаксу, але з часом вона минає.

**Пресенільні деменції** також належать до групи психозів пізнього віку. Їх назви утворені за прізвищами вчених, які їх описали, — хворо-

ба Альцгеймера і хвороба Піка. Спільним для цих станів є малопомітний початок, прогресивність, необоротність розладів, прогресивне слабоумство, що поєднується з локальними вогнищевими розладами.

При *хворобі Альцгеймера* прогресуюче слабоумство поєднується з наростаючими порушеннями пам'яті за типом *прогресуючої амнезії*. Із розвитком захворювання рано виявляються й посилюються такі симптоми, як афатичні розлади (амнестична та сенсорна афазія, логоклонії та насильницьке мовлення), порушення письма, читання, апраксія та агнозія; іноді спостерігають епілептиформні напади.

**Хвороба Піка** починається *псевдопаралітичним синдромом* (за переважного ураження лобових ділянок головного мозку) або змінами особистості, що проявляються байдужістю, розгальмованістю емоцій, потягів, переважно підвищеним настроєм, психічною та моторною спонтанністю. У хворих знижується критичне ставлення до свого стану за відносно тривалого збереження формальних знань, навичок і пам'яті. У клінічній картині захворювання також спостерігають своєрідну мовленнєву стереотипію, ехололію.

**Старечі (сенільні) психози** розвиваються частіше у віці 65—70 років; захворюваність серед чоловіків і жінок приблизно однакова. Захворювання пов'язане з віковими змінами в організмі та може проявлятися як при прогресивному слабоумстві, так і в афективних або галюцинаторно-маячних психозах.

Хвороба починається зазвичай поступово, непомітно, часто з неврозоподібних і характерологічних порушень. Клінічно виділяють дві форми старечих психозів: старече слабоумство і старечі (сенільні) психози.

При *старечому слабоумстві* певне місце серед клінічних проявів посідають виражені тотальні розлади інтелекту в поєднанні з особливими мнестичними (прогресивна амнезія) та емоційними порушеннями. Часто визначають дисоціацію між неможливістю розуміння ситуації та достатньою збереженістю звичних форм поведінки та навичок. Спостерігають розпад цілісного просторового сприйняття, неможливість правильної оцінки ситуації та обстановки взагалі.

Вираженими стають порушення пам'яті, передусім на поточні події, потім мнестичні розлади поширюються на дитячі та юнацькі роки. Прогалини в пам'ті, що утворилися, хворі заповнюють вигаданими подіями. У деяких хворих ці *конфабуляції* можуть створювати враження маячних висловлювань, однак вони вирізняються нестійкістю, відсутністю певної тематичності.

Афективні прояви характеризуються або переважанням добросердності, або похмуро-дратівливим настроєм. У поведінці проявляється іне-

рtnість, пасивність; одні хворі не можуть нічим зайнятися; інші, навпаки, метушаться, збирають речі, намагаються кудись піти. Їхня поведінка зумовлена розгальмованістю інстинктів, підвищеним апетитом і сексуальністю. Хворі жадібно та багато їдять, збирають рештки їжі, скаржаться на те, що їх не годують. Сексуальна розгальмованість виявляється в ідеях ревнощів, у спробах сексуальних дій щодо неповнолітніх.

Від проявів старечого слабоумства потрібно відрізнати стани, які визначаються поняттям «зниження рівня особистості». Ці стани виявляються в загальній сповільненості психічних процесів, значному утрудненні під час засвоєння нового, зниженні рівня тлумачень і критики, збідненні емоційного життя.

**Психічні розлади** у вигляді маячних і галюцинаторних станів при сенільних психозах розвиваються так само часто, як і слабоумство. Ця форма сенільного психозу виникає у хворих зазвичай на початку захворювання, за відсутності вираженого слабоумства. У хворих із малечням спостерігають також емоційні порушення у вигляді депресивних станів. Хворі висловлюють маячні ідеї переслідування, провини, гріховності, зубожіння, а також іпохондричні ідеї; маячні переживання пов'язані з конкретними ситуаціями й обставинами. У маячних висловлюваннях відображено окремі факти реальних подій.

Разом із маячними переживаннями виникає і галюцинаторна симптоматика. Спостерігають галюцинації усіх видів, але типовішими є зорові галюцинації. За своїм змістом галюцинації пов'язані з маячними ідеями. Епізодично можуть виникати порушення свідомості з численними конфабуляціями, зокрема в разі приєднання інфекцій і погіршення соматичного стану хворих.

Перебіг маячних психозів може бути хвилеподібним. Галюцинаторно-параноїдні стани можуть повторюватися кілька разів, при цьому відбуваються афективні зміни; між цими станами спостерігають світлі проміжки.

Хворі із сенільним слабоумством можуть забути вимкнути газ, спричинити пожежу та ін. За наявності сексуальної розгальмованості такі особи вдаються до розбещення неповнолітніх.

При маячних ідеях переслідування, ревнощів можливі спроби вбивства чоловіка (жінки), уявного переслідувача, суперника тощо. Часто виникає питання про необхідність судово-психіатричної експертизи таких хворих у зв'язку з цивільними справами: заповітами, дарчими документами та ін.

Часто психічнохворі приховують свої хворобливі переживання (дисимуляція), а їхні родичі, не будучи здатними оцінити стан хворого й

не помічаючи наявних розладів, починають переконувати лікаря якнайскоріше виписати своїх близьких із психіатричного стаціонару, мотивуючи це тяжкістю перебування серед інших психічнохворих. При цьому вони «психологізують» ситуацію, посилаючись на морально-етичні та інші позитивні якості близької людини: «Вона цього ніколи не зробить, вона така добра мати». У таких випадках питання про виписування має вирішувати лікар відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу».

Лікар поліклініки або соматичного стаціонару може на практиці стикатися з хворими з різними психічними порушеннями: від межових невротичних і особистісних розладів до виражених психотичних станів, включаючи розлади свідомості, маячні розлади, депресивні стани та ін.

### Догляд за хворими

Перший обов'язок медичного персоналу під час роботи з хворим на депресію полягає в тому, щоб **вберегти його від самогубства**. Від такого хворого не можна відходити ні на крок ні вдень ні вночі, не давати йому ховатися під ковдрою з головою, необхідно проводити його в туалет, ванну кімнату та ін. Хворий має вживати ліки в присутності медичної сестри, щоб він не міг їх приховати і накопичити для самогубства. Навіть незважаючи на помітне поліпшення стану хворого, не можна знижувати пильність під час догляду за ним. Такий хворий у разі деякого поліпшення стану може бути ще небезпечнішим для себе і оточення.

Хворі з **вираженою тугою** не звертають уваги на себе, тому за ними потрібен особливий догляд: допомагати їм одягатися, умиватися, прибирати ліжку та ін. Потрібно стежити за тим, щоб вони їли, а для цього їх треба довго, терпляче й лагідно вмовляти. Часто доводиться вмовляти їх піти на прогулянку.

Тужливі хворі мовчазні й відлюдькуваті. Вони не здатні підтримувати розмову, тому їх не потрібно турбувати. Лікар має надати психологічну підтримку хворим, навіть якщо вони не реагують на його слова. Якщо ж у хворого виникає потреба в лікуванні, і він сам звертається до медичного персоналу, то треба терпляче його вислухати, підбадьорити і, за потреби, забезпечити йому належне лікування.

Хворим із депресією потрібен спокій. Будь-які розваги можуть лише погіршити їхній стан. У присутності пацієнтів із тужливим настроєм неприпустимі сторонні розмови, оскільки вони схильні пояс-

нювати все по-своєму. *Важливо стежити за випорожненнями в таких хворих, оскільки зазвичай у них розвиваються закрепи.*

Серед хворих зі зниженим настроєм є такі, що відчувають тугу, яка супроводжується сильною тривогою і страхом. Іноді у них бувають галюцинації, вони висловлюють маячні ідеї переслідування; не знаходять собі місця, ходять по відділенню, заламують руки. За такими хворими потрібне пильне спостереження, бо вони теж можуть вдаватися до самогубства. Якщо у хворого розвивається стан сильного збудження, то медичний персонал має перш за все зберігати спокій і самовладання.

Якщо хворий нападає на людей, які його оточують, рветься до вікна або дверей, тоді, за вказівкою лікаря, його утримують у ліжку (утримувати хворого доводиться і тоді, коли потрібно поставити клізму) із зазначенням початку та закінчення фіксації. Для фіксації хворого використовують м'які довгі стрічки з матерії.

Якщо хворий занедужав, але може йти сам, медична сестра повинна підтримувати його під час переміщення, допомагати під час одягання, умивання, їди. Дуже слабким і лежачим хворим потрібно здійснювати часткове оброблення шкіри, обмивати, розчісувати, годувати, дотримуючись при цьому всіх необхідних заходів, не менше 2 разів на день поправляти постіль і, за потреби, змінювати постільну білизну.

Хворі можуть бути неохайними, тому в певні години потрібно нагадувати їм про необхідність відвідати туалет, своєчасно подавати їм судно або за призначенням лікаря ставити клізми. Якщо хворий замастився сечсю або калом, потрібно обмити його, насухо витерти і вдягнути чисту білизну.

Якщо хворому призначено постільний режим, а він не контролює акт сечовипускання чи випорожнення, його доцільно розмістити на спеціально підготовленому щиті й матраці з круглими дірками в ділянці сідниць, які частково обшивають клейонкою. Під щит напроти отвору підставляють судно, під сідниці підстилають чисті пелюшки. Таке пристосування сприяє профілактиці пролежнів і полегшує догляд за хворими.

У лежачих хворих можуть з'являтися пролежні. Для запобігання їх виникненню необхідно змінювати положення хворого в ліжку кожні 3—4 год, щоб уникнути тривалого тиску на ту чи ту ділянку тіла, протирати шкіру 2 рази на добу оптовою водою (одна столова ложка отцу на склянку води) або камфорним спиртом.

Для профілактики пролежнів також доцільно використовувати круг із натуральної тканини (бавовна, льон), заповнений просом. Його під-

кладають під сідниці. Усередині круга розміщують посудину, в яку збираються випорожнення і сеча.

Особливо ретельно потрібно стежити за чистотою волосся та тіла у хворих, які тривало перебувають на постільному режимі. Не можна допускати, щоб хворі лежали на підлозі, збирали сміття.

Якщо у хворого остуда, потрібно вкласти його в ліжку, виміряти температуру тіла, артеріальний тиск, запросити лікаря, давати рясне пиття, при надмірному потінні змінювати білизну.

Доглядаючи за психічнохворими, медичний персонал повинен поводити себе так, щоб пацієнти відчували, що про них дійсно піклуються. Для підтримання необхідної тиші у відділенні не можна грюкати дверима, стукати підборами під час ходьби, гриміти посудом. Уночі в палатах не можна вступати в суперечки з хворими. Особливо обережним потрібно бути в розмовах із хворими, які страждають на маячні ідеї переслідування.

Крім пильного спостереження за хворими для запобігання нещасним випадкам слід стежити за тим, щоб у відділенні не було гострих і небезпечних предметів. Також потрібно стежити, щоб хворі не збирали на прогулянці битого скла, не приносили з майстерень голок, гачків, ножиць, під час побачень родичі не передавали їм небезпечні предмети та речі. Обслуговуючий персонал повинен здійснювати ретельний огляд і прибирання території, де гуляють хворі.

Медичний персонал психоневрологічної лікарні повинен звертати увагу на те, що робить хворий і як він проводить день, чи прагне він лежати в ліжку, чи в одній позі або мовчки ходити по палаті або коридору; якщо він розмовляє, то потрібно знати, з ким і про що. Потрібно уважно стежити за настроєм хворого, вночі — за його сном (ходить по палаті, зовсім не спить).

Часто у хворого змінюється стан: спокійний хворий стає збудженим і небезпечним для оточення, веселий — похмури і відлюдкуватим; раптово можуть виникнути страх і розпач, розвинутихся напад. У таких випадках медична сестра вживає потрібних заходів і викликає чергового лікаря.

Іноді хворий відмовляється від будь-якої їжі і пиття, або ж не їсть, але п'є, або споживає лише певну їжу тощо. Усе це персонал психіатричної лікарні повинен помічати. Якщо хворий відмовляється від їжі, то передусім потрібно спробувати його вмовити поїсти. Лагідний, терплячий і чуйний підхід до хворого має вирішальне значення.

Постійна зацікавленість тим, як почувається хворий, чим займається, привітність, чітке виконання своїх функціональних обов'язків дає

зможу досягти добрих результатів у догляді за хворими психіатричного профілю.

Хворі з маніакальними станами переоцінюють власну особистість, вирізняються формальною критикою власного стану, підвищеною руховою активністю. Під час бесіди звертають увагу на особливості формування особистості, характеру пацієнтів цієї групи. Необхідно контролювати вживання таблетованих лікарських засобів: за відсутності критичного ставлення до свого стану хворі можуть приховувати таблетки.

Діагноз пресенільного психозу правомірний лише у випадках захворювань, які вперше виникли в період інволюції. При цьому, однак, дуже складно диференціювати пресенільний психоз від пізньої шизофренії та маніакально-депресивного психозу. Відмежування від інших захворювань, які виникають в інволюційному віці, полегшується за відсутності розладів, властивих атеросклерозу судин головного мозку і старечого слабоумства.

Для лікування інволюційних депресій використовують антидепресанти (амітриптилін тощо) у поєднанні з нейролептиками (аміназин, тіоридазин (сонапакс), еглоніл, хлорпротиксен). При резистентних станах, крім психотропних засобів, показана електросудомна терапія. При інволюційних параноїдах призначають нейролептики (трифтазин, галоперидол, триседил, лепонекс).

Під час нападу при епілепсії хворий раптово непритомніє, падає і б'ється в судомах. Такий напад може тривати до 1—3 хв. Щоб захистити хворого від забиття під час нападу вночі, його кладуть на низьке ліжко. Під час нападу в чоловіків потрібно негайно розстебнути комір сорочки, пасок, штани, а в жінок — спідницю; хворого покласти горілиць, голову повернути набік.

Якщо хворий впав під час нападу на підлогу, потрібно підкласти йому під голову подушку і зосередити всю увагу на тому, щоб запобігти забиттю, ушкодженню при судомах, причому утримувати в цей час хворого непотрібно.

Для того щоб хворий під час нападу не прикусив язика, медична сестра вкладає йому між кутніми зубами ложку, обгорнуту марлевою серветкою. Не можна вставляти її між передніми зубами, тому що під час судом вони можуть зламатися. У жодному разі не можна вставляти в рот дерев'яний шпатель: під час нападу він може зламатися, і хворий може вдавнитися його уламком або отримати поранення порожнини рота.

Якщо напад почався під час їди, то медична сестра повинна негайно очистити рот хворого, щоб запобігти асфіксії.

Після закінчення нападу хворого вкладають у ліжко. Після кількох годин сну хворий прокидається, про напад нічого не пам'ятає, тому і повідомляти йому про нього не варто. Якщо у хворого під час нападу відбувся акт сечовипускання, потрібно здійснити туалет і змінити білизну.

### Контрольні запитання

1. Схарактеризуйте сучасний стан проблеми поширення депресивних розладів.
2. Дайте визначення депресивного стану.
3. Назвіть клінічні прояви маскованих депресій.
4. Які типи ставлення рідних до психічних розладів у близької людини можна спостерігати?
5. Назвіть особливості психології хворих на депресію з переважанням тужливого афекту.
6. Які особливості догляду і спостерігання за хворими з депресивними розладами?
7. Яку допомогу надають родичам хворих із депресивними розладами?
8. Назвіть особливості хворих у маніакальному стані.
9. Яку допомогу надають хворим у маніакальному стані?
10. У чому полягає допомога родичам хворих з афективними розладами?
11. Зазначте етіологію, клінічну картину, стадії церебрального атеросклерозу.
12. Назвіть патогенез психічних розладів при церебральному атеросклерозі.
13. У чому полягає особливість догляду за хворими на епілепсію?
14. Як допомогти хворому в депресивному стані?
15. Як запобігти самогубству хворого?
16. Чого можна чекати від пригнічених хворих?
17. У чому полягає догляд за збудженими хворими?
18. Як доглядати за ослабленими хворими?
19. Зазначте роль медичної сестри в догляді за хворим із маніакальним психозом.
20. Як запобігти пролежням у лежачих хворих?

## Розділ 12

### Епілепсія

**Епілепсія** (від грец. *epilambano* — схопити, нападати) — хронічне захворювання, що проявляється різноманітними судомними і несудомними нападами, а також типовими змінами особистості, психозами, у тяжких випадках — розвитком специфічного слабоумства.

Уперше епілепсію описав Гіппократ (460—377 р. до н. е.), який пов'язував її з ураженням головного мозку і вважав спадковою патологією. Крім того, він описав епілептичні напади з повним і частковим знепритомненням, аурую. Термін «аура» також запозичено з грецької, він означає «бриз», «легкий вітерець», нагадує слово «повітря» — «air». У медичну літературу він потрапив із легкої руки хворого на епілепсію, який схаактеризував своє відчуття перед нападом, як «подих прохолодного легкого вітерця з моря».

Серед відомих людей на епілепсію страждали Піфагор, Демокрит, Сократ, Олександр Македонський, Юлій Цезар, Плутарх, Авіценна (Ібн Сіна), Іван Грозний, Петро I, Мольєр, Наполеон, Ф.М. Достоєвський (у родині останнього було 20 осіб, хворих на епілепсію), Л.М. Толстой.

У 75 % випадків епілепсія починається в дитячому та підлітковому віці.

Поряд із власне епілептичною хворобою епілептичні компоненти можуть бути властиві й низці інших захворювань (травматичним ураженням головного мозку, судинним захворюванням, енцефаліту та ін.) — так званий *епілептиформний синдром* (симптоматична епілепсія).

Поширеність епілепсії серед населення становить 0,3—0,5 %. Етіологію (причину) епілепсії досі не з'ясовано; велике значення в її походженні приділяють спадковим чинникам і ураженню скроневих ділянок головного мозку — *скронева епілепсія*.

У походженні епілепсії має значення поєднання схильності й органічного ураження мозку (порушення внутрішньоутробного розвитку, пологова асфіксія, механічні ушкодження під час пологів, інфекції, черепно-мозкова травма та ін.). У давнину причинами епілепсії вважали переїдання, порушення травної функції шлунка, тривале перебування на сонці, часті статеві акти, малорухливий спосіб життя, недостатню фізичну активність, а також виконання фізичних вправ або тяжкої фізичної роботи на повний шлунок, переляк та ін. Помічали, що до епілепсії більше схильні діти та підлітки, люди, що мешкають в умовах спекотного клімату з переважаючим південним вітром. Крім вищезазначених, причинами нападів епілепсії також вважали:

- переїзд у сиру й вітряну місцевість;
- різкі запахи;
- постійний рух, спостереження з висоти за предметами, що швидко падають або кружляють;
- тривале перебування в лазні, відвідування її відразу після їди, обливання голови гарячою водою;
- уживання непрозорого та старого вина;
- надмірне споживання селери, сочевиці, кінських бобів, часнику, цибулі, солодоців, молока, надто жирної їжі;
- сильні страждання.

Причиною **епілептичного нападу** є поширення надмірних нейронних розрядів із вогнища епілептичної активності на весь мозок (генералізований напад) або його частину (парціальний напад). Епілептичне вогнище може виникати на короткий час при гострих захворюваннях мозку, наприклад, при порушенні мозкового кровообігу, менінгіті, що супроводжується так званими випадковими епілептичними нападами. При хронічних мозкових захворюваннях (пухлини, паразитарні захворювання та ін.) епілептичне вогнище більш стійке, що призводить до появи вторинних нападів (епілептичний синдром). При епілепсії як захворюванні вторинні напади зазвичай є наслідком дії стійкого епілептичного вогнища у вигляді ділянки патологічних змін. Важливою ланкою патогенезу епілепсії є ослаблення функціональної активності структур, що справляють антиепілептичний вплив (сітчасте ядро моста мозку, хвостате ядро, мозочок та ін.). Це призводить до періодичного «прориву» епілептичного порушення, тобто до епілептичних нападів. Ушкодження, що спричиняють напади, особливо часто виникають у медіально-базальних відділах скроневої частки (скронева епілепсія).

### Класифікація епілепсії за МКХ-10

G40.0 Локалізована (фокальна) (парціальна) ідіопатична епілепсія і епілептичні синдроми із судомними нападами з фокальним початком  
Доброякісна дитяча епілепсія з піками на ЕЕГ у центральній-скроневій ділянці

Дитяча епілепсія з пароксизмальною активністю на ЕЕГ у поглибленій ділянці

G40.1 Локалізована (фокальна) (парціальна) симптоматична епілепсія й епілептичні синдроми із простими парціальними нападами  
Напади без зміни свідомості

Прості парціальні напади, що переходять у вторинні генералізовані напади

G40.2 Локалізована (фокальна) (парціальна) симптоматична епілепсія й епілептичні синдроми з комплексними парціальними судомними нападами

Напади зі зміною свідомості, часто з епілептичним автоматизмом

Комплексні парціальні напади, що переходять у вторинні генералізовані напади

G40.3 Генералізована ідіопатична епілепсія й епілептичні синдроми

Доброякісні:

\* міоклонічна епілепсія раннього віку

\* неонатальні судоми (сімейні)

Дитячі епілептичні абсанси (пікнолепсія)

Епілепсія з великими судомними нападами (grand mal) при пробудженні

Ювенільна:

\* абсанс-епілепсія

\* міоклонічна епілепсія (імпульсивний малий напад (petit mal))

Неспецифічні епілептичні напади:

\* атонічні

\* клонічні

\* міоклонічні

\* тонічні

\* тоніко-клонічні

G40.4 Інші види генералізованої епілепсії й епілептичних синдромів

Епілепсія з:

\* міоклонічними абсансами

\* міоклоно-астатичними нападами

Дитячі спазми

Синдром Леннокса—Гасто

Сааламів тик

Симптоматична рання міоклонічна енцефалопатія

Синдром Уеста

G40.5 Особливі епілептичні синдроми

Епілепсія парціальна безперервна (Кожевнікова)

Епілептичні напади, пов'язані з:

\* вживанням алкоголю

\* застосуванням лікарських засобів

\* гормональними змінами

\* позбавленням сну

\* впливом стресових факторів

За необхідності ідентифікувати лікарський засіб використовують додатковий код зовнішніх причин (клас XX)

G40.6 Напади grand mal, неуточнені (з малими нападами (petit mal) або без них)

G40.7 Малі напади (petit mal), неуточнені без нападів (grand mal)

G40.8 Інші уточнені форми епілепсії

Епілепсія й епілептичні синдроми, не виявлені як фокальні або генералізовані

G40.9 Епілепсія, неуточнена

Епілептичні:

\* конвульсії БДВ

\* напади БДВ

\* судоми БДВ

G41 Епілептичний статус

G41.0 Епілептичний статус grand mal (судомних нападів)

Тоніко-клонічний епілептичний статус

Виключено: епілепсія парціальна безперервна (Кожевнікова) (G40.5)

G41.1 Епілептичний статус petit mal (малих нападів)

Епілептичний статус абсансів

G41.2 Складний парціальний епілептичний статус

G41.8 Інший уточнений епілептичний статус

G41.9 Епілептичний статус, неуточнений

Виключено:

параліч Тодда (G83.8)

синдром Ландау—Клеффнера (F80.3)

судомний напад БДВ (R56.8)

епілептичний статус (G41.0).

Раніше використовували терміни «генуїнна епілепсія» (або справжня епілепсія) і «епілептиформний синдром». Останнім зазвичай об'єднували судомні синдроми, що мали іншу причину (травму, інтоксикацію, гіпертермію та ін.).

### Класифікація епілептичних нападів

**Абсанс** (від фр. *absence* — відсутність; малі напади, або petit mal) — один із різновидів епілептичного нападу — симптому епілепсії.

**Типовий абсанс** характеризується раптовим короткочасним потьмаренням свідомості. Людина раптово, без жодних попередніх про-

вісників (аури), перестає рухатися, ніби кам'яніє. Погляд її спрямований перед собою, вираз обличчя не змінюється. При цьому на зовнішні подразники хворий не реагує. Під час абсансу хворий на питання не відповідає. Через кілька секунд нормальна психічна діяльність відновлюється. Спогаду про абсанс хворий не має, а тому для нього він лишається непоміченим. Абсанси з'являються не раніше 5—6-річного віку. У дітей до 4 років абсансів не буває, тому що для появи цього феномена потрібна певна зрілість мозку. Характерною ознакою абсансів є висока частота, що в тяжких випадках становить десятки і навіть сотні нападів за добу.

Діагностичні критерії простих абсансів:

- тривалість — кілька секунд;
- відсутність реакції хворого, що перебуває в непритомному стані, на жодні зовнішні подразники;
- відсутність спогаду про типовий абсанс. Такий хворий вважає, що нічого не відбулося, і він увесь час перебував у притомному стані;
- специфічна ЕЕГ-ознака — генералізована пік-хвильова активність із частотою 3 Гц.

**Складний абсанс** — це такий стан, за якого на тлі потьмарення свідомості спостерігають характерні й однакові для конкретного хворого феномени. Це може бути і так званий абсанс-автоматизм, що характеризується стереотипно повторюваними руховими актами: рухами губ або язика, жестами, звичними автоматизованими діями (впорядкування одягу, зачіски та ін.). Досить часто складні абсанси супроводжуються підвищенням м'язового тону. У цьому випадку спостерігають розгинання шиї, яке супроводжується заковуванням очних яблук, іноді вигином тулубу назад. У тяжких випадках вигин тулуба поєднується із кроком назад для збереження рівноваги. У поодиноких випадках потьмарення свідомості супроводжується втратою м'язового тону та подальшим падінням (*атонічний абсанс*).

Складні абсанси потребують меншої зрілості мозку, а тому можуть виникати у більш ранньому віці — до 4—5 років.

Діагностичні критерії складних абсансів:

- тривалість — кілька десятків секунд;
- можливість провести хворого, що перебуває в несвідомому стані, за собою кілька кроків, тримаючи його за руку;
- наявність у хворого, у якого був складний абсанс, відчуття, що з ним відбулося щось незвичне. Зазвичай він пам'ятає і про факт знепритомнення.

**Фокальний напад.** Його ще називають «парціальний» (частковий). Це епілептичний напад, що перебігає без потьмарення свідомості. До його різновидів належать:

- моторний напад;
- сенсорний напад;
- вегетативний напад.

Часто перед нападом з'являється так звана аура — різні відчуття, що виникають у хворого перед початком нападу і є його провісниками. Низка авторів вважає ауру першою фазою нападу. Аура може бути найрізноманітнішою залежно від того, у якій ділянці мозку локалізується так звана епілептогенна зона.

Розрізняють *сенсорну, моторну, вегетативну* та *психічну ауру*. Серед різновидів сенсорної аури найчастіше спостерігають нюхові, зорові, слухові і смакові. Хворий перед початком нападу може відчувати якийсь запах, іноді незвичайний за своїм характером. Нюхова аура може комбінуватися з відчуттям смаку (гіркоти, присмаку металу). Зорова аура може мати різноманітний характер: відбувається звуження поля зору, перекручування форми предметів, їхньої величини. Іноді з'являються зорові галюцинації у вигляді спалахів блискавки, іскор або більш оформлені галюцинації — поява людської фігури, пейзажу. Слухова аура полягає в сприйнятті особливого звуку, лементу або звучання мелодії.

Моторна аура проявляється яким-небудь стереотипним рухом (голови, шиї, кінцівки, очей), що іноді має складний характер (вибивання чечітки).

Дуже різноманітні прояви вегетативної аури: кардіальна (неприємні відчуття в ділянці серця), епігастральна й абдомінальна аури (неприємні відчуття в ділянці черевної порожнини), що іноді супроводжуються нудотою і посиленою перистальтикою. Можуть виникати позиви до сечовипускання або дефекації, одностороннє похолодання кінцівок.

На особливу увагу заслуговує психічна аура: відчуття страху, туги або, навпаки, безпідставний приплив радості та щастя. Іноді у хворого виникає відчуття, що він перебуває в незвичній йому обстановці, що він ніколи раніше її не бачив (симптом ніколи не баченого — *jamais vu*), або, навпаки, усе здається колись пережитим, знайомим (симптом уже баченого — *deja vu*). Один із хворих, за яким спостерігав автор, відчував невимовний захват, який він інтерпретував як спілкування з Богом. У цьому випадку він був солідарний зі стародавніми греками, які вважали напади епілепсії сходженням милості богів на людину.

Аура зазвичай переходить у великий епілептичний напад. Іноді хворий, відчувши ауру, може лягти на підлогу, щоб уникнути травм.

**Великий епілептичний напад.** Його ще називають «розгорнутий», або «генералізований». У разі великого епілептичного нападу хворий раптово непритомніє, падає як підкошений (отримуючи іноді при цьому значні тілесні ушкодження); з'являються тонічні судоми, обличчя перекосене, голова й очі часто повернені вбік; щелепи стиснуті, відбувається судомне звуження голосової щілини, унаслідок чого виникає голосний безглуздий лемент. Розвивається різке тонічне скорочення м'язів усього тіла, як наслідок — шкіра обличчя спочатку блідне, потім синіє, надимаються вени шиї, набрякає обличчя. Зіниці хворого розширені, на світло не реагують. Ця тонічна фаза великого епілептичного нападу триває впродовж кількох секунд і змінюється фазою клонічних судом.

Під час наступної фази (фази клонічних судом) подих хворого відновлюється, стає гучним і хрипким, зникає ціаноз. На обличчі, тулубі й кінцівках виникають швидкі мимовільні скорочення окремих м'язів, з рота виділяється піниста слина, часто забарвлена кров'ю внаслідок прикушування язика. Розслаблюються м'язи-замикачі й нерідко виникають мимовільне сечовипускання та дефекація.

Фаза клонічних судом триває 2—3 хв і переходить у наступну фазу нападу — *сопорозний стан*, що може тривати кілька годин і нагадує звичайний сон, який відрізняється від природного глибиною кіркового гальмування. Після закінчення нападу впродовж деякого часу хворий відчуває загальну слабкість, скаржитися на біль голови. Після пробудження хворі не пам'ятають про напад.

У поодиноких випадках може розвиватися й епілептичне порушення із сутінковим потьмаренням свідомості: хворий автоматично виконує стереотипні дії. Під час такого нападу нерідкі виникають травми не лише від падіння, а й прикушування язика (від підшкірних крововиливів до глибоких ран). Можливі й переломи кісток, і відривання м'язів від них, отримані внаслідок сильного судомного скорочення м'язів.

При *парціальних епілептичних нападах* симптоматика може бути елементарною (наприклад, вогнищеві клонічні судоми) або складною (напади нав'язливих думок, психомоторні напади-автоматизми, психо-сенсорні напади зі складними розладами сприйняття). В останніх випадках спостерігають галюцинаторні феномени, ознаки деперсоналізації і дереалізації: стани уже баченого, ніколи не баченого (див. вище), відчуття відсторонення від зовнішнього світу, власного тіла та ін. Подібні розлади з'являються і в аурі перед великим судомним нападом, але в цьому разі вони не змінюються цим видом нападу.

**Абортивні й атипові судомні напади** характеризуються лише окремими компонентами розгорнутого нападу (лише тонічне м'язове

напруження або лише клонічні пароксизми, міоклонії, судомні спазми), зазвичай незавершеними і короткочасними. Можливі також раптова втрата м'язового тону, непритомні стани, розлади сну з ходінням уві сні з амнезією, психосенсорні розлади (зміна самовідчуття, парестезії). Еквіваленти судомних нападів — сутінкові стани свідомості, амбулаторний автоматизм, сомнамбулізм (лунатизм, ходіння уві сні), напади дисфорії. Є теорія, згідно з якою запійні стани є еквівалентом судомних нападів.

Парціальний напад може перейти в генералізований (вторинно генералізований напад). До *вторинних генералізованих нападів* також належать напади, яким передують аура (провісник): моторні, сенсорні, вегетативні або психічні феномени, з яких починається напад і про які хворий пам'ятає.

**Епілепсія Джексона, або парціальна епілепсія**, характеризується нападами клонічних судом, що виникають у певних групах м'язів і поширюються в певній послідовності, що відповідає розташуванню рухових центрів у передцентральної звивині. Напад парціальної епілепсії перебігає без потьмарення свідомості. Іноді після нападу спостерігають тимчасовий парез кінцівки, в якій виникали судоми. Періодично судомні скорочення поширюються на велику кількість м'язів і на висоті нападу хворий непритомніє, тобто виникає великий епілептичний напад.

Під час неврологічного обстеження цих хворих зазвичай виявляють симптоми органічної патології головного мозку, пов'язані з ураженням перед- або зацентральної звивини.

Напади можуть бути спричинені пухлиною, абсцесом, кістою, цистицеркозом, сифілісом, туберкульозом, арахноїдитом, що розвинувся після менінгоенцефаліту або травми.

**Епілепсія Кожевнікова**, описана в 1894 р. невропатологом О.Я. Кожевниковим, характеризується постійними клонічними судомами в певній групі м'язів.

Постійний характер судомних скорочень відрізняє цю форму від епілепсії Джексона, при якій вони виникають епізодично. Судоми зазвичай локалізуються в одній кінцівці, частіше у верхній. Для епілепсії Кожевнікова також характерний періодичний перехід постійних судом у загальний епілептичний напад. В одного із перших хворих, описаних О.Я. Кожевниковим, увесь час був тремор однієї руки, через що він притискав руку до тулуба, щоб зменшити тремтіння. Тільки-но амплітуда тремтіння збільшувалася, відбувався великий напад.

Установлено, що такі судоми найчастіше є наслідком перенесеного клішового енцефаліту. Однак цей синдром може бути зумовлений й іншими захворюваннями: сифілісом, цистицеркозом.

Перебіг епілепсії значною мірою залежить від її форми. Так, у дітей розрізняють абсолютно сприятливі (пікноепілепсія) і несприятливі (синдром Ленокса—Гасто) форми епілепсії. У дорослих у разі відсутності лікування епілепсія в більшості випадків прогресує, що проявляється поступовим збільшенням частоти нападів, виникненням інших типів пароксизмів (поліморфізм), приєднанням до нічних нападів денних, схильністю до розвитку серій нападів, або епілептичного статусу, виникненням характерних змін особистості аж до кінцевих станів, визначених як епілептичне слабоумство.

**Епілептичний статус** — це стан, при якому епілептичні напади виникають один за одним (зазвичай понад 30 хв), і в проміжках між нападами хворий не опритомнює. Статус може виникати як ускладнення епілепсії або бути її початком. Причому новий пароксизм настає, коли ще не відбулася ліквідація порушень в організмі, зокрема й у центральній нервовій системі, спричинених попереднім нападом. При цьому порушення роботи органів і систем прогресивно накопичуються. Якщо ж у паузах між нападами (або їхніми серіями) стан хворого відносно нормалізується, свідомість тією чи іншою мірою відновлюється, а прогресивного порушення роботи органів і систем не спостерігають, то такий стан називають «серійні епілептичні напади», і він якісно відрізняється від епілептичного статусу. Патолофізіологічна основа всіх різновидів епілептичного статусу в принципі однакова; різниця полягає лише в повноті залучення мозку в епілептичну активність.

Підґрунтям епілептичного статусу є безперервна (або переривчаста, але часто повторювана) пароксизмальна колективна електрична активність нейронів головного мозку. Надалі відбувається поширення патологічного збудження по нейронних колах, як це буває в міокарді при фібриляції, що призводить до підтримання цього стану за принципом вадного кола. Залежно від ступеня залучення різних відділів мозку в цю активність (іншими словами, залежно від ступеня генералізації нападів), характер епілептичного статусу може бути різним. Радикальною відмінністю епілептичного статусу від одиничного епілептичного нападу є нездатність організму до його купірування. Під час статусу обов'язково відбувається глибоке (до коми) порушення свідомості.

Серед додаткових методів дослідження найбільше значення має ЕЕГ, при якій виявляють спайки, пік, гострі хвилі, ізольовані або в поєднанні з наступною повільною хвилею (так звані пік-хвильові ком-

плекси). Зазначені зміни можна спричинити спеціальними методами провокації — гіпервентиляцією, ритмічною світловою стимуляцією, введнням коразолу та ін. Найбільший провокувальний вплив на епілептичну активність справляє сон або, навпаки, 24-годинне позбавлення сну, що дає змогу виявляти епілептичні ознаки в 85—100 % випадків. ЕЕГ-дослідження сприяє також уточненню локалізації епілептичного вогнища і характеру епілептичних нападів.

## Епілепсія в дітей

Клінічні прояви епілепсії в дітей різноманітні. Передусім варто зазначити, що в дітей першого року життя зазвичай спостерігають тонічні напади; клонічний же компонент нападу формується в старшому віці.

При генералізованих нападах діти зазвичай раптово непритомніють і падають, стогнучи або лементуючи. Настає тонічна фаза нападу, що супроводжується різким напруженням усіх м'язів: закидання голови, ціаноз обличчя з виразом страху, розширення зіниць з відсутністю реакції на світло, стискання щелеп, згинання рук у ліктьових суглобах, витягування нижніх кінцівок. Після цього настає клонічна фаза: судоми верхніх і нижніх кінцівок, іноді відбуваються мимовільне сечовипускання й дефекація. Поступово судоми стають більш рідкими й менше вираженими (м'язи розслаблюються, знижуються сухожилкові рефлекси). Діти перестають реагувати на оточення, засинають (або ж опритомнюють у стані повної амнезії).

**Пікнолепсія** — це форма епілепсії в дітей віком 4—10 років, що проявляється множинними короткими, частими нападами у вигляді закидання голови, заочування очей, підвищення тону м'язів без клонічних судом, втрати рівноваги, змін психічного статусу. При цьому хворий не пам'ятає про напад.

Абсанси (так звані малі напади) в дітей проявляються короткочасним (упродовж кількох секунд) потьмаренням свідомості з подальшою амнезією. При цьому судоми та інші рухові розлади можуть і не виникати.

Міоклонічні судоми (*інфантильні спазми*) характеризуються наявністю своєрідних спазмів (переважно згинального типу), прогресивним перебігом, а також специфічними змінами на ЕЕГ.

Прояви парціальних нападів у дітей по-різному впливають на збереження свідомості під час нападу (прості парціальні напади відбуваються без порушення свідомості, складні ж парціальні напади, що перебігають у вигляді судом Джексона, адверсивних нападів тощо, поєднуються з порушенням свідомості).

Можливий розвиток судомних нападів у дітей на тлі високої температури тіла. При цьому небезпечним може бути вже підвищення температури тіла до 38—39 °С.

Допомогу потрібно надавати за такими напрямками: зниження температури тіла, ужиття протисудомних заходів, усунення основної причини гіпертермії, боротьба з іншими загрозливими проявами.

Для зниження температури тіла використовують фізичні та медикаментозні методи охолодження. Дитину роздягають; на ділянку навколо великих судин (на шию, пахвову ділянку) накладають грілки або міхури з льодом або холодною водою. В окремих випадках використовують метод краніоцеребральної гіпотермії. Можна обдувати шкірні покриви за допомогою вентилятора, обтирати шкіру 40 % розчином спирту. Якщо немає судом, промивають водою шлунок (температура води — 4—5 °С), кишки (температура води — 16—18 °С) за допомогою зонда або груші. Використовують також обгортання тканиною, змоченою прохолодною водою (температура води — 12—14 °С).

Гіпертермічний ефект можна швидко купірувати за допомогою анальгину, у чистому вигляді або в суміші з димедролом. Дітям анальгін вводять внутрішньом'язово з розрахунку 0,1—0,2 мл 50 % розчину або 0,2—0,4 мл 25 % розчину на 10 кг маси тіла.

Щоб усунути причину гіпертермії, ацидоз та інші порушення, застосовують загальноприйняті методи.

Показані протисудомні засоби, зокрема сибазон, який вводять внутрішньом'язово у дозі 0,05 мг/кг або ректально — 0,05—0,2 мг/кг.

Призначають внутрішньом'язово або внутрішньовенно 50—100 мг/кг 20 % розчину натрію оксибутирату, розведеного в 20 мл 5—10 % розчину глюкози.

**Спазмофілія** — захворювання, зумовлене зниженням вмісту кальцію в крові, що характеризується періодичним виникненням судом. Спазмофілія може розвиватися в дітей у перші два роки життя, у більшості випадків на тлі рахіту. Виникненню захворювання сприяють недостатній догляд за дитиною, неправильне вигодовування, нерегулярне або недостатнє перебування її на свіжому повітрі. Захворювання перебігає в прихованій і явній формі. Прихована форма проявляється лише підвищеною нервовою збудливістю дитини. У разі приєднання інших захворювань, загострення рахіту ця форма переходить у розгорнуту, що характеризується виникненням судом у різних м'язах. Частіше виникає судомне скорочення (спазм) м'язів голосової щілини і її звуження під час лементу або плачу.

При цьому дитина стогне або з її горла виривається звук, що нагадує кукурікання півня. У більшості дітей через кілька секунд дихання відновлюється, але іноді може зовсім припинитися. У деяких дітей виникає спазм м'язів кистей і стоп, що може тривати від кількох годин до кількох днів. Рідше розвиваються судоми м'язів грудної клітки і бронхів, які небезпечні через ризик тривалої затримки дихання.

Найнебезпечніший прояв спазмофілії — загальні судоми з потьмаренням свідомості. При цьому спочатку з'являються блідість, посмикування м'язів обличчя, а потім — загальні судоми. Голова хворого закинута; виникає слинотеча, губи синіють, порушується дихання. Можливі мимовільні сечовиділення та дефекація. Судоми можуть з'являтися кілька разів на день. Зазвичай вони тривають до 20—30 хв, а потім припиняються, не лишаючи жодних наслідків. У рідких випадках може настати смерть унаслідок зупинки дихання або серцевої діяльності. Із появою судом необхідно терміново викликати лікаря. До його приходу при утрудненні дихання необхідно забезпечити надходження свіжого повітря, внаслідок дихання киснем із кисневої подушки. За наявності рекомендацій лікаря до його приходу дитині можна дати 1 чайну або 1 десертну ложку 10 % розчину кальцію хлориду або 4—6 таблеток кальцію глюконату.

Прогноз за своєчасного лікування сприятливий. Лікування полягає в призначенні протисудомних, протирахітичних засобів, уведенні великих доз кальцію.

Сучасні принципи діагностики епілепсії припускають широке використання таких методів, як електросенсфалографія (ЕЕГ), комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ). За потреби використовують й інші діагностичні методи. Діагноз епілепсії вважають підтвердженим у разі поєднання пароксизмальних нападів і специфічних змін під час ЕЕГ-дослідження.

Із часом людина, що страждає на епілепсію, змінюється, набуваючи певних рис особистості. У психіатрії їх визначають як «епілептоїдні», а в тяжких випадках як «епілептичний характер».

Відомі кілька його варіантів:

а) збудливі, агресивні люди із сильними та непереборними потягами. Після спалахів агресії хворий може каятися, просити пробащення, усвідомлювати неправильність своєї поведінки, обіцяти виправитися;

б) повільні люди з домінуванням млявих афектів, інертності думки. Такі особи схильні до дріб'язковості, скнарості, педантичності й акуратності, але ці якості в них найчастіше набувають абсурдних проявів;

в) хворі, схильні до тяжких розладів настрою (дисфорій), що настають без зовнішніх причин у вигляді нападу похмурої, злісної тужливості, невдоволеності, що триває від кількох годин («встав не з тієї ноги») до кількох днів. Пацієнти схильні до накопичення реальних і удаваних образ і мстиві.

### Лікування епілепсії

Хворих на епілепсію лікують безперервно й тривало. Основу терапії становлять протиепілептичні препарати.

Підбір медикаментів і їх дозування мають бути індивідуальними та залежати від особливостей нападів, їхньої частоти, періодичності, віку хворого. Чимале значення має досвід лікаря та вартість препарату. Нині прийнято схему призначення одного препарату одноразово. Деякі вчені висловлюють припущення про доцільність проведення терапії лише після другого нападу, оскільки перший може мати будь-які причини й більше ніколи не повторитися.

Розрізняють три покоління протиепілептичних препаратів:

- фенобарбітал, фенітоїн, суксинімід, дифенін;
- солі вальпроєвої кислоти, карбамазепін;
- вігабатрин, окскарбазепін, фелбамат, ламотриджин, топірамат.

Препарати призначають у таких дозуваннях: фенобарбітал — 2—3 мг/кг, бензонал — по 7—10 мг/кг, гексамідин — по 10—15 мг/кг на добу, дифенін — 5—7 мг/кг, карбамазепін (фінлепсин) — по 8—20 мг/кг на добу, етосуксимід (суксилеп), триметин — 10—25 мг/кг, клоназепам (антелепсин) — по 0,05—0,15 мг/кг на добу. Дозування похідних вальпроєвої кислоти (конвулекс, ацедипрол та ін.) варіюють у широких межах: від 15 до 40 мг/кг і більше на добу.

Останніми роками для лікування епілепсії найчастіше застосовують препарати другої генерації: солі вальпроєвої кислоти і карбамазепіни. Ці препарати, на відміну від препаратів першої генерації, рідше зумовлюють побічні ефекти і високоефективні за різних типів нападів. *Препарати вальпроєвої кислоти* належать до препаратів широкого спектра. Вальпроати високоефективні як при генералізованих, так і при парціальних нападах (із вторинною генералізацією або без такої), рекомендовані як засоби першої лінії вибору для лікування всього спектра генералізованих нападів і фокальних нападів із вторинною генералізацією. Перевага вальпроатів полягає в тому, що вони зберігають і навіть поліпшують когнітивні (пізнавальні) функції дитини, не зумовлюючи зайвої загальмованості, забезпечуючи повноцінне життя.

*Карбамазепіни* є препаратами першої лінії вибору при фокальних і вторинно генералізованих нападах.

Щоб уникнути токсичних ефектів під час проведення терапії кількома препаратами, необхідне перерахування дози протиепілептичних препаратів на фенобарбіталовий коефіцієнт. Він становить для фенобарбіталу умовну одиницю (1), дифеніну — 0,5, бензоналу — 0,5, гексамідину — 0,35, карбамазепіну — 0,25, етосуксиміду — 0,2, триметину — 0,3, вальпроєвої кислоти — 0,15. Сумарна доза в умовному перерахуванні на фенобарбітал не повинна перевищувати 0,5—0,6 г на добу.

Під час лікування необхідний систематичний контроль за станом хворих (дослідження крові й сечі не рідше 1 разу на місяць). Із появою ознак інтоксикації (біль голови, порушення сну, запаморочення, зміни в крові та ін.) дози препаратів тимчасово зменшують, додатково призначають полівітаміни та антигістамінні препарати. Із появою ускладнень відповідні препарати доводиться скасовувати. Будь-які зміни в лікуванні протиепілептичними препаратами потрібно проводити обережно й поступово. Самостійна перерва в застосуванні цих препаратів може призвести до обтяження стану.

Поряд із медикаментозною терапією залежно від виявлених під час захворювання змін проводять курсове лікування засобами дегідратаційної, судинної дії. Критерієм закінчення протиепілептичного лікування є не менше ніж трирічна ремісія за сприятливої динаміки ЕЕГ. Препарати відмінюють поступово впродовж 1—2 років.

У разі неефективності тривалого консервативного лікування епілепсії потрібно вирішувати питання про хірургічне лікування, що полягає у видаленні вогнища патологічних змін, які є причиною нападів. Найчастіше це видалення кіст, пухлин, наслідків травматичних ушкоджень, але практикують і резекцію скроневої частки.

При епілепсії можуть виникати невідкладні стани, що потребують негайних заходів у зв'язку із загрозою для здоров'я та життя хворого або людей, які його оточують. Такими є епілептичний статус і гострі психотичні стани. При епілептичному статусі необхідно видалити сторонні предмети з порожнини рота, увести повітровід, зробити внутрішньовенну ін'єкцію 10 мг сибазону, розчиненого в 20 мл 40 % розчину глюкози, або внутрішньом'язово ввести 5—10 мл 10 % розчину натрію тіопенталу. Хворих спрямовують у реанімаційне відділення багатопрофільних лікарень, де у разі продовження нападів застосовують тривалий дозований наркоз. При епілептичному статусі, який не вдається купірувати, проводять тривалий наркоз закисно-азотно-кисне-

вою сумішшю на м'язових релаксантах під час керованого дихання, краніоцеребральну гіпотермію. Обов'язковою є корекція метаболічних розладів.

При гострих психотичних станах, які перебігають із порушенням свідомості (дисфорія, сутінкові стани та ін.), варто застосувати нейролептики: 1—3 мл 2,5 % розчину тизерцину внутрішньом'язово, 1 мл 0,5 % розчину галоперидолу внутрішньом'язово. При тяжких депресіях уводять антидепресанти: меліпрамін або амітриптилін. Ін'єкції препаратів повторюють за потреби кілька разів на добу. Усі зазначені засоби застосовують лише в поєднанні з антиепілептичними препаратами.

**Профілактика епілепсії** включає превентивне протиепілептичне лікування дітей, які зазнали перинатальних уражень головного мозку, за наявності ЕЕГ-змін або характерних клінічних даних (фебрильні напади та ін.), а також осіб із черепно-мозковою травмою в анамнезі.

У дитячому віці призначають так звану кетогенну дієту (значна кількість жирів на тлі зниженого рівня білків і вуглеводів), що запобігає нападам, однак уже в пубертатному віці її ефект знижується. Як правило, таку дієту не призначають дітям віком до 1 року. Термін її дотримання — 2—3 роки, після чого можна переходити на споживання звичайної їжі.

**Експертиза.** Для хворих на епілепсію важливим є раціональне працевлаштування. Їм протипоказана робота, пов'язана з керуванням транспортними засобами й обслуговуванням працюючих механізмів, робота біля вогню і води, на висоті. Зумовлено це тим, що в разі виникнення нападу під час виконання цих видів трудової діяльності хворий може заподіяти шкоду як собі, так і людям, які його оточують. Непридатні вони і до військової служби (хоча Магомет і Цезар прославилися як полководці).

Хворому на епілепсію необхідно підібрати такий вид трудової діяльності, за якої напад не може мати серйозних наслідків для нього і його оточення, і щоб професія забезпечувала йому повноцінне життя. При цьому властива хворим на епілепсію акуратність, педантичність, посидючість може бути дуже корисною. Ера комп'ютеризації, з одного боку, дає змогу таким пацієнтам займатися надомною роботою і досягти в ній значних успіхів, з іншого — необхідно дізнатись, чи не може змінення зображення на моніторі спровокувати напад у конкретного хворого. У цих випадках рекомендують перегляд телепередач і роботу на комп'ютері за доброго освітлення, використання окулярів із заклеєним одним склом та інші заходи.

Особи, що страждають на епілептичну хворобу й засуджені до позбавлення волі, підлягають спостереганню і лікуванню в медичних закладах місць позбавлення волі. У разі стійкого погіршення стану, прогресування захворювання з формуванням ознак епілептичного слабумства хворі можуть бути звільнені від подальшого відбування покарання й спрямовані на лікування в психіатричні заклади Міністерства охорони здоров'я.

### *Клінічний випадок*

*Хворий Б., 32 роки, обвинувачується у вбивстві своєї тітки. Зі слів хворого, матеріалів кримінальної справи й медичної документації відомо, що спадковість щодо психічних захворювань не обтяжена. У дитинстві хворий переніс запалення легенів, розвивався нормально, у школу пішов у 7 років, навчався задовільно. Був спокійним, дисциплінованим, старанним учнем.*

*Після закінчення 7 класів працював у колгоспі. В армії закінчив курси шоферів, був водієм танка, а після демобілізації працював трактористом. В особовій справі є позитивна службова характеристика.*

*Алкоголь вживав помірно. У 27 років одружився, має двох дітей. Невдовзі після одруження дружина помітила у хворого «напади», під час яких він стискав руки, стогнав, очі були нерухомі. Більш розгорнуті напади у хворого спостерігав його брат. За словами брата, він падав, «корчився», з рота виділялася піна, потім вставав, ходив, залишався байдужим до всього, на звертання не реагував.*

*Сам хворий цих станів не пам'ятав, але зазначав, що свідомість його іноді ставало «мутною». Односельці відзначали, що бачили Б. на вулиці, коли він лежав у несвідомому стані.*

*Коли він працював на тракторі, з невідомої причини стали виникати аварії, у зв'язку із чим керівництво колгоспу відсторонило його від обов'язків механізатора. Зі скаргами на періодичні «напади» із потьмаренням свідомості хворий звернувся в районну поліклініку, де йому встановили діагноз: «Епілепсія». Лікування призначено не було.*

*Потім із приводу епілепсії він лікувався в інших місцях. Ліки вдома вживав нерегулярно, вважав, що вони не допомагають. Звертався до знахарів. Пізніше у хворого з'явилися розгорнуті епілептичні напади, стани раптової немотивованої люті і пригніченого настрою. Як повідомляв дружина хворого, протягом 3 міс., що передували правопорушенню, у хворого нападів не було. Але в останній тиждень вони відновилися й повторювалися по кілька разів на день. Родичі вирішили відвести його до знахаря.*

За їх свідченням, у цей день хворий поводився дивно: намагався втекти з дому, а потім раптом зайшов до квартири знахарки і сказав: «От як, в армії били і отут б'ють», поводився буйно, кричав «убити», «зарізати». Дорогою додому в машині в нього стався напад.

Наступного ранку стан Б. нормалізувався, він поспідав, грався з дітьми. Трохи пізніше його сестра відзначила, що він дуже блідий, «страшний». Не взяв принесене йому молоко, заявивши: «Годуй їм своїх дітей». Потім він приніс до неї в будинок радіолу, кинув її на диван і зі словами: «На, бери» — утік, нічого не пояснивши.

За даними свідків, увечері того самого дня Б. виганяв із двору корову. Його тітка сказала: «Нехай телиця буде в сараї», на що він відповів: «Нехай буде» і вдарив тітку кілком по голові, а потім, коли вона впала, вдарив її ще тричі. Після скоєного вбивства Б. залишався спокійним, вигляд у нього був похмурий, «очі зупинилися». «Ось як треба воювати», — сказав він братові, що підійшов, і показав на труп.

Потім хворий пішов до колодязя і став у нього дивитися. Відразу ж був затриманий. Наступного дня під час бесіди зі слідчим він погано відповідав на запитання і допитати його було неможливо. Надалі він виклав усі необхідні відомості, був орієнтований, скаржився на тяжкість у голові, нічого не пам'ятав про те, що трапилося.

**Під час обстеження встановлено:** порушень функції внутрішніх органів не виявлено; встановлено незначну неврологічну симптоматику. На рентгенограмі черепа змін не визначено. Очне дно в нормі. На ЕЕГ — порушення біоелектричної активності у вигляді повільних хвиль і окремих коливань із гострими вершинами у всіх відділеннях в поєднанні з пароксизмальною активністю.

**Психічний стан:** свідомість ясна, орієнтування всіх видів збережено. Розмовляє охоче, із зайвою деталізацією розповідає про своє життя. Важко переходить з однієї теми бесіди на іншу. Скаржиться на біль голови, погіршення пам'яті, судомні напади. Наголошує, що завжди був міцною людиною, ліки не вживав, тому що «лікувався повітрям».

Про правопорушення повідомляє, що напередодні з'явився «туман у голові», від близьких довідався, що почастішали напади. Коли ранком за ним прийшов міліціонер і велів збирати документи і речі, дуже здивувався.

У відділенні міліції «дивувався», за що могли «затримати». У камері випадково згадав, що надягали наручники. Коли повідомили про вбивство тітки, перед очима, «як уві сні», стала виникати картина, «як бере кілок і б'є тітку». Проте послідовно описати картину того,

що відбулося, не може. Готовий відбувати покарання, хоча визнає, що «цей випадок зовсім не зрозумілий». Взаємини з тіткою були гарними, і вбивати її ніколи не мав наміру, «ніколи не вбивав і вбити не міг».

У психіатричному відділенні поводить себе добре; виникли три розгорнутих епілептичних напади, після яких хворий був приголомшений.

**Висновок комісії:** хворий Б. страждає на епілепсію із судомними нападами, сутінковими розладами свідомості і змінами інтелекту. Під час скоєння правопорушення Б. перебував у стані тимчасового розладу психічної діяльності у формі сутінкового стану свідомості. Несамовитий.

За своїм психічним станом потребує примусового лікування в психіатричному стаціонарі спеціалізованого типу з інтенсивним спостереженням.

**Хвора С., 30 років,** обвинувачується в скоєнні хуліганських дій. Із матеріалів кримінальної справи, медичної документації та зі слів хворої відомо, що вона народилася у двійні. У 2 міс. перенесла дифтерію, у 1,5 року хворіла на поліомієліт, відтоді з'явилася слабкість у правій руці.

У психічному розвитку від однолітків не відставала, у школі почала вчитися з дев'яти років, навчалася задовільно. За характером була спокійною, товариською.

Із 10 років у неї з'явилися судомні напади з потьмаренням свідомості, надкушуванням губ, які виникали щодня. Через це хвору було госпіталізовано в Харківську психіатричну лікарню, де їй встановлено діагноз: «Генуїнна епілепсія».

Із 12 років відбулося різке зниження успішності, вона перестала завоювати шкільний матеріал, стала дратівливою, конфліктною; з'явилися виражені коливання настрою, періодично ставала злою, агресивною, тікала з дому.

Хвора залишила навчання в школі; було встановлено інвалідність II групи.

З 1961 р. щорічно перебувала на лікуванні в психіатричних лікарнях. У 1969 р. С. приїхала до Кисва, де намагалася потрапити у квартиру відомої співачки, тому що вважала, що має унікальні вокальні дані. Була спрямована в лікарню за місцем проживання.

Як видно з історії хвороби, хвора була нав'язлива, разом із тим збудлива, груба, зла і конфліктна. Незважаючи на проведені протисудомне лікування, у хворої виникали розгорнуті судомні напади, іноді з частотою 4—5 разів на день. Під час останнього перебування на лікуванні в психіатричній лікарні встановлено діагноз: «Епілепсія генералізована з дисфоріями та слабоумством».

Протягом кількох місяців була заміжня, але шлюб було розірвано. Була батьків, скло у вікнах, займалася дрібним злодійством, ночувала в під'їздах, один раз напала на батька й розбила йому окуляри.

У 1993 р. С. знову приїхала до Києва. У поїзді жebraкувала, погрожує пасажиром, виривала в них речі. Під час спроби затримати її напала на співробітника міліції, лаялась, погрозувала йому.

**Під час обстеження встановлено:** хвора диспластична. Внутрішні органи — без патології. Ознак вогнищового органічного ураження центральної нервової системи не виявлено.

Під час ЕЕГ виявлено дифузні зміни біоелектричної активності головного мозку з епілептиформними порушеннями в лівій скронево-тім'яній ділянці і тенденцією до генералізованих пароксизмальних проявів.

**Психічний стан:** контакт із хворою утруднений. Під час бесіди вона говорить повільно, непослідовно, легко збудлива, плаксива, вживає зменшувальні слова. Вкрай нав'язлива, схильна до афективних реакцій.

У психіатричному відділенні протягом трьох днів спостерігали чотири розгорнутих судомних напади з потьмаренням свідомості, тонічними і клонічними судомами, після чого хвора засинала. Конфліктна, часто без причини свариться з іншими пацієнтами, при цьому ображає їх, голосно кричить, довго не може заспокоїтися. Із лікарем завжди улеслива, скаржиться на всіх, вимагає до себе підвищеної уваги. Без урахування ситуації часто повторює одне й те саме. Налаштувала проти себе всіх хворих у відділенні. Ночами не спить, ходить по відділенню. Хвора неохайна, не стежить за собою. Цілими днями малює, зміст малюнків примітивний, дитячий, проте вважає себе великим митцем. Додому пише безглузді листи. Мислення хворої сповільнене, обтяжливе, непродуктивне. Пам'ять значно знижена; спостерігаються дисфоричні розлади настрою. Критична оцінка свого стану і ситуації, що склалася, недостатня.

**Висновок комісії:** С. визнано несамовитою, що страждає на хронічне психічне захворювання у формі епілепсії з частими судомними нападами і слабоумством. За психічним станом їй рекомендовано примусове лікування в психіатричному стаціонарі зі звичайним спостереженням.

### Контрольні запитання

1. Чим відрізняється епілептичний статус від частих епілептичних нападів?

2. Чи можна хворому самостійно припиняти вживання протиепілептичних засобів?

3. Яке ускладнення може розвинути в дитини у разі підвищення температури тіла?

4. Що таке епілепсія?

5. Схарактеризуйте поширення епілепсії серед населення.

6. Назвіть три групи станів при епілепсії.

7. Що таке сенсорна аура?

8. Що таке вегетативна аура?

9. Назвіть епілептичні сквіваленти.

10. Що таке амбулаторні автоматизми?

11. Що таке сомнамбулізм?

12. Що таке абсанс?

## Розділ 13

### Розумова відсталість, або олігофренія

Згідно з МКХ-10 цей стан шифрують як F70—F79.

Його **критеріями** є:

А. Розумова відсталість — стан затримки або неповного розвитку психіки, що передусім характеризується порушенням здібностей, які проявляються в період дозрівання й забезпечують загальний рівень інтелекту, тобто когнітивних, мовленнєвих, моторних і спеціальних здібностей.

В. Розвиток відсталості — може відбуватися з будь-яким іншим психічним або соматичним розладом, або без нього.

С. Постійне порушення адаптивної поведінки. У захищених соціальних умовах, коли хворим забезпечено відповідну підтримку, ці порушення у хворих із легким ступенем розумової відсталості можуть бути прихованими.

Д. Здійснення вимірювання коефіцієнтів розумового розвитку — з урахуванням крос-культуральних особливостей.

Е. Визначення вираженості поведінкових порушень, якщо вони не зумовлені супутнім (психічним) розладом.

Вказівки на порушення поведінки:

.0 — відсутність або незначний рівень порушень поведінки.

.1 — зі значними порушеннями поведінки, що потребують догляду і лікування.

.8 — з іншими порушеннями поведінки.

.9 — без вказівки на порушення поведінки.

*Причини* розумової відсталості поділяють на:

- небезпечні чинники, які діють внутрішньоутробно (пренатальні чинники);
- небезпечні чинники, що діють під час пологів (перинатальні);
- небезпечні чинники, що діють одразу після пологів (ранні постнатальні).

До *пренатальних* чинників належать недостатнє харчування, ендокринні порушення, інтоксикації, радіоактивне опромінення, а також перенесені жінкою інфекції під час вагітності (наприклад краснуха).

*Перинатальні* чинники — крововилив у мозок, аноксія (кисневе голодування), механічне ушкодження головного мозку під час пологів.

Найпоширенішими *постнатальними* чинниками є тяжкі інфекційні захворювання немовлят, переважно менінгіт і енцефаліт, що супроводжуються запаленням головного мозку.

Варто зазначити, що далеко не у всіх дітей, які зазнали дії цих чинників, розвивається розумова відсталість. Крім того, її виникнення більшою мірою залежить від часу впливу чинника, ніж від його походження.

Не виключено, що до причин розумової відсталості можна зарахувати також резус-конфлікт матері та плюда.

Спадковість нині вважають не настільки частою причиною розумової відсталості, як раніше. До спадкових належать такі рідкісні її форми, як, наприклад, фенілкетонурія і хвороба Тея—Сакса. Вони пов'язані з метаболічними розладами, підґрунтям яких є рецесивний ген. Синдром Дауна, хоч і зумовлений хромосомною аномалією, не є спадковим захворюванням; його причина — помилка (нерозходження однієї з пар хромосом), що виникає в процесі формування статевих клітин у матері.

Розумова відсталість — це якісні зміни психіки, особистості загалом, що є наслідком перенесених органічних ушкоджень центральної нервової системи. Це така аномалія розвитку, при якій страждають не лише інтелект, а й емоції, воля, поведінка, фізичний розвиток. Такий дифузійний характер патологічного розвитку розумово відсталих дітей зумовлений особливостями їх вищої нервової діяльності.

У розумово відсталих спостерігають досить грубі порушення умовно-рефлекторної діяльності, розбалансованість процесів збудження і гальмування, а також порушення взаємодії сигнальних систем. Усе це є фізіологічною основою для аномального психічного розвитку дитини, включаючи процеси пізнання, емоції, волю, особистість загалом.

Спостерігають також характерне недорозвинення пізнавальних інтересів, яке виражається в тому, що хворі діти менше, ніж їхні однокласники, відчувають потребу в пізнанні.

Як наслідок ці діти одержують неповні або помилкові відомості про навколишнє середовище, мають бідний досвід. Основним недоліком є порушення узагальненості сприйняття; спостерігають також його вповільнений темп порівняно зі здоровими дітьми. Пацієнтам із розумовою відсталістю потрібно значно більше часу, щоб сприйняти пропонований їм матеріал (картину, текст та ін.). Сповільненість сприйняття посилюється ще й унаслідок того, що через розумове недорозвинення такі діти з утрудненням виділяють головне, не розуміють внутрішніх зв'язків між частинами, персонажами та ін. Ці особливості процесів центральної нервової системи під час навчання проявляються в уповільненому темпі пізнання, а також у тому, що учні часто плутають графічно подібні букви, цифри, предмети, схожі за звучанням звуки, слова тощо.

При розумовій відсталості спостерігають також звуження обсягу сприйняття. Такі особи вихоплюють окремі частини із цілого, не звертаючи уваги іноді на важливий для загального розуміння матеріал. Крім того, характерним є порушення вибірковості сприйняття.

Усі зазначені недоліки сприйняття перебігають на тлі недостатньої активності цього процесу, унаслідок чого знижується можливість подальшого розуміння матеріалу. У навчальній діяльності це призводить до того, що діти без питань педагога не можуть виконати доступне їхньому розумінню завдання. Процесом сприйняття в таких хворих необхідно керувати.

### Ступені розумової відсталості

За ступенем вираженості інтелектуального недорозвинення виділяють три типи олігофренії: дебільність, імбецильність й ідіотію, кількісне співвідношення яких становить відповідно 75 %, 20 % і 5%.

*Idiotia* — найтяжчий вид слабоумства (глибока розумова відсталість) з майже повною відсутністю мовлення й мислення, потребою в постійному догляді; IQ — інтелектуальний коефіцієнт, який визначають за допомогою спеціальних тестів, становить <20.

У таких хворих або немає реакції на звичайні подразники, або вона неадекватна.

Діти, що страждають на ідіотію, або зовсім не володіють статичними і локомоторними навичками, або набувають їх дуже пізно. Нерідко

вони не можуть жувати і ковтають їжу непережованою, тому можуть споживати лише рідку їжу. Будь-яка осмислена діяльність таким хворим недоступна. Вони не володіють навіть простими навичками самообслуговування, неохайні. Наодинці із собою залишаються нерухомими або впадають у безперервне безглузде збудження з одноманітними рухами, автоматичним розгойдуванням, стереотипним розмахуванням руками, плесканням у долоні тощо. Нерідко хворі на ідіотію не відрізняють рідних від зовсім незнайомих осіб. Окрім глибокого недорозвинення психіки, нерідко виникають і грубі дефекти фізичного розвитку.

Усвідомлення власної особистості в таких хворих недостатнє або відсутнє; мислення алогічне.

У розмові, що звернена до них, сприймають не її зміст, а інтонації, а також міміку і жести. Особливості мовлення хворого залежать від вираженості ідіотії. Мовлення таких хворих — це зазвичай окремі розбірливі звуки або набір одиничних слів, уживаних без граматичних узгоджень.

Емоції у таких хворих нерозвинені та пов'язані здебільшого з фізичним самопочуттям, фізіологічними потребами. Джерелом задоволення та примітивних проявів радості є соматичне благополуччя, відчуття ситості, тепла, задоволення патологічних потягів (ненажерливість, мастурбація, ссання пальців, жування неістівних предметів).

Почуття невдоволення спричинюють відчуття холоду, голоду, болю, соматичний дискомфорт.

У хворих на ідіотію легко виникає афект злості, що проявляється в сліпій люті й агресивних тенденціях, нерідко спрямованих проти себе (хворі кусають, дряпають себе, б'ють). Однак за легкого ступеня ідіотії у хворих можна виявити елементи прихильності до людей, які їх годують і за ними доглядають, прояви радості під час похвали, неясного занепокоєння у разі осудження. Загальне тло настрою таких хворих характеризується або добросердністю з елементами ейфорії, або млявості й апатією, рідше злостивістю і похмурістю.

Недорозвинення моторики проявляється в мізерності міміки, одноманітності та сповільненості рухів, порушенні їхньої координації аж до розладів навичок стояння і ходьби.

**Імбецильність** — середній ступінь слабоумства. Мовлення й інші психічні функції розвинені більше, ніж у хворих на ідіотію. IQ у таких осіб становить 20—50. Хворі з імбецильністю досить диференційовано та по-різному реагують на оточення. Їхнє мовлення недорікувате й аграматичне. Вони можуть будувати нескладні фрази; словниковий запас сягає іноді 200—300 слів. Хоча розвиток статичних і локомоторних

функцій відбувається при імбецильності з великою затримкою, хворі засвоюють навички самообслуговування, самостійно їдять, охайні. Особам з імбецильністю доступні нескладні узагальнення, вони мають деякий запас знань, орієнтуються у звичайній життєвій обстановці. Унаслідок відносно гарної механічної пам'яті й пасивної уваги вони можуть засвоїти елементарні знання, якими користуються як штампами. Таких хворих можна навчити порядковому рахунку в межах першого десятка; вони здатні завчити таблицю множення, але користуватися нею не в змозі. Хворі з імбецильністю дуже несамостійні. Емоції їх бідні, одноманітні, всі психічні процеси інертні. Водночас вони мають вищий рівень розвитку особистості, ніж хворі на ідіотію, уразливі, соромляться своїх недоліків, адскватно реагують на осудження або похвалу. Не маючи ініціативи і самостійності, особи з імбецильністю легко губляться в незвичних умовах і мають потребу в постійному догляді й опіці. Варто враховувати також їхню підвищену сугестивність і схильність до сліпого наслідування. Судження таких хворих украй бідні й здебільшого без переробки запозичені від людей, які їх оточують.

Логічні процеси при імбецильності мають дуже низький рівень. Недостатність зорового й слухового аналізу й синтезу чітко проявляється в утрудненні під час запам'ятовування букв, подібних за написанням або звучанням, поєднання звуків у склади і складів у слова. Читання часто має механічний характер: хворі не розуміють зміст прочитаного.

Моторика хворих на імбецильність малодиференційована. Повільність, млявість, незручність рухів поглиблюють утруднення щодо оволодіння письмом, трудовими навичками.

Якщо немає ускладнень, діти та підлітки, що страждають на імбецильність, часто здатні опанувати елементарні види фізичної праці (прості картонажні роботи, підбір нескладних деталей за кольором і розміром для різних побутових виробів та ін.). За важкого ступеня імбецильності навчання навіть простим видам трудової діяльності неможливе.

У неврологічному статусі дітей, які страждають на імбецильність, часто виявляють різноманітну симптоматику, що свідчить про патологію черепних нервів, інші підкіркові розлади; нерідко спостерігають патологічні рефлекси, судомні напади.

**Дебільність** — легкий ступінь слабоумства. Хворі здатні до навчання, опановують нескладні трудові процеси; можливе соціальне пристосування їх у певних межах (IQ — 50—70).

Легку дебільність іноді важко відрізнити від нижньої межі норми психіки. Хворі нерідко мають досить високий розвиток мовлення; їхня

поведінка більш адекватна і самостійна, що якоюсь мірою маскує слабкість мислення. Цьому сприяють гарна механічна пам'ять, здатність до наслідування. Однак спостереження та спеціальні дослідження виявляють у них слабкість абстрактного мислення, перевагу конкретних асоціацій. Перехід від простих до складніших абстрагованих узагальнень для таких хворих складний. Особи з дебільністю оперують переважно конкретними знаннями, засвоєння теорії їм не дається.

В осіб з дебільністю спостерігають елементи здатності до узагальнення. У дошкільному віці поведінка таких дітей характеризується можливістю примітивного задуму в грі, її найпростішої організації; у шкільному — певною оцінкою конкретної ситуації, орієнтацією в простих практичних питаннях. Усе це сприяє отриманню певного досвіду, оволодінню навичками читання, письма, лічби, засвоєнню знань, передбачених програмою допоміжної школи.

За відсутності чинників, що обтяжують стан здоров'я, такі хворі виявляють достатню старанність і працездатність. Виражена диференційованість емоцій полегшує формування самоконтролю в осіб із дебільністю.

Мислення має наочно-образний характер. Справжнє формування понять цим хворим недоступне. Вони погано розуміють зміст прочитаного. Правильно сприймаючи предмети та їхні зображення, діти, що страждають на дебільність, відчувають утруднення під час їх порівняння, встановлення наявних внутрішніх зв'язків між ними. Це наочно проявляється в експерименті із сюжетними картинками, серією послідовних зображень, у завданнях на класифікацію.

Під час навчання лічбі діти важко засвоюють кількісний зміст числа, зміст умовних арифметичних знаків. Без попереднього пояснення часто не розуміють умови нескладної задачі. Під час її вирішення «застрають» на попередньому способі дії; погано засвоюють правила правопису.

З інтелектуальним недорозвиненням тісно пов'язана незрілість особистості. Спостерігають несамостійність суджень і поглядів, відсутність допитливості в ігровій, пізнавальній і трудовій діяльності, слабкість ініціативи. За достатнього розвитку емоційної сфери немає складних відтінків переживань.

У таких хворих зазначають брак тонких диференційованих рухів, вираженості міміки.

Емоції, воля й особистість загалом при дебільності більше розвинені, ніж при імбецильності. В осіб, які страждають на дебільність, завжди можна виявити слабкість самовладання, нездатність стримувати

свої потяги, недостатнє обмірковування своїх вчинків, знижену сугестивність. Незважаючи на це, люди з дебільністю можуть непогано пристосовуватися до життя. Відставання в психічному розвитку вираженіше на ранніх етапах захворювання, коли помітне запізнення розвитку ходьби, мовлення та інших функцій. Із часом при помірно вираженій дебільності відставання стає менше вираженим.

У разі правильного виховання та навчання, своєчасного оволодіння трудовими навичками, відсутності нервово-психічних розладів, які обтяжують інтелектуальний дефект, соціальний прогноз при цій формі олігофренії сприятливий. Під час виконання трудової діяльності, що не потребує ініціативи, самостійності та швидкого переключання, такі особи виявляють достатню продуктивність.

### Лікування деяких форм розумової відсталості

*Медикаментозні засоби.* Можливості медикаментозної терапії в профілактиці або лікуванні розумової відсталості досить обмежені. Добре вивчено ефективність гормонів щитоподібної залози при кретинізмі: їх призначення у ранньому віці зазвичай запобігає розвитку як фізичних аномалій, так і інтелектуальних порушень. За деякими даними, гормони щитоподібної залози справляють позитивний вплив і при синдромі Дауна. Зараз досліджуються й інші варіанти гормональної терапії, однак усі вони перебувають у стадії розроблення. При фенілкетонурії поліпшення може бути досягнуто завдяки тривалому дотриманню дієти з виключенням фенілаланіну (зокрема, за цієї дієти коров'яче молоко замінюють на кобиляче).

Проведено випробування глютамінової кислоти, запропонованої для лікування дітей з розумовою відсталістю. Автори цього методу припускали, що глютамінова кислота як незамінна амінокислота буде позитивно впливати на обмінні процеси в головному мозку, знижуючи прояви розумової відсталості. Із цією метою її використовують тривалими курсами у дозі 0,1—0,2 мг/кг на добу. Випускають препарат у вигляді порошку і таблеток. На практиці глютамінову кислоту часто використовували в суміші з варенням, джемом, сиропом для заохочення дітей до її вживання. Препарат зазвичай добре переноситься, але необхідне регулярне дослідження крові та сечі.

Запобігання розвитку нестачі поживних речовин у внутрішньоутробний період є важливим методом профілактики олігофренії. Повноцінне і багате на вітаміни харчування вагітної знижує ризик розвитку багатьох аномалій плода.

Хворим на олігофренію також показані лікувальна фізкультура, фізіотерапія (водні процедури), масаж.

**Тренінг** (навчання) — важлива частина програм лікування осіб із розумовою відсталістю. Навчання можна проводити в психіатричних закладах, спеціалізованих школах, у домашніх умовах — під контролем спеціально підготовлених учителів. У разі тяжкої розумової відсталості дитину навчають обслуговувати себе, координувати рухи, розпізнавати зовнішні стимули, а також інші прості навички, необхідні в повсякденному житті. Через часті мовленнєві розлади велику увагу в таких програмах приділяють навчанню розмовляти. У менш тяжких випадках дітям викладають елементарні знання й навчають трудовим навичкам. Деякі допоміжні школи мають дошкільні відділення для підготовки дітей з олігофренією до навчання.

Тривале спостереження за особами з олігофренією, що одержали освіту в спеціалізованих школах, дає змогу встановити: більшість цих осіб у професійному і соціальному плані адаптовані до життя; багато отримують побутову самостійність і знаходять стабільну роботу. Повторні тестування показують зростання IQ порівняно з попередніми показниками.

**Психотерапія.** Усе більшу увагу приділяють застосуванню психотерапії в лікуванні осіб із розумовою відсталістю. Хоча цей стан сам по собі не пов'язаний з невротами або психозами, люди, що страждають на олігофренію, хворіють на психічні розлади не рідше, ніж здорові. Більше того, у деяких хворих розчарування, пов'язане з їхніми обмеженими можливостями, породжує тривогу й агресивну поведінку. Спроби використання деяких форм психотерапії в стаціонарах для розумово відсталих осіб мали обнадійливі результати. Найкраще застосовувати невербальні методи спілкування, включаючи малювання пальцями (використовують фарби, що легко змити) і моделювання.

Трудова терапія — обов'язкова частина освітніх програм.

Групову психотерапію з рольовими іграми і спільним обговоренням проблем також застосовують у стаціонарних умовах.

### Прогноз при олігофренії

Особи, що страждають на олігофренію в ступені ідіотії, непрацездатні й мають потребу в постійному догляді (в родині або спеціалізованому дитячому закладі). Вони є інвалідами дитинства. Стан їхнього здоров'я і тривалість життя залежать від наявності супутніх захворювань

і вад розвитку, а також від умов проживання. У добрих умовах вони живуть досить довго.

Особи, що страждають на олігофренію в ступені імбецильності, також непрацездатні. Потреба у догляді менша. Вони також є інвалідами дитинства. Залучення до праці можливо в родині, але під контролем старших і для виконання найпростіших завдань. Прогноз сприятливіший, але хворі потребують постійного контролю, щоб уникнути ризику переохолодження, травми та ін. Можливе навчання деяких дітей у допоміжній школі.

Особи, що страждають на олігофренію в ступені дебільності, мають загалом сприятливий прогноз на майбутнє. Інвалідність їм можна взагалі не встановлювати. Працездатність у таких осіб нижча, ніж у здорових людей; зазвичай вони виконують менше кваліфіковані роботи. Навчання можливе або в допоміжній школі, або в загальноосвітній (але в ній такі діти навчаються погано; воно можливе за доброї адаптації дитини в класі, коли її недостатня успішність і угруднення під час звикання до шкільних вимог цій адаптації не перешкоджають).

Найраціональнішим працевлаштуванням для таких осіб є участь у сімейній справі або в ролі помічника людини, що займається якимось ремеслом і добре ставиться до хворого.

Небезпечним є втягнення хворого на олігофренію в компанію, схильну до зловживання алкоголем і кримінальної поведінки. Дотримуючись неписаних правил цієї компанії і не маючи зрілої структури особистості, такий хворий може дуже швидко порушити свою адаптацію. Автор видання нещодавно спостерігав хлопця 19 років, який страждає на олігофренію в ступені легкої дебільності. Хлопець живе з дідом, який не міг контролювати його поведінку. Як наслідок після 4 років неконтрольованої алкоголізації він переніс алкогольний делірій. У цьому випадку олігофренія відіграла подвійно несприятливу роль як чинник слабкості метаболізму мозку і як чинник недостатньої можливості контролювати свою поведінку.

### Профілактика розумової відсталості

Основними напрямками профілактики розумової відсталості є планування сім'ї, ретельне спостереження за вагітними й кваліфікована акушерська допомога. Планування сім'ї дає змогу запобігти вагітності в період, коли майбутня мати страждає на якесь захворювання, що сприяє зниженню ризику впливу на плід патогенних чинників і медикаментозного лікування.

Генетичне дослідження майбутніх батьків дає змогу виявити ризик розвитку спадкових захворювань. Майбутні батьки у випадку високої ймовірності народження дитини з тяжкою спадковою патологією повинні вирішити, чи готові вони присвятити своє життя боротьбі з тяжкою недугою, або їм варто подумати про альтернативу.

Гігієна вагітності потребує від майбутньої матері особливої турботи про здоров'я очікуваної дитини. Вона повинна уникати чинників, що можуть шкідливо вплинути на плід, регулярно проходити обстеження в жіночій консультації, проводити оздоровчі процедури, за потреби — отримувати курси терапії, спрямовані на збереження вагітності.

Фізичне навантаження під час вагітності має бути дозованим залежно від її терміну, але не можна відмовлятися від нього зовсім. Особливе значення має відмова від алкоголю та нікотину. На жаль, зараз нерідко можна зустріти дівчат із сигаретою або пляшкою слабоалкогольного напою в руці. Але кожна з них — майбутня мати, і повинна знати, що про вагітність вона може довідатися не відразу після зачаття.

Правильна тактика проведення пологів також сприяє зменшенню кількості ситуацій, небезпечних для дитини. Якщо мати до пологів і під час грудного вигодовування змушена вживати лікарські засоби, при їх призначенні варто враховувати можливий шкідливий вплив на плід. Класичним прикладом є снодійний і заспокійливий препарат талідомід, уживання якого вагітними спричинило у 60-ті роки ХХ ст. від 8 до 12 тис. випадків уроджених каліцтв. До речі, цей препарат після заборони й багатьох років забуття знову повернувся в клінічну практику. Нині виявлено його позитивний ефект при злоякісних новоутвореннях і СНІДі. Не можна виключати, що незабаром ВІЛ-інфікована вагітна отримас цей препарат у складі противірусної терапії. І їй може сподобатися його снодійний ефект.

Тому, незважаючи на доступність інформації та лікарських засобів, жінка не може самостійно вирішувати, які препарати їй можна вживати під час вагітності. У цьому разі кваліфікована санітарно-освітня робота в жіночій консультації здатна полегшити працю багатьох медичних сестер у майбутньому.

### Медсестринство при розумовій відсталості

Найчастіше медичним сестрам доводиться стикатися з випадками розумової відсталості, коли хворі на олігофренію проходять лікування з приводу соматичних захворювань. Трохи рідше з такими хворими у своїй повсякденній практиці стикаються дільничні медичні сестри ди-

тячих поліклінік. Постійний контакт із такими хворими можливий, коли медична сестра працює в спеціалізованому закладі, наприклад, будинку дитини, психіатричному стаціонарі.

Вивчивши особливості психіки хворого на олігофренією, медична сестра повинна розуміти, що під час роботи з ним потрібні додаткові зусилля. Такий пацієнт не зможе швидко зрозуміти, що від нього потрібно, повільніше відповідає на питання, не одразу виконує прохання, проведення ін'єкції може зумовити тривалі ридання та ін. Тому медична сестра повинна докласти значних зусиль під час роботи з такими хворими, бути з ними ласкавою і привітною, допомогти їм підготуватися до процедури, утішити їх, якщо процедура спричинила страждання. Потрібні додаткові заходи під час збирання матеріалу для аналізів, особливо якщо вони вимагають якихось спеціальних умов. Наприклад, якщо матеріал для аналізу збирають натщесерце, то хворому з олігофренією не досить короткої вказівки, що не можна їсти до аналізу. Це слід зробити кілька разів і проконтролювати виконання.

Окрім цього, потрібні додаткові заходи з підтримання гігієни самих хворих, палат, білизни та ін.

### Контрольні запитання

1. Назвіть ступені вираженості олігофренії.
2. Чи може людина, що страждає на олігофренію в ступені імбецильності, вчитися в звичайній загальноосвітній школі?
3. Чи небезпечно вживання пива матір'ю, що годує дитину груддю?
4. Назвіть клінічні форми олігофренії.
5. Що таке інтелектуальний коефіцієнт — IQ?
6. Назвіть ознаки ідіотії.
7. Назвіть ознаки дебільності.
8. Назвіть ознаки імбецильності.
9. Назвіть основну ознаку олігофренії.

## Розділ 14 Психогенні хвороби

**Психалгія** (від грец. *psych* — душа, *aldos* — біль; син. невралгія психічна) — сукупність розладів, основними симптомами яких є біль, що виникає внаслідок психічної травми і супроводжується почуттям тривоги або страху. Найчастішими видами психогенного болю є біль голови, біль у спині, у животі, біль, який виникає без видимих органічних дисфункцій.

Психогенний біль виникає за відсутності будь-якого органічного ураження, яке дало б змогу пояснити його вираженість і пов'язані з ним функціональні порушення.

На формування відчуття болю можуть впливати особливості особистості (тривожність, демонстративність, іпохондричність), закладені батьками і соціумом установки, що визначають ставлення до болю; різні емоційні стани (горе, радість, гнів, образа, провина тощо).

У пацієнтів із психогенним больовим синдромом спостерігають витіснення конфліктів на рівень несвідомого, уникнення вирішення проблем.

Психогенний біль може бути одним із безлічі порушень, характерних для соматоформних розладів. Будь-яке хронічне захворювання або нездужання, що супроводжується болем, впливає на емоції і поведінку особистості. У багатьох людей біль асоціюється з поняттями покарання і провини. Він часто призводить до появи тривожності й напруженості, що посилюють його сприйняття.

Сприйняття болю пов'язано з раннім дитячим досвідом людини. Залежно від цього досвіду формуються певні установки. Біль і страждання сприймаються як протилежність радості та задоволення.

Біль і депресія мають спільні механізми, зумовлені **ангедонією** — неможливістю відчувати задоволення. Тому депресія є однією з форм психічних розладів, тісно пов'язаних із виникненням психогенного болю.

Ці порушення можуть з'являтися одночасно або випереджати прояви іншого. У хворих із клінічно вираженою депресією знижується больовий поріг, і біль вважають звичайною скаргою при первинній депресії.

У хворих із больовим синдромом, зумовленим хронічним соматичним захворюванням, також часто розвивається депресія. Із психодинамічної позиції хронічний біль розглядають як зовнішній захисний прояв депресії, що полегшує психічні імпульси (почуття провини, сорому, душевні страждання, нереалізовані агресивні тенденції тощо) і оберігає хворого від сильніших душевних мук або суїциду. Біль часто є наслідком захисного механізму — витіснення, типового для істеричної конверсії.

У багатьох випадках поєднання больової симптоматики і депресії розглядають як масковану депресію, при якій провідним симптомом є больовий синдром або соматоформний розлад.

Зазвичай психогенний біль виникає внаслідок змін функціонального стану нервової системи під впливом стресогенних чинників, які че-

рез вплив на нервову систему змінюють стан і функції різних органів і систем організму, зокрема тонус судин, ритм серцевої діяльності та дихання, функцію травного тракту та ін. Унаслідок цього можуть виникати такі прояви, як посилення коливальної рухомості судин, зміни мозкового кровообігу, порушення обмінних процесів тощо, підвищення внутрішньочерепного тиску, що призводить до напруження структур мозку, чутливих до болю, подразнення больових рецепторів, розташованих у стінках судин. При цих станах змінюється реактивність нервової системи. Як наслідок імпульси, що зазвичай не зумовлюють реактивних порушень, стають для центральних апаратів мозку пороговими або надпороговими і спричинюють больові відчуття.

### Основні види психогенного болю

**Психогенний біль голови** — інтенсивний біль, нерідко спровокований стресовими ситуаціями та психосоціальними чинниками. Такий біль виникає на тлі психічних розладів (істерія, іпохондрія, obsesивно-фобічний синдром, депресія тощо). Терміном «психогенний біль голови» об'єднують групу синдромів, у тому числі біль голови психічного навантаження, біль голови фізичного навантаження і біль голови при тривожних станах і депресії.

Такі хворі ніяк не описують свої відчуття, скаржаться на ниючий або стискальний біль голови, зазвичай розлитий або локалізований у потиличній, скроневій або лобовій ділянці і майже завжди двобічний. Характерний для мігрені одnobічний пульсівний біль спостерігають рідко.

Емоційний, стресорний біль голови може виникнути у будь-якої людини, але частіше — у людей уразливих, чутливих, тривожних, інтелектуально розвинених, емпатичних, емоційних.

Щоб лікувати біль голови психогенного характеру, необхідно з'ясувати причину його виникнення й усунути джерело стресу. Ними можуть бути перенапруження, перевтома і хронічна втома, почуття страху, тривоги, неспокою, страх перед невдачею, занижена самооцінка, відчуття незахищеності; надмірні психоемоційні навантаження, проблеми у відносинах із важливими людьми; ситуації неприйняття індивідуальності та пригнічення особистості; фізичне і психічне насильство; розлучення.

**Психогенний абдомінальний біль** (від лат. *abdominalgia* — біль у животі) зазвичай виникає на тлі невротичних розладів у осіб із демонстративним радикалом. Найчастіше супроводжується невротичними

шлунково-кишковими розладами (спазм стравоходу, синдром подразненої кишки, кардіоспазм, дисфагія, анорексія, аерофагія, невротичне блювання, біль у шлунку, «кишкові кризи»).

Причинами виникнення психогенного болю є психотравмівні ситуації, стреси, емоційне напруження, тривога, депресія; особливості особистості, що призводять до підвищення емотивності (егоцентричність, прагнення до привернення уваги, тривожність, іпохондричність, нестійкість психіки); конфліктні ситуації в сім'ї та колективі, нестійкість самооцінки, проблеми взаємовідносин та ін.

Встановлено відсутність залежності цих розладів від споживання їжі. Виникнення болю зумовлено конкретною психотравмівною ситуацією і залежить від емоційно-афективних чинників.

Ефективним методом лікування психогенного болю є психотерапія.

**Психогенний біль у ділянці серця (кардіалгія).** Основні причини болю в ділянці серця — ішемічна хвороба серця, проблеми з хребтом і психогенно зумовлений стан.

Щоб виявити походження кардіалгії, потрібно провести диференційну діагностику цих захворювань. Якщо кардіолог і невропатолог порушень не виявили, можна говорити про психогенний біль у серці.

Прояви психогенного болю в серці можуть бути різними. Як правило, він має постійний або повторювальний характер. При цьому фактично йдеться не про біль, який завдає страждань при хворобі, а про фіксацію пацієнтів на своїх відчуттях, що зумовлюють тривогу і занепокоєння, які вони описують як біль. Наприклад, «колючий біль, який не вдається усунути за допомогою ліків», «пульсівний біль», «серце завмирає і зупиняється». При психовегетативних синдромах, або «панічних» атаках, частим варіантом перебігу є *кардіофобія* — страх померти від серцевого нападу. На тлі тривоги і страху може формуватися різноманітне відчуття болю (колючий, ріжучий). Тривалість больових відчуттів становить від кількох секунд до кількох годин. При хронічному больовому соматоформному розладі характер болю одноманітний, його локалізація одна й та сама — точковий, стійкий, монотонний біль. Інших симптомів практично не спостерігають, вегетативні розлади відсутні.

**Критерії визначення психогенного болю в серці:**

- множинність і тривалість болю;
- відсутність органічних змін або невідповідність виявлених змін скаргам хворого;
- тимчасовий зв'язок між болем і конфліктом;
- використання болю як засобу досягнення мети, яка не може бути досягнута іншими способами;

- біль як форма уникнення небажаної діяльності.

**Психогенний біль у спині (дорсалгія)** — клінічний синдром, зумовлений безліччю чинників. Якщо не вдається виявити неврологічні порушення й ураження хребта, встановлюють діагноз дорсалгії.

Причинами психогенного болю в спині є стреси, конфлікти, депресії, психопатії, перенапруження м'язів спини. Больовий синдром зазвичай не вдається усунути доти, доки не вирішено побутову чи іншу конфліктну ситуацію.

## Невротичні розлади

Є такі психічні розлади, які об'єднані на підставі спільної етіології, тобто наявності захворювань мозку чи травм та інших ушкоджень, які спричинюють церебральну дисфункцію. Вона може бути *первинною*, як при деяких захворюваннях, травмах та інсультах, що уражують безпосередньо мозок, і *вторинною*, як при системних захворюваннях і розладах, що уражують мозок як один із багатьох органів чи систем організму.

До цієї групи належить також органічна патологія, що характеризується змінами особистості та психічними розладами, які спостерігають на невротичному рівні і які не відповідають критеріям хронічного психічного захворювання, слабоумства та тимчасового психічного розладу.

**Тривожний розлад** органічного походження характеризується ознаками генералізованого тривожного розладу, панічного розладу чи їх комбінації, що виникають як наслідок органічного ураження головного мозку.

**Органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад** характеризується вираженою й постійною емоційною нестриманістю чи лабільністю, стомлюваністю та різноманітними неприємними фізичними відчуттями (наприклад запамороченнями) і болем.

**Легкий когнітивний розлад** може передувати інфекційним і органічним розладам як мозковим, так і системним (включаючи СНІД), супроводжувати їх чи наставати після. Основна ознака — зниження когнітивної продуктивності (порушення пам'яті, утруднення під час навчання та зосередження уваги).

**Органічний розлад особистості** характеризується значними змінами звичного способу поведінки. При цьому розладі особливо страждає вираження емоцій, потреб і потягів.

Для встановлення достовірного діагнозу потрібна наявність щонайменше двох із таких ознак: значно знижена здатність до цілеспрямованої діяльності, що потребує тривалого часу для досягнення успіху;

змінені емоційна поведінка, що характеризується емоційною лабільністю, поверхневими, невиправданими веселощами (ейфорія, неадекватна жартівливість), які легко змінюються на дратівливість, короточасні напади злості, агресії, а в окремих випадках вираженішою ознакою може бути апатія; реалізація потреб і потягів може відбуватися без урахування наслідків чи соціальних умовностей (хворий може чинити антисоціальні акти, наприклад злодійство, виявляти неадекватні сексуальні домагання, ненажерливість чи не дотримуватися правил особистої гігієни); когнітивні порушення у формі підозрливості, параноїдних думок чи надмірна заклопотаність однією, абстрактною темою (наприклад релігією: «що є правильним, а що неправильним»); виражені зміни в темпі мовної продукції з ознаками випадкових асоціацій або розширене включення в тематику побічних асоціацій, в'язкість, пасивність; змінені сексуальна поведінка (гіпосексуальність чи зміна сексуальної орієнтації).

## Неврози

**Неврози** (від грец. *neuron* — нерв) — група захворювань, зумовлених психотравмівними чинниками, що характеризуються функціональними, як правило, зворотними, нервово-психічними розладами, при яких хворий зберігає критичне відношення до хвороби й здатність управляти своєю поведінкою.

Термін «неврози» запропонований у 1776 р. шотландським лікарем В. Куллоном. Спочатку до неврозів зараховували різні захворювання з неясною етіологією, наприклад, епілепсію, розсіяний склероз, правець. Пізніше неврозами стали називати будь-які функціональні порушення нервової системи.

Згідно із сучасними уявленнями, до неврозів належать лише ті порушення, які мають психогенне походження, тобто виникають під впливом психічних травм, тривалого нервового навантаження. Провокувальні чинники розвитку неврозів — конституціональний, травми, інтоксикації, інфекції та інші захворювання, що ослаблюють організм.

Причиною захворювання можуть стати як надсильні гострі (наприклад раптова втрата близької людини), так і слабші, але такі, що постійно діють, психічні травми, особливо якщо вони спричиняють внутрішні конфлікти (наприклад боротьба між відчуттям боргу і бажанням).

Можливість розвитку неврозів під впливом слабких подразників доведена І.П. Павловим в експериментах на тваринах. Експеримен-

тальні неврози у тварин виникали внаслідок перенапруження процесів збудження або гальмування чи внаслідок порушення їх рухомості. При цьому частіше хворіли тварини зі слабким або сильним нерівноважним типом вищої нервової діяльності.

Особливо легко невроз виникає в психопатичних осіб, може розвинутися і в людини із сильною нервовою системою в разі великої інтенсивності або тривалості психотравмівних чинників.

Сила психотравмівної дії залежить від поглядів і особливостей особистості, що визначають її ставлення до подій. Уміння критично оцінювати те, що відбувається, приймати тверді рішення і долати труднощі має велике значення в запобіганні неврозу.

Клінічні прояви неврозу складаються із психічних і соматичних розладів. Найчастіше спостерігають підвищену стомлюваність, легку збудливість і швидко виснажуваність, порушення сну, пітливість, неприємні відчуття в ділянці серця тощо. Інколи (при істерії) можуть виникати напади різного характеру, паралічі, глухонімота, уявна вагітність, блювання, порушення пам'яті та ін.

### Основні форми неврозу:

- неврастенія;
- невроз нав'язливих станів;
- істерія.

Крім того, виділяють неврози:

- очікування;
- переляку;
- страху;
- рухові неврози (тики, заїкання та ін.);
- неврози органів.

Так, для неврозу очікування характерне порушення будь-якої функції (наприклад заїкання, безсоння) під впливом тривожного очікування можливої невдачі, для неврозу страху — напади страху або тривожні стани, не пов'язані з реальною загрозою. Неврози органів (серця, шлунка та ін.), або системні неврози, полягають у порушенні діяльності певної системи організму (серцево-судинної, дихальної, статевої), зумовленому розладом нервової регуляції без органічних змін внутрішніх органів.

Неврози органів раніше позначали як вегетативні неврози, але оскільки вегетативна нервова система — лише проміжна ланка між внутрішніми органами і центральною нервовою системою, згідно із сучасними уявленнями, невроз органів зараховують до загального неврозу (неврастенії, істерії або неврозу нав'язливих станів).

Від неврозів відрізняють **неврозоподібні стани** (неврастенічний синдром, ознаки нав'язливості, істероформні реакції), що їх спостерігають при різних, зазвичай тяжких або затяжних психічних або соматичних захворюваннях (шизофренія, маніакально-депресивний психоз, атеросклероз судин головного мозку та ін.).

**Лікування неврозів:**

- *психотерапія*, спрямована на усунення джерел психотравмивних переживань або зміну ставлення хворого до них (застосовують лікування переконанням — раціональну психотерапію, навіювання, гіпноз, автогенне тренування та ін.);
- *нормалізація режиму праці і відпочинку*;
- *лікування під контролем лікаря* (препарати бром, валеріани, вітаміни, транквілізатори, що знижують емоційну напруженість, — лібріум, андаксин, седуксен та ін.);
- *санаторно-курортне лікування, фізіотерапія.*

В окремих випадках показано стаціонарне лікування і тимчасове звільнення від роботи.

**Прогноз** сприятливий.

### Неврастенії, нав'язливі стани (обсесії)

Цей невроз виникає переважно у віці 20—40 років, дещо частіше в чоловіків, за умов виснажливих розумових і фізичних навантажень, тривалої перевтоми, особистих переживань, конфліктів, тобто в психогенних умовах.

Провідним при цьому захворюванні є астенічний синдром, який в динаміці захворювання виявляється неоднозначно, при цьому має низку послідовних фаз розвитку, відповідно до яких виділяють три клінічні форми неврастенії.

**Гіперстенічна форма**, з якої дебютує захворювання, виявляється підвищеною психічною збудливістю, вираженою дратівливістю. Хворих дратує щонайменший шум, розмови людей, які їх оточують, будь-які звуки, швидке пересування людей, натовпи, багатолюдні зібрання. Вони легко збуджуються, кричать на близьких, співробітників, співрозмовників, здатні образити, легко втрачають самовладання, вирізняються великою нетерплячістю. Разом із цим працездатність хворих знижена, але не тільки за рахунок стомлення; на цьому етапі хвороби переважно — за рахунок психічної незібраності, неуважності, нездатності зосередитися на потрібному колі уявлень і розпочати необхідну справу, тобто у зв'язку з первинною слабкістю активної уваги.

Розпочавши ж заняття, хворий довго не витримує необхідного психічного навантаження, знову ж таки, виникає навантаження активної уваги. Встає з-за столу, іде з робочого місця, відволікається на сторонні подразники, потім — знову «важкий» початок заняття. І так багато разів. Як наслідок — значні втрати часу, незадовільна продуктивність праці.

Спостерігають порушення сну: засинає хворий важко, часто прокидається, знову засинає, переживаючи важкі сновидіння, навіяні денними турботами. Унаслідок цього вранці прокидається із запізненням і відчуттям, що не відпочив, з «важкою» головою, поганим настроєм, з відчуттям втоми і розбитості, яке частково зникає ближче до вечора. Такі хворі часто скаржаться на біль голови, загальну слабкість, погіршення пам'ять, неприємні відчуття в різних частинах тіла, важкість у голові, тиск у скронях, «коловий» біль голови (каска неврастеніка).

**Дратівлива слабкість** — основний клінічний симптом другої форми неврастенії (або ж другої фази хвороби), який може бути виявлений у суб'єктів нестримного, холеричного темпераменту або ж у осіб із сильним і врівноваженим типом нервової системи у випадках, коли одужання в гіперстенічній стадії не відбулося, а патогенна ситуація зберігається. При цьому хворий, що, переборюючи небажання, взявся до роботи, виконання будь-якої справи, дуже швидко стомлюється, відчуває посилення болю голови, нездатність розмірковувати, наростаючи загальну і, насамперед — нервову слабкість, у повному безсиллі припиняє роботу. Потім, через певний час знову повертається до справи, але не надовго, оскільки стомлення і нервове виснаження знову турбують його.

І так багато разів, аж до повного психічного знесилення. Перерви, що відбуваються між «нападами», справі не допомагають, оскільки не дають змоги хворому відпочити. Дратівливість, як і раніше, яскраво виражена, але афективні реакції зі збудженням і криком швидко згасають і змінюються психічним безсиллям із відчуттям образи, повної емоційної капітуляції і слізьми. Такого типу полярні емоційні стани виявляються навіть у незначних випадках, що демонструє вже властиву хворим слабкодухість як прояв їх загальної дратівливої слабкості.

**Гіпостенічна форма**, що виникає в осіб зі слабкістю нервової системи, в астенічних і недовірливих суб'єктів, або в разі переходу зі стадії дратівливої слабкості в осіб із сильним типом нервової системи, представлена вираженою загальною фізичною і психічною слабкістю, млявістю і пасивністю, які набувають стійкого характеру.

Хворі не здатні мобілізувати себе на робоче зусилля, вони постійно відчують значну втому, перебувають у пригніченому настрої, нав'язано думками про власні соматичні відчуття. На цьому етапі хвороби спостерігають постійну виражену астенію на тлі зниженого настрою. Фон настрою дещо тривожний, із відтінком смутку й ослабленням інтересів.

За цієї форми не виникає афектів туги або тривоги, знижений настрій має невротичний характер, пронизаний астенією, і вирізняється емоційною лабільністю. Хворі мають скарги іпохондричного характеру і занурені у свої внутрішні відчуття. Із часом (особливо під впливом лікування) поліпшується сон, із чого, по суті, і починається процес одужання.

Варто зазначити, що при повторних нападах неврастенії (при будь-якій її формі, особливо гіпостенічній) тривалість нападів зростає, а депресивні прояви, поглиблюючись, усе більше наближаються до циклотимного рівня. У зв'язку із цим вказували на можливість виникнення періодичної неврастенії. Із цим узгоджуються й останні відомості клінічного досвіду про можливість переростання таких періодичних проявів неврастенічної депресії в циклотимію.

**Лікування неврастенії** має бути комплексним: одночасно із застосуванням сучасних нейротропних засобів включати всі форми психотерапії. Як медикаментозне лікування, так і психотерапія мають бути суворо індивідуальними і ґрунтуватися не лише на клінічній формі неврозу, а й на стадії захворювання й особливостях хворого.

Лікування у будь-якому випадку розпочинають із повноцінного відпочинку, припинення розумової роботи, призначення загальнозміцнювальної терапії і тривалого сну. Таким хворим показана психотерапія зі зміною оточення. Седативні засоби застосовують лише за призначенням лікаря.

## Істерія

**Істерія (або істеричний невроз)** — захворювання, спричинене дією психічної травми, унаслідок якої виникає механізм «занурення у хворобу», або умовне бажання хворобливого симптому. Неврози пов'язані переважно із сімейними, побутовими або службовими конфліктами. Найчастіше спостерігають астеничні симптоми, депресивні й іпохондричні стани, серцево-судинні напади.

Привабливими, вигідними, бажаними для хворого можуть виявитися різні захворювання або легкі поранення, які позбавляють його від

тих чи тих неприємних обов'язків. Цей механізм є специфічним для істерії і вирізняє її серед інших неістеричних неврозів. При істеричному нападі необхідні «глядачі». *Коли їх немає, то немає й істеричних проявів.*

Для істерії типові прояви підвищеної емоційності, що мають характер *театральності, демонстративності* й володіють ознаками «*приємності*» або «*вигідності*» для хворого. Психотравмивні подразники, що зумовлюють істеричний невроз, можуть бути не стільки інтенсивними і сильними, скільки тривалими.

Найлегше істерія виникає в осіб художнього типу або схильних до марень, фантазій, театральності, брехні, прагнення звернути на себе увагу.

Для істерії характерні різноманітність і мінливість симптомів. Можливі бурхливі емоційні реакції, спричинені якоюсь фразою лікаря або іншої особи, а схильність до вигадок і фантазій забезпечує яскраве забарвлення цих реакцій.

Істеричні напади можуть супроводжуватися криками, плачем, імітацією криків тварин, «словесною ганьбою», станом екстазу зі стогоном, «передбаченням майбутнього». Хворі можуть рвати на собі волосся, одяг. При істерії спостерігають рухові розлади у вигляді паралічів і парезів — контрактур, іноді з химерними рухами — гіперкінезами.

Найчастіше спостерігають паралічі м'язів кінцівок. Може страждати одна рука або одна нога, обидві руки або одна рука і одна нога на одній половині тіла, або всі кінцівки одночасно. Паралічі м'язів язика, шиї та інших груп м'язів розвиваються рідко.

Істеричні контрактури найчастіше уражують м'язи кінцівок шиї (істерична кривошия) або тулуба. Вони можуть фіксувати тіло в химерних позах, які не спостерігають при органічних ураженнях. Якщо при справжніх паралічах і контрактурах відбуваються згасання рефлексів і зниження тону м'язів (всихання кінцівки), то при істеричних паралічах і контрактурах цього не спостерігають. Рефлекси залишаються живими, а тонус м'язів — нормальним. Істеричні порушення руху зникають під час сну або в екстремальних умовах.

При істерії також спостерігають розлади чутливості, що проявляються зниженням або підвищенням чутливості до болю, істеричним болем. Поширення ділянок розладу чутливості не відповідає ділянкам іннервації чутливих нервових корінців, а пов'язане з порушенням розподілу функцій.

При істерії можуть виникати різноманітні розлади вегетативних функцій: спазми м'язів стравоходу, які спричинюють «істеричні стани»;

можливе утруднене проходження їжі стравоходом. Можливі імітація бронхіальної астми (псевдоастматичні напади), істерична стенокардія, псевдоінфаркт. Спостерігають напади тахікардії і серцево-судинні порушення у вигляді неспритомності. Вони відрізняються від «неврозів серця», що належать до неврастенії, тому що в їх основі — механізм приємності або вигоди: позбавлення від перебування в небезпечній ситуації, звільнення від роботи, забезпечення «положення» в сім'ї. Звідси демонстративність проявів хвороби в присутності зацікавлених осіб, театральність і несподівано швидке «зцілення», коли необхідність у такій поведінці зникає.

Істерія може мати різний перебіг і тривати від кількох хвилин до кількох років, якщо хворий продовжує зазнавати дії психотравмивної ситуації. Припинення дії психоподразників і поява нових, які свідчать про те, що загроза для хворого минула, сприяють усуненню істеричного симптому. Це може відбутися в стані афекту.

**Лікування.** Основним методом лікування істерії є *психотерапія*. Із перших днів захворювання потрібно всіляко зміцнювати соматичний стан хворого, забезпечити йому спокій, відпочинок, призначити загальнозміцнювальне лікування.

Якщо хворий збуджений, тривожний, йому призначають препарати валеріани, бром, транквілізатори або малі дози нейролептиків. При наполегливому безсонні — снодійні засоби перед сном (частіше — лише в перші дні захворювання). Необхідно якомога раніше встановити психотравмивний чинник і спробувати якщо не усунути його, то допомогти хворому знайти раціональний вихід із ситуації, що склалася. Можна надалі застосувати метод непрямого навіювання, призначити фізіопроцедури і вітамінотерапію.

Хворі на істерію не усвідомлюють, що хворобливий симптом для них «приємний або вигідний». Вони вважають, що у них дуже серйозне захворювання, яке потребує підвищеної уваги з боку лікаря.

Велику роль у ефективності лікування істерії відіграє його організація. Якщо хворого перекопати, що захворювання тимчасове і що під впливом «нових і дуже хороших» препаратів швидко настане поліпшення, то невдовзі можна буде спостерігати позитивний ефект.

Найефективнішим методом лікування істерії є застосування прямого або непрямого навіювання наяву, в гіпнолітичному сні, за наявності істеричних розладів вегетативних функцій — каузальна психотерапія. У разі непрямого навіювання застосовують ті або ті електропроцедури, масаж, вітамінотерапію.

Рекомендують застосування лікарських трав, які сприяють заспокоєнню нервової системи (валеріана, кропива собача). Також призначають солі бром, мебріум, андоксин, малі дози аміназину і резерпіну.

### Реактивні психози

Це тимчасові зворотні різноманітні за клінічною картиною психічні хвороби, що виникають унаслідок психічної травми та перебігають у формі потьмарення свідомості, марення, афективних і рухових розладів.

У розвитку реактивних психозів велике значення має характер психічної травми й конституціональні особливості хворого. До чинників, які сприяють виникненню захворювання, належать патологічні зміни, зумовлені:

- перенесеними інфекційними хворобами;
- інтоксикаціями;
- ЧМТ;
- періодами вікового кризу.

За особливостями виникнення і перебігу виділяють гострі (шокові), підгострі й затяжні реактивні психози.

**Гострі (шокові) реактивні психози** (психогенний шок) виникають під впливом раптової надсильної психічної травми, що становить загрозу існуванню (наприклад, раптовий напад злочинців, землетрус, повінь, пожежа) або пов'язана з несподіваною звісткою про втрату найважливіших для індивіда цінностей (смерть близької людини, втрата майна, арешт та ін.). Вони перебігають у гіпо- і гіперкінетичній формах. При гіпокінетичній формі раптово розвивається ступорозний стан: хворий ніби ціпеніє від жаху, він не в змозі зробити жодного руху, вимовити жодного слова. Гіперкінетична форма характеризується раптовою появою хаотичного рухового збудження. У деяких випадках спостерігають зміну гіперкінетичної форми гіпокінетичною.

Обидві форми супроводжуються потьмаренням свідомості, повною або частковою амнезією, вегетативними розладами (наприклад, тахікардією, профузним потовиділенням), тривають протягом кількох хвилин або годин.

**Підгострі реактивні психози** в психіатричній практиці спостерігають найчастіше. До них належать:

- психогенна депресія;
- істеричні психози;
- психогенний параноїд;
- психогенний ступор.

Для *психогенної депресії* характерні пригнічений або пригнічено-тривожний настрій, дратівливість, незадоволеність, запальність. Наявність у клінічній картині експресивно-театральної поведінки, прагнення привернути до себе увагу, викликати співчуття, часто з демонстративними суїцидальними спробами може свідчити про інший тип депресії — істеричної.

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

Смерть близької людини, тяжкі життєві невдачі можуть спричинити реакцію депресії. У цьому стані хворі пригнічені, вираз обличчя в них скорботний, хода повільна; вони можуть довгий час сидіти в одній і тій самій позі з нахиленою головою або лежати, підібгавши ноги; байдужі до всього, спілкуються мало і неохоче. Їхні переживання сконцентровані навколо обставин, які пов'язані із психічною травмою. Думки про неприсмну подію невідступні, деталізуються, стають надцінними, а подеколи 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, вдаються до самогубства.

Психоз минає через певний час після вирішення психотравмивної 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 проявитися різноманітними симптомами. В одних випадках виникають маячні ідеї переслідування, стосунку, впливу за вираженого страху і розгубленості. При цьому зміст маячних ідей зазвичай відображує психотравмивну ситуацію.

Навколишнє середовище зазнає маячної інтерпретації, набуває особливого значення. В інших випадках крім маячних ідей у хворих виникають слухові галюцинації такого самого змісту. Поведінка хворих визначається не реальним оцінюванням дійсності, а їхніми маячними переконаннями.

Виділяють деякі атипівні форми реактивного параноїду. Так, 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 в різні

інстанції скарги, протести, вимоги, з великою підозрою ставляться до всіх, кого ця «справа» прямо чи опосередковано стосується.

У людини може розвинути маячення переслідування. У таких хворих виникають стійка тривожна підозрливість, ідеї стосунку, переслідування. Такі розлади можливі й у тому разі, якщо людина потрапляє в іншомовне оточення і незнання мови створює утруднення в спілкуванні. Тривалість реактивного параноїду найчастіше обмежується днями, але інколи психоз затягується на місяці. Хворі на реактивний параноїд здебільшого є небезпечними для оточення, а відтак потребують консультації лікаря-психіатра.

**Лікування**. Багато людей, зокрема й деякі медичні працівники, розуміють сутність неврозів як прояв слабкої волі, «гру на публіку», установчу поведінку й небажання налагодити адекватні соціально-трудова стосунки. Насправді це не так. Хворі на невроз потребують тривалого комплексного лікування з обов'язковим проведенням психотерапевтичної корекції. Зневажливе або іронічне ставлення до таких хворих неприпустиме. Разом із тим, не варто приділяти їм надмірну увагу, надто часто їх оглядати. Така тактика може дати зворотний ефект: хворий буде впевнений у тому, що у нього — тяжке небезпечне захворювання. Медична сестра в проявах своєї уваги до хворого на невроз повинна дотримувати принципу «золотої середини».

У разі виникнення нападу хворому потрібно дати безпечний заспокійливий препарат (наприклад настоянку кореня валеріани), залишити його наодинці. Сторонніх глядачів (інших хворих, відвідувачів) необхідно вивести з палати. Потрібно пам'ятати: що довше перебувати біля хворого, то тривалішим буде напад. При цьому необхідно викликати лікаря.

### Реактивно-істеричні психози

**Пуерилізм** — психотичний стан із дитячою поведінкою, що зазвичай доповнює псевдодеменцію. Такі хворі поводяться, як маленькі діти. По-дитячому будують фрази, сюсюкають, людей, які їх оточують, називають тітками і дядьками. Грають у дитячі ігри, вередують. Не можуть виконати елементарних завдань або допускають грубі помилки. При цьому в них зберігаються певні навички і стереотипи поведінки дорослої людини, наприклад, такі хворі курять, користуються косметикою.

**Псевдодеменція** (ganser state, pseudodementia) — синдром, для якого характерні неточні відповіді (approximate answers) хворого на по-

ставлені йому запитання. Так, пацієнт дає явно і абсолютно неправильні відповіді на запитання, сенс якого він добре зрозумів. Наприклад, на питання: «Якого кольору сніг?» — може відповісти: «Зеленого». При цьому хворий може дивно поводитися або в нього виникають напади ступору. Такий стан може бути пов'язаний з конверсивним порушенням або іноді є свідомою симуляцією.

**Реактивні психози** поряд із невротами становлять групу психогенних захворювань, тобто зумовлені психічною травмою. Для них характерна відповідність змісту психопатологічних проявів травмивному чиннику і зникнення їх після його усунення. Для реактивних психозів на відміну від невротів властиві гострота і тяжкість симптоматики; поряд із психомоторними і афективними розладами, маренням і галюцинаціями спостерігають також істеричні розлади, що часто перебігають з ознаками порушення свідомості (дисоціативні реакції). Хворі втрачають здатність критично оцінювати свій стан, координувати вчинки і адекватно поводитися в ситуації, що склалася.

Психічною травмою, що спричинює реактивний психоз, можуть бути трагічні події особистого та суспільного характеру, колізії, які становлять загрозу для життя, індивідуально значущі патогенні ситуації.

Важливою ланкою в патогенезі реактивних психозів є психічна астенізація, пов'язана найчастіше із психічним чи соматичним виснаженням.

**Істеричні психози** найчастіше спостерігають під час війни, а також у зв'язку із судово-слідчою ситуацією і в період тюремного ув'язнення. Їх прояви різноманітні, причому можуть трансформуватися в інші.

**Істеричні сутінкові стани** вирізняються демонстративністю, маяжними проявами (сміх, спів, плач, зорові галюцинації) і фрагментарністю амнезії.

**Маячноподібні фантазії** — нестійкі, несистематизовані, мінливі за змістом ідеї величі і багатства; часом вони стають химерними, безглуздими.

**Реактивні депресії** найчастіше виникають у зв'язку із психогенними травмами, що набувають для хворого значення непоправної втрати (смерть близької людини тощо). Велике значення має також конституціональна схильність. У клінічній картині поряд із пригніченістю, слізливістю, соматовегетативними розладами і порушеннями сну часто виникають виражені істеричні прояви (ридання зі стогоном, заламування рук, знепритомнення). Під час нападів розпачу, які іноді виникають на початкових етапах психогенної афективної реакції, можливі тяжкі суїцидальні спроби.

Найважливішою патогенетичною ланкою у формуванні реактивних параноїдів є чинник зовнішніх обставин (параноїд військового часу, залізничний параноїд, маячення при іншомовному оточенні, маячення приглухуватості, пов'язане із психічною ізоляцією, та ін.). Характерні гострота проявів, елементарність, образність і емоційна насиченість маячення, що виникає на тлі вираженого афекту страху і тривоги; іноді з'являються зорові та слухові галюцинації.

Найчастіше спостерігають марення переслідування і стосунку.

Після безпідставних побоювань (усе навколо якось дивно виглядає) і наростаючої підозри у хворих раптом виникає відчуття смертельної небезпеки. Їм здається, що вони оточені ворогами, їхніх родичів уже знищено, навколо чути зловісний шепіт, а іноді й виразні голоси недобророзичливців, які планують вбивство. Реактивний параноїд у більшості випадків перебігає гостро й минає через кілька днів після госпіталізації. Також спостерігають маячні реакції, що виникають за механізмом індукції, і сутяжні реакції.

Проти діагнозу реактивного психозу свідчать невідповідність між вираженістю реакції і відносно незначною тяжкістю травмивної ситуації, що їй передувала; затяжний перебіг реакції з появою в клінічній картині симптоматики, не властивої психогенним захворюванням (безпідставна тривога, нюхові галюцинації, слухові галюцинації абстрактного змісту, ідеї впливу, сенестопатії, порушення мислення); формування в процесі зворотного розвитку психозу виражених змін особистості; відсутність критичного ставлення до перенесених хворобливих розладів.

**Лікування.** Для досягнення ефекту передусім необхідно усунути психотравмивну ситуацію. Основним методом лікування, що його застосовують у тяжких випадках у стаціонарі, є психофармакотерапія. Поряд із цим широко застосовують психотерапію, фізіотерапію.

## Суїцид

**Самогубство (суїцид)** — свідоме позбавлення себе життя, спричинене безпосередньою, навмисною й бажаною дією. Медичний термін самогубства «суїцид» має латинське походження: *sui caedere* — вбивати себе.

**Суїцид** — акт самогубства або спроби самогубства, який здійснюють у стані сильного душевного розладу або під впливом якогось психічного захворювання.

Це **усвідомлений акт** самоусунення з життя під впливом гострих психотравмивних ситуацій, при яких власне життя як вища цінність втрачає сенс.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, серед населення віком від 15 до 44 років самогубство є однією із трьох основних причин смертності. Щороку в світі близько 1 млн людей закінчують життя самогубством, тобто одна людина кожні 40 с.

Щодо суспільних категорій, які найбільше схильні до скоєння подібних вчинків, то найвищий показник самогубств реєструють серед психічнохворих, хворих на хронічний алкоголізм, наркоманію, інвалідів. До групи ризику можна також зарахувати людей літнього віку, засуджених, а також дітей і підлітків.

Кількість самогубств збільшується, а вік самогубців зменшується. Особливо вразливою до соціальних негараздів у суспільстві є молодь. Про це свідчить і значне зростання кількості самогубств серед молодих людей: в Україні за період 2005—2010 рр. кількість суїциду серед молоді зросла вдвічі. Основні причини цього належать до соціальної, соціально-психологічної сфери: втрата соціальних зв'язків, депресія, фрустрація, алкоголізм, наркоманія, невдачі в навчанні, конфлікти з рідними, однолітками, страх перед майбутнім, самотність, розчарування в коханні, втрата сенсу життя і професійних перспектив, хронічна відсутність грошей і роботи тощо.

Тому молоді громадяни, на відміну від старшого покоління, поставлені в екстремальні умови, вихід з яких може бути непередбачуваним і неконтрольованим.

За даними Українського центру досліджень дитинства, у 27 % дітей віком від 10 до 17 років час від часу з'являються суїцидальні думки. Крім того, більшість дитячих самогубств пов'язана не з психічними захворюваннями, як здається на перший погляд, а з недоліками морального виховання.

Серед молоді на сьогодні психологи виділяють такі основні мотиви суїцидальної поведінки:

- почуття образи, самотності, відчуженості, відсутність розуміння з боку рідних і близьких;
- реальна або уявна втрата батьківської любові, нерозділене кохання (кохання без взаємності), ревності;
- переживання, пов'язані зі смертю одного з батьків, розлучення батьків;
- почуття провини, сорому, незадоволеності собою;
- страх перед ганьбою, глузуванням, приниженням;
- страх перед покаранням;
- сексуальні ексцеси, вагітність;
- бажання помсти, погрози, шантажу;

- бажання привернути до себе увагу, викликати жаль, співчуття.

**Суїцидальна поведінка** — поняття ширше і поряд із суїцидом включає суїцидальні замаху, спроби та прояви.

**Суїцидальні замаху** — всі суїцидальні акти, що не закінчилися летально з причини, незалежної від суїцидента.

**Суїцидальними спробами** вважають демонстративно-установчі дії, при яких суїцидент найчастіше знає про безпеку здійснюваного ним акту.

**Суїцидальні прояви** — думки, вислови, патяки, які не супроводжуються жодними діями, спрямованими на позбавлення себе життя.

**Аномічні самогубства** — акт самогубства, що є наслідком неспроможності людини пристосуватися до швидкозмінюваних умов суспільства.

**Фрустрація** — психічний стан людини, що виявляється в характерних переживаннях і поведінці, спричинених об'єктивно неспереборними (або такими, що суб'єктивно сприймаються як непереможні) труднощами на шляху до досягнення мети.

**Евтаназія** — практика припинення (або скорочення) лікарем життя людини, яка страждає на невиліковне захворювання, на її прохання в безболісній або мінімально болісній формі для припинення страждань.

Причини суїциду різноманітні й полягають не лише в особистісних деформаціях суб'єкта й обстановці, яка травмує психічно, а й у соціально-економічній та моральній організації суспільства.

Більшу частину (60—80 %) випадків суїциду спричинюють **сімейні конфлікти**. Здебільшого це несправедливе ставлення, образи, приниження, ревності, подружня зрада. З іншого боку, за статистикою, люди, які перебувають у шлюбі, вчиняють самогубство значно рідше, ніж одинаки або розлучені. Високий рівень суїциду спостерігають серед людей, які втратили партнера: вони вдаються до самогубства втричі частіше, ніж сімейні.

Інша група дослідників стверджує протилежне: рівень життя й кількість самогубств не пов'язані між собою. Красномовним підтвердженням тому може бути Швеція — одна з високорозвинених і багатих країн Європи, яка протягом 10 років є лідером за кількістю суїцидів.

Життєві реалії та наукові дослідження засвідчують тісний зв'язок між наркоманією, алкоголізмом, депресією і суїцидальною поведінкою. Статистика свідчить, що зловживали алкогольними напоями 60 % самогубців, хоча безпосередньо перед самогубством алкоголь вживають лише у 8 % випадків, наркотики — у 4 %.

Повністю запобігти суїциду не можна. Зниженню рівня самогубств можуть сприяти статті в ЗМІ про те, як і чому було скоєне самогубство, наслідки такої дії у всій її страшній реальності.

Є багато різних способів покінчити життя самогубством:

- повішення;
- отруєння;
- передозування лікарськими засобами;
- падіння з висоти;
- розтин вен;
- утоплення тощо.

На вибір способу скоєння суїциду впливає психологічний стан людини. У деяких випадках він може бути зумовлений найбільшою доступністю, наприклад повішення.

Християнство вважає самогубство гріхом. В ісламі суїцид також засуджують, але мусульмани переконані, що мученики, які померли в ході джихаду, одразу потрапляють у рай. Цим самим шахіди — терористи-смертники — виправдовують скоєні ними вбивства невинних людей. Так само в ісламі перевагу віддають смерті перед нестерпним стражданням чи безчестю мусульманина.

В індуїзмі та буддизмі самогубство вважають безглуздом, оскільки згідно з концепцією реінкарнації, у наступному житті самогубець повернувся б у ту саму ситуацію. Водночас самогубство як жертвоприношення богам або скоєне людиною старечого віку, яка залишила нащадка, схвалюють.

У культурі багатьох народів світу самогубство не лише не засуджують, а й вважають почесним чи навіть обов'язковим у деяких випадках. Наприклад, японські самураї практикували ритуальне самогубство *сеппуку*. В Індії довгий час існувала традиція *саті* — самоспалення вдови після смерті чоловіка. Під час Другої світової війни японських пілотів-смертників — *камікадзе* — вважали на батьківщині героями.

### Контрольні запитання

1. Що таке психогенний біль?
2. Назвіть види психогенного болю.
3. Назвіть причини виникнення психогенного болю.
4. Що таке дорсалгія?
5. Що таке невротичні розлади?
6. Що таке неврози?
7. Дайте визначення поняття «неврози».
8. Назвіть основні форми неврозів.

9. Що таке невроз нав'язливих станів?
10. Що таке неврастенія?
11. Що таке істерія?
12. Назвіть види істерії.
13. Що таке афективно-шокові реакції?
14. Назвіть основні симптоми істерії.
15. Що таке реактивні психози?
16. Якою є клінічна картина гострого шокowego реактивного психозу?
17. Як лікувати істерію?
18. Що таке реактивна депресія?
19. Що таке реактивний параноїд?
20. Як лікувати реактивний параноїд?

## Розділ 15

### Розлади особистості та поведінки (психопатії)

Кожна людина має власний характер — неповторний, унікальний набір індивідуальних особистісних рис. У більшості він не є патологічним. Розцінювати будь-кого як особистість, що має патологічний характер або особистісне порушення, можна лише в тому разі, коли моделі його поведінки настільки негнучкі, що перешкоджають повноцінному психологічному розвитку або адаптації.

Оцінка й описання патологічних особистостей містяться в джерелах, які належать стародавнім культурам. Наприклад, Гіппократ виділяв чотири класичних типи темпераменту, залежно від переважання певної рідини в організмі: *холеричний, сангвінічний, флегматичний, меланхолійний*.

У психіатрії різні теорії щодо людей з розладами особистості почали з'являтися на початку XIX ст., а наукове обґрунтування цьому було здійснено лише в 30—50-х роках XX ст.

У працях П. Пінеля (1809) неправильна поведінка без ознак психозу визначається як «манія без марення». Прічард (1835) описував деякі патохарактерологічні зміни під назвою «моральне божевілля», Ескіроль (1838) розглядав їх як «інстинктивну мономанію», а Трела (1853) — як люцидне божевілля.

У цей самий період вітчизняний психіатр Ф.І. Герцог (1846) повідомив про осіб із гнівливістю, дратівливістю, неприборканістю захоплень.

Дослідження аномалій особистості розширилися в другій половині XIX ст. завдяки роботам Мореля (1875), Грезінгера (1866), Модслі (1868), Крафт-Ебінга (1890). Ці видатні вчені описали низку пацієнтів із «дивними характерами», з незвичайними типами мислення.

У 1900 р. Кох увів термін «психопатія». Діагноз психопатії вперше поставив Віктор Хрисанфович Кандинський під час розгляду судової справи про вбивство, яке було здійснено особою без виражених психічних змін. Погляди Кандинського на психопатії підтримували такі видатні психіатри і неврологи, як Сергій Сергійович Корсаков і Іван Михайлович Балінський.

Основою психопатій В.Х. Кандинський вважав *неправильну організацію нервової системи*, що призводить до непостійності, мінливості, дисгармонії всього душевного життя. Виникнення психопатій він пов'язував зі спадковою обтяженістю або впливом зовнішніх чинників на центральну нервову систему в ранній післянатальний період.

В опублікованій у 1886 р. монографії Володимира Михайловича Бехтерева психопатії визначено як патологічні стани психіки з лабільністю емоцій, імпульсивністю й недостатністю етичного відчуття. В основі психопатій, на думку автора, лежать зміни структури головного мозку.

У вітчизняній психіатрії розвиток вчення про психопатії передусім пов'язаний з дослідженнями Петра Борисовича Ганнушкіна і представників його школи. П.Б. Ганнушкін вважав, що психопатії «визначають всю психічну зовнішність індивідуума, накладаючи на весь його душевний склад свій владний відбиток», «протягом життя... не зазнають жодних різких змін», «заважають... пристосовуватися до навколишнього середовища». Таким чином, П.Б. Ганнушкін уперше описав діагностичні критерії психопатій:

- тотальність патологічних рис;
- відносна стабільність;
- соціальна дезадаптація.

З початку 70-х років визначення психопатії в психіатричній літературі поступово замінюють поняттям «розлади особистості». Цей термін точніше відображає суть порушень, наявних у пацієнтів, і позбавлений соціально негативного звучання, яке було властиве уявленням про психопатії з часу виділення їх в окрему групу психічних розладів.

У сучасній психіатрії загальноприйняте таке визначення розладів особистості: «Розлади особистості — патологічні стани, що характеризуються дисгармонією психічного складу, і є постійною, частіше при-

родженою властивістю індивідуума, що зберігається протягом усього його життя».

Близько 40 % населення мають певні характерологічні відхилення, що призводять до патологічних порушень, однак лише в певних ситуаціях. Це так звана *акцентуація характеру*.

Для розмежування особистісних розладів із крайніми варіантами норми К. Leonhard увів поняття «акцентуована особистість». Із огляду на те, що характер як осьова властивість особистості формується до підліткового віку, Андрій Євгенович Лічко розробив концепцію акцентуації характеру в підлітків і описав різні їх типи, що можуть призвести до патологічних розладів особистості. При акцентуації характеру може не бути жодної з ознак психопатій: ні відносно стабільності характеру впродовж життя, ні тотальності його проявів у всіх ситуаціях, ні соціальної дезадаптації як наслідку тяжкості аномалії характеру. У будь-якому разі, ніколи не спостерігають відповідності всім цим трьом ознакам психопатії одночасно. Зазвичай акцентуація розвивається в період становлення характеру і згладжується з віком. Особливості характеру при акцентуації можуть виявлятися не постійно, а лише в деяких ситуаціях, за певних обставин, і майже не виявлятися в звичайних умовах. Соціальна дезадаптація при акцентуації або зовсім відсутня, або буває нетривалою.

На підставі сказаного можна дати таке визначення акцентуації характеру. **Акцентуація характеру** — це крайні варіанти норми, при яких окремі риси надмірно посилені, унаслідок чого виявляється вибірково уразливість відносно певних психогенних дій при нормальній і навіть підвищеній стійкості до інших.

Доведено, що у виникненні розладів особистості певну роль відіграють генетичні чинники. Також велике значення має органічна церебральна дисфункція, особливо у формуванні емоційно нестійкого й епілептоїдного типів. Розлади особистості можуть також формуватися під впливом несприятливих ситуаційних чинників або неправильного виховання.

Великий матеріал з етіопатогенетичних механізмів особистісних розладів отриманий в результаті психоаналітичного дослідження хворих. Фрейд описував розлади характеру як несприятливу соціалізацію внаслідок порушень відносин із батьками. Розлади особистості мають різну клінічну структуру залежно від періоду розвитку хворого, в якому вони сформувалися. Вирішальну роль тут відіграють механізми психологічного захисту, за допомогою яких індивідуум намагається

долати конфлікти, що виникають між основними параметрами психічного життя: власними потребами й реальністю.

### Класифікація розладів особистості

**Класифікація Е. Краепелін** (1915) передбачає наявність семи груп:

1. Збудливі особистості.
2. Нестримані (нестійкі).
3. Імпульсивні (люди потягів).
4. Диваки.
5. Брехуни.
6. Вороги суспільства (антисоціальні).
7. Патологічні сперечальники.

У цій класифікації одні групи сформовано за клініко-описальним принципом, інші — за соціально-психологічним або суто соціальними критеріями.

У **класифікації К. Шнейдер** (1928) виділено 10 типів психопатичних особистостей. Ця класифікація побудована за описально-психологічним принципом.

**1. Гіпертиміки** — урівноважені, активні люди з веселою вдачею, доброзичливі оптимісти або збудливі сперечальники, що активно втручаються в чужі справи.

**2. Депресивні** — песимісти, скептики, що сумніваються в цінності й сенсі життя, часом схильні до самокатування й витонченого естетизму, що прикрашає внутрішню безрадівність.

**3. Невпевнені в собі** — внутрішньо скуті, схильні до розкаяння совісті, сором'язливі люди, що іноді приховують цю рису дуже сміливою або навіть зухвалою манерою поведінки.

**4. Фанатичні** — експансивні, активні особистості, що борються за свої законні або уявні права, або дивакуваті, схильні до фантазій, відчужені від дійсності, мляві фанатики.

**5. Ті, що шукають визнання** — пихаті особи, що прагнуть здаватися більш значущими, ніж вони є насправді, ексцентричні в одязі і вчинках, схильні до вигадок.

**6. Емоційно лабільні** — особистості, схильні до несподіваних змін настрою.

**7. Експлозивні** — запальні, дратівливі, легко збудливі.

**8. Бездушні** — позбавлені співчуття, сумнівні совісті, почуття сорому, честі, розкаяння.

**9. Безвольні** — нестійкі, легко схильні як до позитивних, так і до негативних впливів.

**10. Астенічні** — особистості, що відчувають свою душевну й психічну недосконалість, скаржаться на низьку працездатність, утруднення в концентрації уваги, погану пам'ять, а також підвищену стомлюваність, безсоння, біль голови, серцеві і судинні розлади.

На противагу наведеним типологіям у **класифікації Е. Кретшмер** (1930) всі аномалії особистості об'єднано в дві групи:

- шизоїди;
- циклоїди.

Такий дихотомічний поділ зумовлений принципово іншою позицією автора щодо класифікації психопатій. Початковим пунктом цієї класифікації, побудованої за принципом «руху від хвороби до здоров'я», став запропонований Е. Краепелін розподіл ендогенних психозів на дві полярні групи (шизофренія і маніакально-депресивний психоз).

**Циклоїди** — проста натура з безпосередніми, природними й невдаваними відчуттями. Вони товариські, привітні, добросердні, веселі, водночас можуть бути сумними, м'якими.

У **шизоїдів**, за Е. Кретшмер, розрізняють «зовнішній бік» і «глибини». В'їдлива суворість або тупа похмурість, колоча іронія, лякличість, мовчазна відлюдькуватість — такий зовнішній бік шизоїда. Що б не було змістом їх уявлень — це нікому недоступно, все це тільки для них одних.

У вітчизняній психіатрії, починаючи з 30-х років, найбільше визнання отримала **класифікація П.Б. Ганнушкіна** (1933), який виділив такі типи психопатичних особистостей:

- циклоїди;
- астеніки;
- шизоїди;
- параноїки;
- епілептоїди;
- істеричні характери;
- нестійкі;
- антисоціальні;
- дурні.

Порівняно із систематикою Е. Кретшмер класифікація П.Б. Ганнушкіна типологічно значно більше диференційована. Крім того, клінічно визначено психопатичні типи особистості.

При диференціації розладів особистості як критерій використовують і спосіб їх формування. Такий підхід розвинули О.В. Кербіков і вчені його школи. У межах цього напряму досліджень виділяють дві групи психопатій: конституціональні («ядерні») і набуті.

До «ядерних» психопатій зараховують природжені (зокрема, генетично зумовлені) або такі аномалії особистості, що сформувалися внаслідок несприятливого впливу у внутрішньоутробний період.

Група **набутих** (реактивних) психопатій об'єднує патології характеру, що формуються в дитинстві. У генезі аномалій особистості в цих випадках велике значення мають несприятливі соціально-психологічні чинники (погані умови життя в дитинстві, сирітство, відсутність материнської ласки або, навпаки, гіперопіка, асоціальні установки мікросоціального оточення, наркоманія, алкоголізм батьків), яким не протистоять коригувальні виховні впливи.

Серед нейрофізіологічних концепцій, що стали основою систематики розладів особистості, передусім необхідно згадати вчення І.П. Павлова про вищу нервову діяльність. Проводячи кореляції між типами вищої нервової діяльності й особливостями психічного складу людини, І.П. Павлов розглядав психопатії як крайні варіації нормальних типів вищої нервової діяльності. Проте вони вирізняються найменшою стійкістю і пристосованістю, крихкістю і ламкістю. За цим принципом виділяють **збудливі** і **гальмівні** групи психопатій.

Характер можна вважати патологічним, тобто розцінювати як психопатію, якщо він відносно *стабільний у часі*, тобто мало змінюється протягом життя. Цю першу ознаку, на думку А.Є. Лічко, добре ілюструє прислів'я: «Який у колісці, такий — і в могилу».

Друга ознака — *тотальність проявів характеру*. При психопатіях одні й ті самі риси характеру виявляються всюди: і вдома, і на роботі, і на відпочинку, і серед знайомих, і серед чужих, тобто в будь-яких обставинах. Якщо ж людина, наприклад, вдома одна, а «на людях» — інша, тобто акцентуація виявляється не завжди і не скрізь, то це не патологія, не психопатія.

Нарешті, третя і, мабуть, найважливіша ознака психопатії — *соціальна дезадаптація*. Вона полягає в тому, що в людини постійно виникають життєві труднощі, причому їх зазнає або вона сама, або люди, що її оточують, або всі разом. Якщо ж особливості характеру не перешкоджають соціальній адаптації або навіть сприяють їй, йдеться про *акцентуацію*, а не психопатію.

*Якщо риса характеру людини постійно заважає жити їй та іншим — це психопатія, або розлад особистості.*

### Розлади потягів

Розлади потягів наведено у МКХ-10 у розділі «Розлад звичок і потягів». Ця категорія порушень поведінки характеризується *повторюва-*

*ними нападами потягів, без зрозумілої раціональної мотивації, які су-перечать інтересам самого пацієнта і не можуть бути контролювані ним.*

Основною ознакою їх є **порушення волевих функцій**, що нерідко призводить до протиправних дій. Розлади потягів іноді спостерігають при психічних захворюваннях, таких як шизофренія, органічні захворювання головного мозку, епілепсія, олігофренія.

Однак найспецифічніших ознак вони набувають при психопатіях, тому найчастіше їх розглядають у розділі розладів особистості та поведінки. У МКХ-10 їх зараховано до порушень потягів при психопатіях:

- патологічна схильність до азартних ігор;
- патологічна схильність до патологічних підпалів (піроманії);
- патологічна схильність до патологічного злодійства (клептоманії);
- патологічна схильність до трихотіломанії (потяг до висмикування волосся);
- розлад статевої ідентифікації (статевого потягу).

**Патологічна схильність до азартних ігор** проявляється в частих повторних епізодах участі в азартних іграх, що є провідним у житті особи, призводить до зниження соціальних і професійних навичок, втрати матеріальних і сімейних цінностей.

Такі особи зазвичай мають великі борги, порушують податкове законодавство, ухиляються від сімейних обов'язків. Вони описують наявність сильного потягу до азартних ігор, його непереборність, неможливість контролювати власні дії. Поза ігровою діяльністю вони переживають епізоди, пов'язані з азартом гри, постійне внутрішнє напруження. У такі періоди вони тривожно сплять, стають дратівливими, конфліктними. Відрізняє їх від звичайних гравців *охоплення ігровою діяльністю, порушення соціальних форм поведінки, байдужість до свого зубожіння й благополуччя родини.*

**Піроманії** (патологічний потяг до підпалів) серед розладів потягів посідають значне місце. Вони характеризуються прагненням робити підпали і милуватися вогнем. Розрізняють справжні піроманії й помилкові (псевдопіроманії). В останніх випадках підпали скоюють з метою помсти, приховування яких-небудь протиправних дій, у стані сп'яніння.

Справжні піроманічні акти виникають періодично на висоті ажитованого стану, єдиним мотивом яких є *милування вогнем або розрядка свого внутрішнього напруженого стану*. При цьому хворі підпалюють випадкові об'єкти. Із пожежі, яка виникла, такі особи не тікають. Свій стан вони описують як непереборний потяг до вогню. При цьому в них

виникають приємні відчуття, повністю відсутні почуття провини та оцінка наслідків своїх дій.

У деяких випадках виникає сексуальне порушення. Вигляд вогню й дії людей під час гасіння пожежі сприяють розрядженню афективного напруження, що надалі повторюється й зумовлює прагнення до нових підпалів. Розлад потягу у формі піроманії спостерігають при різних формах психопатії.

**Клептоманія** (патологічне злодійство) у практиці судово-психіатричної експертизи спостерігають у край рідко, хоча особи, що їх притягають до відповідальності за розкрадання, досить часто підлягають експертизі.

При **клептоманії**, так само, як і при інших видах розладів потягу, невтримне бажання до здійснення крадіжки виникає періодично. Йому передують почуття внутрішнього напруження, незадоволеності, тривоги. *Крадіжку хворий скоює завжди наодинці; вона не пов'язана з матеріальною необхідністю і, як правило, не сприяє особистому збагаченню.*

Пацієнт викрадає випадкові предмети, що потрапили в поле його зору. Після крадіжки хворий не переймається приховуванням слідів злочину, він переживає розрядку емоційного напруження. *Так, літня акторка, матеріально забезпечена, була затримана в магазині при спробі здійснити кишенькову крадіжку. Вона двома пальцями намагалася витягти носову хустинку з кишені жінки. Під час обшуку в будинку акторки було виявлено кілька сотень носових хустинок, непарних рукавичок.*

*На слідстві вона заявила, що періодично відчуває невтримне бажання здійснити крадіжку. Для цього вона приходив у магазин, тисняться серед людей, виявляє погано прикриті кишені й виймає з них те, що там лежить. Після крадіжок вона відчуває «надзвичайне щастя». Вкрадені речі їй зовсім не потрібні. Вона ними не користується, періодично перебирає їх, і навіть ця дія знімає тривогу й підвищує настрій.*

Удавані клептоманії варто відмежовувати від розкрадань і крадіжок, не пов'язаних із розладом потягів. Такі вчинки завжди ретельно планують, нерідко здійснюють зі співучасниками, які організують «прикриття», заздалегідь визначають заможність жертви; метою є отримання матеріальної вигоди.

Особи, неодноразово притягнені до відповідальності за крадіжки, часто мотивують свої вчинки невтримним бажанням до крадіжок. Однак така поведінка не може бути розцінена як розлад потягів, якщо їхні дії не відповідають описаним вище клінічним особливостям клептоманії.

До розладів потягу належить **дромоманія** (патологічна схильність до бродяжництва). Розрізняють також справжні й помилкові (псевдо-) форми дромоманії.

У хворих періодично з'являється схильність до бродяжництва, коли вони без причини залишають постійне місце проживання і безцільно переїжджають із одного місця в інше, де жебракують, а потім залишають його. Такі особи, розповідаючи про свої «подорожі», називають багато географічних місць, в яких вони побували, але не можуть описати мети своїх мандрівок або яких-небудь визначних пам'яток відвідуваних місць. Вони повідомляють про зміни настрою, коли на висоті тривожно збудженого афекту з'являється бажання безпричинно покинути родину, куди-небудь виїхати. Після нормалізації настрою такі особи повертаються додому.

Справжню дромоманію варто відрізнити від помилкової. Останню часто спостерігають у підлітковому віці, вона пов'язана зі складними взаєминами в родині (пияцтво батьків, жорстокі методи покарання та ін.). Такі підлітки, тікаючи з дому, живуть на горищах, у підвалах, іноді переїжджають з місця на місце, приєднуються до антисоціальних груп підлітків або дорослих, де діють за основними формам поведінки групи. Надалі вони можуть тікати з дому і за відсутності психотравмивних ситуацій. Такі форми бродяжництва не можуть бути розцінені як дромоманії, тому що вони зумовлені певною ситуацією і згодом у ході дорослішання компенсуються.

**Розлади статевого потягу і парафілії** у психопатичних особистостей є одним із найскладніших питань психіатричної практики. Дотепер залишається недостатньо з'ясованим питання сексуальних спотворень, визначення різних видів розладів статевого потягу, клінічних закономірностей їх динаміки.

Недостатня вивченість зазначених розладів стала причиною розвитку різноманітних концепцій і теорій походження цих видів потягу. Виходячи з положень про *біологічну зумовленість і вродженість розладів статевого інстинкту*, одні автори так само трактують суть цього виду **перверсій**. На противагу їм прихильники *«набутого» генезу* перекручень провідним чинником формування перверсій вважають несприятливий вплив зовнішнього середовища. Представники *«ендокринної теорії»* стверджують, що важливе значення мають порушення гормонального фону, і з цих позицій пропонують ті чи ті види терапії сексуальних розладів.

Прихильники *психоаналітичної концепції* визначають сексуальні перверсії як неврози, що виникли внаслідок затримки статевого розвитку в дитячому і підлітковому віці.

Із погляду *умовно-рефлекторної теорії*, перверсії виникають унаслідок утворення патологічного умовного рефлексу.

Достатнє поширення мають і *комбіновані теорії*, згідно з якими розлади сексуального потягу визначаються багатьма чинниками, що варто враховувати під час діагностики. Разом із тим, жодна з наведених теорій не отримала загального визнання; вони можуть бути оцінені не більше ніж гіпотези, що пояснюють лише окремі сторони проблеми.

Сучасна сексопатологія і психіатрія виділяють два типи патологічних сексуальних потягів: розлад статевої ідентифікації і **сексуально-го переважання**.

До розладів статевої ідентифікації належать чоловічий і жіночий гомосексуалізм (мужолозтво, лесбійство). Ставлення до цих форм сексуальних порушень у сексопатологів і законодавців неоднозначне. Жіночий гомосексуалізм ні у вітчизняному, ні у закордонному законодавстві ніколи не визнавався злочином, на противагу цьому в низці країн чоловічий гомосексуалізм вважають кримінальним злочином. Відповідно до Карного кодексу України кримінальній відповідальності підлягають лише особи, що вчинили **насильницькі** гомосексуальні акти, зокрема з **неповнолітніми**.

Чисті форми гомосексуалізму спостерігають украй рідко. Найчастіше це бісексуальні стосунки, коли особа в ситуації ізоляції здійснює гомосексуальні статеві акти, а у звичайному житті має нормальні статові стосунки.

Ситуації ізоляції виникають в **одностатевих колективах**: тривалі плавання, виправні колонії та ін. Певну роль у формуванні гомосексуальної орієнтації варто відводити й питанням правильного статевого виховання. На практиці трапляються випадки, коли в родині з'являється дитина небажаної статі, і батьки компенсують це відповідним ім'ям, одягом, іграшками. Як наслідок формується особистість з невідповідної статевою ідентифікацією, що надалі може фіксуватися й супроводжувати людину протягом усього її життя. Корекція таких форм поведінки можлива згодом. Разом із тим спостерігають випадки, коли порушення статевої ідентифікації виникають рано, без видимих зовнішніх причин, і залишаються стійкими. Ці випадки належать до **справжніх** розладів статевого потягу. Вони, як правило, не піддаються корекції і мають безсумнівно біологічну зумовленість. Саме в цих випадках відбуваються порушення гормонального фону, а іноді виявляють раннє органічне ураження центральної нервової системи.

**Транссексуалізм** — бажання бути прийнятим у суспільстві як особа протилежної статі, з почуттям неадекватності й дискомфорту

від своєї анатомічної статі. Такі особи носять одяг, що не відповідає їхній статі, застосовують косметику для зміни зовнішнього вигляду, вдаються до хірургічних косметичних операцій. Іноді вони ведуть подвійний спосіб життя, на роботі й у суспільстві виявляють себе як особи своєї статі, а вдома й у вузькому колі знайомих намагаються виявити себе як особи протилежної статі.

*Так, особа чоловічої статі, вважаючи себе жінкою, продала машину, купила багато жіночого одягу і вечорами перевдягалася, гуляла вулицями, заговаряла із чоловіками, видаючи себе за жінку, кокетувала, а ранком у чоловічому одязі йшла на роботу. Цей чоловік навіть оформив шлюб із жінкою, заздалегідь попередивши її про неможливість статевої відносин. Іноді він виходив на балкон у жіночому одязі й робив непристойні дії, за що й був притягнутий до відповідальності. І лише під час проведення судово-психіатричної експертизи було виявлено ознаки транссексуалізму.*

Із поглибленням статевої потягів деякі пацієнти наполягають на **хірургічній операції зі зміни статі**. Подібного типу операції здійснюють як за кордоном, так і в нас у країні. Однак це можливо лише після **консультації психіатра**, який повинен констатувати справжню форму транссексуалізму і відсутність яких-небудь інших психічних розладів, а також за наявності висновків сексопатолога і ендокринолога. Після хірургічного втручання таким особам можуть бути видані документи зі зміною імені. Особи з подібного типу порушеннями рідко скоюють правопорушення.

Справжніми порушеннями статевого потягу є **парафілії** (розлади статевого переважання за МКХ-10), при яких переключений сексуальний потяг повністю або частково заміщує нормальне статево життя. Парафілії формуються рано на тлі органічного ураження головного мозку, що є біологічним підґрунтям аномального потягу.

Особливі форми сексуальних порушень розвиваються в осіб з ознаками хронічного алкоголізму, чому сприяє загальне зниження рівня особистості, емоційне огрубіння, ігнорування стандартів поведінки з деструкцією ієрархії мотивів. У психіатричній класифікації є описання багатьох видів парафілії, однак психіатричне значення має лише кілька з них: **педофілія** — статовий потяг до дітей; **ексгібіціонізм** — оголення статевої частини перед іншими людьми; **геронтофілія** — статовий потяг до людей літнього віку; **некрофілія** — статові акти з трупами; **садомазохізм** — заподіяння болю під час статевого акту.

На педофілію страждають переважно чоловіки, зокрема літнього віку, з тими або тими порушеннями статевої функції. Це розпутні дії,

що супроводжуються демонстрацією порнографії, роздяганням дітей, оглядом їхніх статевих органів із мастурбацією. Іноді з дітьми здійснюються статеві акти, як у звичайній, так і зміненій формі.

Особи, що виявляють ознаки педофільії, відвідують школи, дитячі майданчики, чекають на дітей у ліфтах, влаштовуються на роботу в дитячі заклади, де легше знайти об'єкт своїх порушених потягів.

**Геронтофілія** — розлад сексуальної орієнтації, при якому статеві акти здійснюються з людьми літнього і старечого віку. Геронтофілія трапляється порівняно рідко; часто супроводжується садистськими тенденціями або жорстокими вбивствами.

**Некрофілію** — статевий потяг до трупів — спостерігають переважно в чоловіків. Формується цей вид розладів потягу в осіб із глибокими формами психопатій або у психічнохворих. Некрофілії часто є працівниками моргів або цвинтарів. Вони розривають могили або в моргах знушаються над трупами.

**Ексігібіціонізм** — розлад статевого потягу, що проявляється в періодичній або постійній схильності до оголення своїх статевих органів, особливо перед особами протилежної статі (частіше перед жінками), без намірів статевого контакту. Оголення супроводжується ерекцією.

Подібна схильність проявляється на висоті емоційного напруження й чергується зі світлими періодами.

*Один чоловік, що займає високий соціальний стан, періодично ранком перед роботою з'являється в жіночій перукарні. У залі очікування він оголював статеві органи, мастурбував і потім швидко виходив. Був притягнутий до кримінальної відповідальності за хуліганство. Під час обстеження (вік пацієнта — 61 рік) жодних психічних розладів, крім ексгібіціонізму, виявлено не було.*

**Садизм** — досягнення статевого задоволення шляхом заподіяння страждань статевого партнеру. Діапазон садистських актів досить широкий: від докорів і словесних образ до жорстокого побиття і нанесення тяжких тілесних ушкоджень. Можливі навіть вбивства. Такі особи іноді отримують статеве задоволення, здійснюючи статеві акти із жертвою, що перебуває в стані передсмертної агонії.

**Мазохізм** — отримання сексуального задоволення від приниження і страждань, заподіяваних сексуальним партнером. На практиці частіше спостерігають поєднання садизму з мазохізмом, що становить синдром **садомазохізму**. Це розлад властивий особам чоловічої статі. Іноді оргазм настає від одного виду страждань партнера.

Садистські нахили в пацієнтів простежуються з дитинства, коли вони отримують насолоду від виду страждань тварин, для чого під-

вішують, підпалюють котів і собак, ловлять, убивають і шматують птахів. Таку саму жорстокість вони проявляють до друзів і однокласників. Надалі жорстокість стає рисою характеру й проявляється в ставленні стосунках із партнером.

**Справжнім розладам** потягу властиві певні закономірності:

- повторюваність однотипних дій без будь-якої матеріальної зацікавленості;
- відсутність наміру приховати протиправну дію;
- патологічне мотивування протиправної дії;
- підпорядкованість дій характеру потягу.

Розлади потягів не виникають ізольовано; спостерігають їх ранне формування і трансформацію одних потягів в інші, а іноді й співіснування кількох форм порушеного потягу.

### Перебіг психопатії у дітей і підлітків

У дітей і підлітків найчастіше спостерігають **збудливий тип психопатичної особистості**. Такі особи, наприклад, встряють у бійку з приводу й без нього. Виділяють також хиткий тип психопатичної особистості. Це особи зі слабкою волею. Спостерігають й інші види деформації особистості.

У реальному житті психопатів небагато, найчастіше це хворобливі характери, лише зовні схожі на психопатичні. Називають їх психопатоподібними.

**Психопатоподібні розлади** проявляються в надзвичайній запальності і дратівливості, після чого нерідко виникають слізливість, підвищена сонливість і стомлюваність. Якщо таких дітей правильно і вчасно лікувати, усі хворобливі ефекти здебільшого минають. Однак їм не можна грати в хокей, футбол, займатися боксом та іншими видами спорту, що супроводжуються ризиком ЧМТ.

У разі вживання такими особами алкогольних напоїв чи наркотиків спостерігають значне погіршення стану. Саме в психопатоподібних хворих залежність від алкоголю і наркотиків розвивається швидко, а перебігає дуже тяжко. Від психопатоподібного порушення вилікувати можна, але від алкоголізму чи наркоманії, що виникли на тлі цього розладу, — нелегко.

На розвиток дитини під час внутрішньоутробного періоду вкрай шкідливо впливає зловживання жінок курінням, алкогольними напоями, транквілізаторами. Споживання продуктів із нітратами та різноманітними добавками, від чого нині складно вберегтися, теж сприяє на-

родженню дітей із психопатоподібними проявами психічної невтривалості.

У підлітковому віці часто розвивається **синдром дисгармонійного статевого розвитку**, який може перебігати у двох формах: синдром уповільненого і синдром прискороного статевого розвитку. І те, й інше — патологія, особливо синдром прискороного статевого розвитку як найчастіший варіант. За своїми проявами це психопатоподібний синдром. Він має тимчасовий характер: закінчився підлітковий період, завершився період статевого дозрівання, і хвороба минула. Але поки вона триває, ризик захворіти на наркоманію, алкоголізм, стати повією дуже великий. Через психопатоподібні прояви такі підлітки шукають надзвичайних відчуттів, їх не зупиняють ні етичні, ні естетичні, ні ідейні, ні сімейні установки.

Наркотики, алкоголь і токсини впливають на нервову систему і загалом на поведінку людини. Однією з найхарактерніших ознак психічних розладів у підлітковому віці є наявність у клінічній картині симптомів психічної незрілості (інфантильності).

Синдром **психічного інфантилізму** посідає особливе місце, і не лише тому, що має високу частоту виявлення. Він значною мірою визначає особливості клінічної картини, характер і мотивацію, адаптаційні й критичні здатності й тому може мати значення для експертної оцінки. При певних обставинах психічна незрілість, властива віку, може набувати патологічних форм. Залежно від характеру причин виникнення інфантилізм виявляють у різні вікові періоди, що позначається на його клінічній характеристиці.

Розрізняють інфантилізм *тотальний* і *парціальний*. Затримки розвитку можуть стосуватися лише психічної сфери, але нерідко спостерігають і соматичні порушення (психофізичний інфантилізм). За походженням виділяють інфантилізм *конституціональний, органічний, ендокринний, соціо-культуральний*.

У період пубертатного кризу внаслідок його «асинхронного» перебігу спостерігають «кризовий» варіант психічного інфантилізму. При цьому переважає гротескне загострення рис і тенденцій молодшого підліткового віку.

Серед форм інфантилізму, зумовленого соціо-психологічними чинниками, виділяють «синдром єдиної дитини», в основі якого — неправильне виховання за типом «кумира родини» і «гіперопіки», а також явища «госпіталізму», що виникають у підлітків в умовах депривації. При цьому спостерігають такі прояви незрілості, як несамостійність, неорганізованість, недостатність практичних навичок і ініціативи,

низька витривалість до психічних навантажень, збереження дитячого характеру прихильностей та інтересів, егоцентризм, недостатність соціальної зрілості й адаптованості.

Синдром фантазування тісно пов'язаний із психічною незрілістю, нозологічно неспецифічний, неоднорідний за структурою, механізмом виникнення. Необхідність вивчення фантазування зумовлена існуванням його патологічних форм і можливістю вчинення протиправних дій під впливом вимислів.

Для підліткового віку характерним розладом є **дромоманія**. У формуванні дромоманії розрізняють реактивний етап — перша втеча з дому, пов'язана із психічною травмою; потім втечі стають частішими, фіксованими, на будь-яку незначну несприятливу ситуацію виникає звична реакція — втеча з дому. Надалі вони стають немотивованими, несподіваними, набувають характеру імпульсивності.

Дромоманія, характерна для дитячого і підліткового віку, є цілком нормальним проявом психічного розвитку, але відомі випадки, коли, виникнувши в дитинстві, захворювання зберігається і в дорослих чоловіків і жінок, причому жінку не зупиняє наявність маленьких дітей.

## Лікування психопатії

Лікування хворих на психопатію — складне завдання, оскільки такі пацієнти майже ніколи не усвідомлюють себе хворими, а при деяких видах психопатій ще й ображаються за однієї лише згадки про можливий візит до лікаря. Проте хворих на психопатію обов'язково потрібно лікувати, щоб запобігти їх соціальній дезадаптації. Потрібно розуміти, що питання адаптації хворого на психопатію в нормальному житті визначається його професією і оточенням. Наприклад, пацієнти із шизоїдною психопатією можуть реалізувати себе в галузі фундаментальних наук, а з істеричною — в акторських професіях. Водночас патологічна брехливість, астенія або паранояльні риси позначаються на суспільній адаптації хворих у всіх випадках.

*Лікарські препарати при психопатії практично не призначають.* По-перше, це захворювання медикаментозно вилікувати не вдається, можна лише пом'якшити або усунути його прояви, а по-друге, практично неможливо переконати хворого на психопатію вживати ліки. У низці випадків основним завданням терапії є лікування супутньої патології: алкоголізму, наркоманії, адже ці захворювання можуть посилити психопатологічний дефект особистості.

Лікування психопатій потрібно починати в дитинстві. Воно включає низку лікарсько-педагогічних заходів, спрямованих на корекцію психопатичних проявів. У періоди декомпенсації поряд із педагогічним впливом застосовують психо-і працетерапію, а також призначають психотропні засоби. Найефективнішими у цьому разі є транквілізатори (діазепам, оксазепам, еленіум, феназепам) і нейролептики (неулептил, трифтазин, стелазин, галоперидол, еглоніл).

Для усунення психопатичного збудження застосовують тизерцин, седуксен, неулептил, сонапакс, подеколи — аміназин.

При дисфоріях і дистиміях показані неулептил у дозі 200—400 мг, початкова доза — 20—50 мг; тизерцин — 150—300 мг; аміназин — 300—500 мг; триптизол — 100—200 мг, початкова доза — 10—25 мг; мепротан — 800—1400 мг; седуксен — 20—60 мг; еленіум — 30—80 мг, початкова доза — 10 мг.

При астеничних станах ефективні внутрішньовенне введення 20,0 мл 40 % розчину глюкози з 1,0 мл 5 % розчину аскорбінової кислоти; малі дози інсуліну — 6—8—12 ОД; сиднокарб — 10—25 мг, початкова доза — 5 мг; амізил — 1—2 мг 3—5 разів на добу; сиднофен та ін.

У випадках психопатії, що супроводжуються безсонням, застосовують тизерцин до 150—300 мг на добу; хлорпротиксен — 20—400 мг; сонапакс — 10—50—75 мг; піпольфен — 25 мг 2—3 рази на добу; еуноктин — 5—30 мг; івадол.

При нав'язливих станах ефективні етаперазин — 60—120 мг на добу; триптизол — 100—200 мг, початкова доза — 10—25 мг; седуксен — 20—60 мг; еленіум — 30—80 мг, початкова доза — 10 мг; мепробамат — 800—1400 мг.

При невротичних станах показані триптизол — 100—200 мг, початкова доза — 10—25 мг; седуксен — 20—60 мг; препарати валеріани.

У разі погіршення стану для лікування емоційно-нестійких і параноїдних психопатичних особистостей застосовують тизерцин — 150—300 мг; неулептил — 200—400 мг, початкова доза — 20—50 мг; седуксен — 20—60 мг та ін.

При ананкастних і тривожних психопатіях залежно від стану пацієнта призначають меліпрамін у дозі 150—250 мг, початкова доза — 25 мг; амітриптилін по 100—200 мг, початкова доза — 10—25 мг; сиднокарб по 10—25 мг, початкова доза — 5 мг; центедрин по 10—30 мг, початкова доза — 10 мг.

При істеричній психопатії частіше застосовують транквілізатори бензодіазепінового ряду: еленіум — 30—80 мг; седуксен — 20—60 мг, початкова доза — 5—10 мг; еуноктин — 5—30 мг та ін.

При шизоїдній психопатії інколи призначають нейролептики зі стимулювальною дією: терален — 150—250 мг; меллерил — 200—400 мг; етаперазин — 60—120 мг.

**Прогноз** при психопатії визначають з обережністю. За сприятливих умов нерідко спостерігають стійку і тривалу компенсацію зі збереженням працездатності. Проте в періоди вікових кризів, а також у зв'язку із психогенним і соматогенним впливом можлива патологічна динаміка.

**Профілактика** психопатій починається з правильної допомоги при пологах та інших заходів, що їх проводять в антенатальний період. Згодом великого значення набуває раціональне виховання в родині та школі, яке передбачає вжиття щодо так званих важких дітей низки соціальних і педагогічних заходів.

**Експертиза.** Згідно з наказом Міністра оборони України, хворі на декомпенсовані форми психопатії нездатні до строкової служби у лавах Збройних сил зі зняттям їх із військового обліку; у стані нестійкої компенсації — нездатні в мирний час, але здатні до нестрокової служби у воєнний час.

Психопатичні особи в переважній більшості осудні, тому що вони розуміють значення своїх дій і можуть керувати ними.

### Клінічний випадок

*Курсант військового училища М., 20 років, приїхав додому на канікули. Під час його перебування вдома увагу сусідів привернула його незвичайна поведінка: коли повз двері його квартири проходила особа жіночої статі, він швидко відчиняв двері й з'являвся перед нею в оголеному вигляді. Показував свій статевий орган в ерегovanому стані. Потім так само швидко зачиняв двері.*

*Сусіди звернулися до військового коменданта, а той спрямував курсанта до військового психіатра.*

*У психіатричному відділенні військового госпіталю юнак контактний, всебічно орієнтований. Жодної продуктивної психотичної симптоматики у вигляді маячення не виявлено. Спокійний, врівноважений.*

*Свої дії пояснив тим, що колись, займаючись мастурбацією вдома, не зачинив дверей ванної, і в цей момент до ванної зайшла його старша сестра. Відтоді відчуває статевий потяг лише під час оголення статевих органів перед особами жіночої статі. Боротися із цим потягом не може.*

Оглянутий військово-лікарською комісією і визнаний непридатним до військової служби за статтю: психопатія збудливого кола у вигляді ексгібіціонізму.

### Контрольні запитання

1. Хто вперше ввів поняття «психопатія»?
2. Назвіть діагностичні критерії психопатії.
3. Які чинники, на Вашу думку, сприяють формуванню розладів особистості?
4. Назвіть 7 груп психопатій за Е. Краєрліном.
5. Назвіть 10 типів психопатичних особистостей.
6. Що таке «ядерні» психопати?
7. У чому проявляється патологічна схильність до азартних ігор?
8. Що таке піроманія?
9. Назвіть основні ознаки клептоманії (патологічного злодійства).
10. Що таке дромоманія?
11. Назвіть розлади статевого потягу.
12. Назвіть основні ознаки чоловічого гомосексуалізму і транссексуалізму.
13. Що таке педофілія?
14. Схарактеризуйте геронтофілію та некрофілію.
15. Що таке ексгібіціонізм?
16. Назвіть прояви садизму та мазохізму.
17. Що таке суїцид?
18. Назвіть поширені причини суїциду.
19. Як попередити самогубство?
20. Яка роль медичної сестри в лікуванні психопатій?
21. Яка роль психотерапії в лікуванні психопатій?
22. Назвіть основні психоподібні розлади у дітей і підлітків.
23. Назвіть особливості клінічної картини психічних розладів у підлітковому віці.
24. У чому полягає синдром психічного інфантилізму?
25. Якими ознаками проявляється пубертатний криз?

### Тести для контролю рівня знань

1. У ПНД доправлено тяжкохворого віком 45 років, якому призначено штучне харчування. Хто повинен здійснювати годування тяжкохворого?

- А. Палатна медична сестра.
- Б. Лікар.

- В. Дістична медична сестра.
- Г. Молодша медична сестра.
- Г. Старша медична сестра.

2. Основною ознакою першого періоду гарячки є:

- А. Спрага.
- Б. Потовиділення.
- В. Озноб.
- Г. Судоми.
- Г. Потьмарення свідомості.

3. Під час гіпертонічного кризу з метою надання невідкладної допомоги за призначенням лікаря медична сестра прикладає п'явки на:

- А. Ділянку серця.
- Б. Уздовж хребта.
- В. Ділянку соскоподібного відростка.
- Г. Праве підребер'я.
- Г. Грудну клітку.

4. Пацієнт, 50 років, скаржиться на відчуття жару, спрагу, біль голови, підвищення температури тіла до 40 °С. Який метод найпростішої фізіотерапії доцільно застосувати?

- А. Грілку.
- Б. Припарки.
- В. Міхур із льодом.
- Г. Інгаляції.
- Г. Гірчичники.

5. У пацієнтки перший період гарячки. У плані сестринських втручань має бути зазначено:

- А. Перебування хворої в ліжку, зігрівання, спостереження за пацієнткою.
- Б. Уведення жарознижувальних засобів, вимірювання температури тіла.
- В. Застосування міхура із льодом, уживання холодних напоїв, вимірювання температури тіла.
- Г. Уведення кофеїну, визначення артеріального тиску.
- Г. Спостереження за пацієнткою, доповідь лікарю про стан її здоров'я.

6. Пацієнт, 25 років, госпіталізований з отруєнням. Під контролем лікаря необхідно зробити сифонну клізму. На яку максимальну глибину медична сестра повинна ввести гумовий зонд?

- А. 15—19 см.
- Б. 10—14 см.
- В. 20—30 см.
- Г. 31—40 см.
- Ґ. 50—80 см.

7. У тяжкохворого розвинулося блювання. Якого положення в ліжку йому необхідно надати?

- А. Лежачи на спині.
- Б. Напівсидячи.
- В. Лежачи на спині, повернути голову набік.
- Г. Лежачи на животі.
- Ґ. Лежачи на боці.

8. Ознаками легеневої кровотечі є:

- А. Піниста яскраво-червона кров.
- Б. Темна кров у блювоті.
- В. Темна кров у мокротинні.
- Г. Блювання «кавовою гущею».
- Ґ. «Іржаве мокротиння».

9. Основні реанімаційні заходи при клінічній смерті:

- А. Відкритий масаж серця, переведення на апаратне дихання.
- Б. Трахеостомія, переведення на апаратне дихання.
- В. Закритий масаж серця, штучна вентиляція легенів.
- Г. Штучна вентиляція легенів.
- Ґ. Переведення хворого на апаратне дихання.

10. У пацієнта, 23 роки, спостерігають перший період гарячки. Із перелічених заходів виберіть той, який поліпшить його стан.

- А. Використання грілки.
- Б. Використання міхура з льодом.
- В. Холодний компрес.
- Г. Медичні банки.
- Ґ. Застосування п'явок.

11. Хворий, 50 років, доставлений в міліцію після того, як 2 год тому смертельно поранив дружину ножом. Хворіє на гіпертонічну хворобу, вживав алкогольні напої. Розгублений, не пам'ятає, що трапилося, не вірить в те, що сталося. Після того, як хворому повідомили про те, що він накоїв, розвинулася реакція глибокого відчаю. Визначіть психічний розлад, який виник у хворого:

- А. Патологічний афект.

- Б. Фізіологічний афект.
- В. Психопатичне збудження.
- Г. Патологічне сп'яніння.
- Ґ. Сутінковий стан.

12. Хвора, 55 років, перебуває в психіатричній лікарні. Чотири роки тому перенесла ішемічний інсульт. Два дні тому почала говорити, що за нею слідкують співробітники СБУ. Насторожена, з острахом придивляється до всіх у палаті. На очному дні — ознаки венозного застою. Симптоми орального автоматизму позитивні. Встановіть діагноз:

- А. Шизофренічний психоз.
- Б. Інволюційний психоз.
- В. Соматогенний психоз.
- Г. Атеросклеротичний психоз.
- Ґ. Гіпертонічний психоз.

13. Хворий, лікар за фахом, 64 роки, періодично вживає алкогольні напої, рік тому переніс інфаркт міокарда. Не знає назви ліків, не володіє медичними термінами, забув імена дружини і дітей. Добросердний. Виражені симптоми орального автоматизму, склероз судин сітківки. Встановіть тип деменції:

- А. Пресенільна.
- Б. Атеросклеротична.
- В. Алкогольна.
- Г. Гіпертонічна.
- Ґ. Сенільна.

Правильні відповіді:

- |       |       |        |
|-------|-------|--------|
| 1. А. | 5. А. | 9. В.  |
| 2. В. | 6. В. | 10. А. |
| 3. В. | 7. В. | 11. Ґ. |
| 4. В. | 8. А. | 12. Г. |
|       |       | 13. В. |

## Частина 2 НАРКОЛОГІЯ

### Розділ 16 Алкоголізм

Алкоголізм у багатьох країнах світу, зокрема в Україні, є найчастішою формою психічних і поведінкових розладів унаслідок вживання психоактивних речовин. Побутове вживання алкоголю залежить від традицій у суспільстві.

Виділяють три ступені простого алкогольного сп'яніння: легкий, середнього ступеня тяжкості, тяжкий. (Вони описані в розділі «Діагностика алкогольного сп'яніння».)

Розрізняють також *патологічне алкогольне сп'яніння й ускладнені форми алкогольного сп'яніння*.

**Патологічне сп'яніння** — це гострий швидкоминулий психоз, пов'язаний із вживанням алкоголю. У цьому разі доза вжитого алкогольного напою невелика: від 100 до 300 г (людина раніше вживала такі дози алкоголю і вони не зумовлювали жодних серйозних відхилень у здоров'ї та поведінці). Прояви хвороби з'являються майже одразу після вживання алкоголю. Людина вважає, що їй загрожує небезпека, якої насправді не існує. Хворий нагадує автомат, що ожив: рухи чіткі, мовленнєва продукція незначна, частіше у вигляді команд, і присвячена тій самій уявній небезпеці, або її взагалі може не бути.

Хворий не справляє враження людини в стані сп'яніння. Наприклад, військовий уночі на станції чекає прибуття потяга. Випиває 100 г горілки. Потім раптом підходить до залізничника, примушує його, погрожуючи зброєю, стати на ваги і роздягнутися, після чого стріляє в нього та раптово засинає. Тобто стан патологічного алкогольного сп'яніння завершується сном, після якого у 80—90 % випадків настає амнезія на події, що відбувалися.

Зазначений стан спостерігають у чоловіків у віці 20—40 років, жінки до такого не схильні. Більшість учених дотримується думки, що подібний стан може виникнути один раз у житті, хоча деякі з них допускають можливість його повторення.

У 70—80 % хворих після стану патологічного сп'яніння зазначають ураження центральної нервової системи, закриті ЧМТ та інші патології.

Після випадку патологічного сп'яніння відбувається підвищення тиску спинномозкової рідини. Таким чином, у людини на тлі патологічних змін у центральній нервовій системі в разі перевтоми, тривалого безсоння під впливом невеликих для неї доз алкогольних напоїв розвивається патологічна реакція, що може бути розцінена як *короткочасний психоз з актами агресії* щодо людей, які її оточують.

Встановити факт патологічного сп'яніння можна лише під час проведення судово-медичної експертизи. У разі такого висновку експертизи людину звільняють від кримінальної відповідальності.

**Ускладнене алкогольне сп'яніння** спостерігають переважно в осіб, які перенесли ЧМТ, або хворі на психопатії, або страждають на інші захворювання центральної нервової системи.

Виділяють такі форми ускладненого алкогольного сп'яніння:

1. Із експлозивністю (вибуховістю) поведінки.
2. Із істеричними проявами.
3. Із депресивним афектом (аж до самогубства).
4. Із параноїдальним настроєм.

5. Із мовленнєвим і руховим збудженням. За силою воно перевершує звичне, яке супроводжує просте алкогольне сп'яніння. Наприклад, сп'янілий, скутий наручниками, лежить на підлозі «уазика», голосно лається і з такою силою б'є ногами в дверцята машини, що здається, ніби вона от-от перевернеться.

У цьому разі зазначають різко виражене сп'яніння із хвилеподібним перебігом, частіше у вигляді психомоторного збудження, що обов'язково має зовнішній привід. Хворий орієнтується в часі, просторі та власній особі, його поведінка формально не безглузда. Можна спостерігати одну групу симптомів (але вони є чітко вираженими) або симптоми кількох груп, які послідовно змінюють одна одну. Амнезії трапляються рідко: приблизно в 10 % випадків.

*Наведемо випадок із власної практики. Машиніст тепловоза, який відпрацював зміну без помічника, повертається додому. Випиває приблизно 0,5 л горілки. Потім заходить у гості до знайомої. Вони сидять за столом (при цьому чоловік ще трохи випив), спокійно розмовляють, після чого він із посмішкою питає: «А хочеш, я допоможу твоїй дитині з'явитися на світ?» І пристає їй ніж до живота (вона на сьомому місяці вагітності). Жінка перелякалася, але опанувала себе і м'яко відказала: «Навіщо тобі це робити, дитині ще рано народжуватися». Хворий ховає ніж і йде геть. По дорозі ламає паркан.*

*Через якийсь час він десь дістає сокиру й кидається з нею на міліцейський «уазик», розбиває фари та псує капот. Після чого кидає*

сокиру й тікає, що і рятує його від смерті, оскільки міліціанти, що сиділи в машині, були готові застосувати зброю. Після всього скошеного чоловік повертається додому та збирається лягти спати. У будинок приїжджає група захоплення і затримує його.

На допитах чоловік стверджував, що нічого не пам'ятає, за винятком того, що під час захоплення було використано сльозогінний газ і від цього в нього боліли очі.

Підсудний і його адвокат наполягали на тому, що він усе скоїв у стані патологічного сп'яніння. Запрошений на суд експерт розцінив його стан на момент злочину як змінений варіант алкогольного сп'яніння, із чим суд погодився.

### Залежність від алкоголю (хронічний алкоголізм)

Це захворювання характеризується *психічною* і *фізичною залежністю* від алкоголю, ознаками особистісної деградації.

*Психічна залежність* полягає в тому, що людина починає віддавати перевагу стану сп'яніння перед станом тверезості, поступово пов'язує стан психологічного комфорту саме з алкогольним сп'янінням; поза ним відчуває дискомфорт. Коло інтересів звужується прагненням до алкоголізації, інші заняття та розваги перестають цікавити хворого. При цьому підвищений і знижений настрій є достатнім приводом для алкоголізації.

*Фізична залежність* зумовлена залученням алкоголю в обмінні процеси організму, який не може нормально функціонувати без нього, і проявляється соматовегетативними порушеннями — алкогольний абстинентний синдром.

Підґрунтям виникнення алкоголізму є біологічні, соціальні та психологічні чинники.

*Біологічними чинниками* є генетична схильність, дефіцит серотоніну та норадреналіну, недостатня здатність мозку до окиснювання альдегідів. Останнім часом з'явилися повідомлення про виявлення *гена, відповідального за розвиток алкоголізму*. При цьому вроджену схильність до алкоголізму зазначали й раніше. Відомий також факт швидшого розвитку алкоголізму в окремих народів (жителі Крайньої Півночі, індіанці Північної Америки).

До *соціальних чинників* алкоголізму належать стрес, сімейна дезадаптація, зниження рівня життя, наслідування людей, які оточують, як у дитячому і підлітковому віці, так і на початку трудової діяльності. Є низка професій і видів діяльності, що сприяють розвитку захворювання. Серед

їхніх представників поширені ритуали та традиції, пов'язані з обов'язковим уживанням алкоголю, і несхвалення тих, хто їх не підтримує. Пияцтво серед представників певних професій може мати довгу історію (моряки, військові тощо), а може бути і недавнім «надбанням» (так звані корпоративні вечірки). «Школою алкоголізму» може стати будь-який колектив, члени якого підтримують і культивують традиції пияцтва.

*Психологічними чинниками* вживання алкоголю вважають прагнення до поліпшення комунікації та зниження рівня тривоги, конформізм, занижену самооцінку. Появі захворювання передують період зловживання алкоголем, тривалість якого індивідуальна і залежить від багатьох чинників.

Які ж дози алкоголю безпечні?

У процесі медичної підготовки водіїв використовують такі критерії: *безпечною* дозою алкоголю на тиждень є 12 стандартних доз для чоловіків і 9 для жінок (це відповідає 300 г горілки або 12 пляшкам пива для чоловіків й 225 г горілки або 9 пляшкам пива для жінок). При цьому не менше трьох діб на тиждень людина не повинна взагалі вживати алкогольні напої, а в решту днів разова добова доза для чоловіка не має перевищувати 150 г горілки або 6 пляшок пива. Вважають, що такі дози алкоголю не справляють небезпечного впливу на здоров'я. Коли майбутнім водіям повідомляють ці критерії, вони розуміють їхню невідповідність реальній ситуації та усталеним у нашій країні традиціям.

Критерієм захворювання є такі стадії залежності від алкоголю (хронічного алкоголізму):

**I стадія (початкова)** — характеризується розвитком психічної залежності й таких симптомів: зникнення блювотного рефлексу в стані вираженого сп'яніння, втрата кількісного контролю над випитим, амнезія окремих подій, які відбулися напередодні в стані інтоксикації, підвищення толерантності до алкоголю (понад 50 % від початкової).

Одним із перших симптомів розвитку залежності від алкоголю є втрата кількісного контролю. Проявляється це в тому, що хворий, почавши вживати алкогольні напої, не може зупинитися, доки не отримав максимально можливу дозу алкоголю. Це характерна ознака початку хвороби, яку хворі помічають. Вони описують це так: «Почавши пити, не можу зупинитися, поки не нап'юся». Розвиток цього симптому поступовий: спочатку хворий ще може, вживши деяку дозу, на ній спинитися, але, перевищивши її, ніби «провалюється».

Втрата кількісного контролю над випитим, яка перетворює алкоголізацію в односторонню абзузи (до стану «відключення»), стає для хворих приводом для раннього звертання за медичною допомогою.

Симптом втрати ситуаційного контролю за вжитим алкоголем проявляється в тому, що хворий спочатку ще може відмовитися від алкоголю, через те що йому потрібно щось робити, але з часом алкоголізація набуває для нього неабиякого значення. Симптом розвивається повільно, певний час можливе чергування випадків відмови від алкоголізації з випадками неможливості утриматися від пиятики. Повний розвиток цього симптому часто буває причиною пияцтва на робочому місці.

*Зазвичай це можна уявити собі так: парубок починає трудову діяльність. На роботі в нього прийнято випивати з будь-якого приводу. У понеділок робота перивається обговоренням спільної алкоголізації в п'ятницю й індивідуальної — в суботу та неділю. Багато хто з колег ранком понеділка непрацездатний. Парубок переймає досвід «ветеранів» не лише щодо роботи, а й намагається не відстати від них у пиятиці. Здоров'я дозволяє йому вживати великі дози алкоголю. Усе частіше кількість «нетверезих» днів на тиждень перевищує кількість «тверезих». Рідні все помічають і іноді докоряють цим, але він досить переконливо відповідає, що він н'є як усі, що при цьому не пропиває всі гроші й не валяється під тином, що роботу він не прогулює тощо.*

*Хворий не ухиляється ні від спілкування з батьками, ні від родинних обов'язків. І якщо навіть він дозволить собі брутальне слово в нетверезому стані, то здатний вибачитися. Це все цілком адаптована людина. Однак усе більшу частину його життя займає алкоголь.*

За медичною допомогою з приводу пияцтва хворі в цій стадії звертаються вкрай рідко. Тривалість I стадії — від 3 до 6 років.

**II стадія (середня)** — проявляється такими симптомами: уживання алкоголю в колі випадкових людей або наодинці, поява дратівливості, злостивості, агресії під час сп'яніння, зниження пам'яті, збільшення толерантності до алкоголю. Виникнення ознак абстинентного синдрому (синдром похмілля) свідчить про появу фізичної залежності від алкоголю і характеризується гіперемією обличчя, тахікардією, болем у ділянці серця, підвищенням артеріального тиску, запамороченням, пітливістю, тремором кінцівок, сухістю в роті, відсутністю апетиту, зниженням настрою. Полегшення настає в разі вживання алкоголю. Можуть виникати стани запою.

За абстинентний, або похмільний, синдром найчастіше помилково приймають післяінтоксикаційний, тобто стан після значної алкогольної інтоксикації в людини, що не має залежності від алкоголю. Відмінність між абстинентним і післяінтоксикаційним синдромами полягає в тому, що абстиненція зумовлена пригніченням обміну катехоламінів, недо-

статність яких і проявляється відповідною клінікою. Швидко відновити їх кількість можна лише завдяки вживанню алкоголю, що сприятиме поліпшенню самопочуття хворого та зумовить бажання випити ще. На противагу цьому післяінтоксикаційний синдром зумовлений надлишком продуктів переробки алкоголю. У цьому разі, навіть якщо людина отримує ще дозу алкоголю, краще їй не стане, і бажання випити не з'явиться.

*Як усе це виглядає? Перед нами зазвичай людина, старша 30 років (можливий і прискорений розвиток хвороби). Найчастіше вона говорить про себе: «Я можу не пити, але потім як зап'ю...». Хворий описує виникнення абстиненції і вже знає, як досягти полегшення. Можливе виникнення багатоденного пияцтва (запоїв). Родина хворого вже значно страждає від пияцтва, і часто точаться розмови про необхідність медичної допомоги. Під час запоїв хворий прогулює роботу, можливі порушення громадського порядку в стані сп'яніння.*

#### **Різновиди патологічного потягу до алкоголю** (за Г.Я. Авруцьким і А.А. Несдувою)

**1. Обсесивний (нав'язливий) потяг.** Хворий має прагнення до вживання алкоголю, а також приємні відчуття від всіх ритуалів і обставин, які супроводжують вживання алкоголю. Разом із тим, хворий може усвідомлювати, що цей потяг йому заважає і шкідливий для нього, він може коливатися між бажанням випити і необхідністю перебороти його.

Цей варіант потягу спостерігають у хворих у стані нестійкої ремісії в період між алкоголізаціями. Якщо ремісія набуває стійкого характеру, то він з'являється все рідше і навіть зовсім зникає. Зазвичай це відбувається, коли ремісія триває майже рік.

**2. Потяг до алкоголю за типом надцінної ідеї.** Думки про алкоголь домінують, їх неможливо позбутися, і людина не чинить спротив цьому потягу, що є досить частою причиною рецидивів. При цьому хворий не може виразно пояснити, через що відбувся зрив ремісії, що підштовхнуло його до алкоголізації.

**3. Дистимічний тип потягу до алкоголю.** Рецидиву передують пригнічений стан, дратівливість, бажання «розслабитися», заспокоїтися. Багато родичів на підставі цих симптомів можуть прогнозувати рецидив, провісником якого вони є. Запобігти рецидиву може призначення заспокійливих засобів або транквілізаторів. Про це потрібно поінформувати хворого і його родичів.

**4. Компульсивний (нестримний) потяг.** Досягає рівня фізіологічної потреби, подібної відчуттю голоду або спраги. Зазвичай самостійно

людина не здатна його перебороти, і не реалізується такий потяг лише під впливом зовнішніх чинників (госпіталізація, арешт). Виникає у хворих у стані алкоголізації або абстиненції.

Можливий розвиток аналогічного потягу у варіанті «сухої абстиненції» як психологічного феномену у хворих, які вже довгий час не вживають алкоголь. Вигляд хворого, що перебуває в стані вираженої абстиненції, провокує рецидив потягу. При цьому можуть навіть розвинути соматичні порушення, подібні до слабо вираженої абстиненції. Вони є психогенними, а не фізіологічно зумовленими.

Прогресують зміни пам'яті в стані алкогольного сп'яніння: амнезії періоду сп'яніння можуть бути субтотальними та тотальними. Починає страждати професійна майстерність. Хоча людина продовжує бути майстром «золоті руки», але через учорашню алкоголізацію потрібно багато часу для приведення їх у нормальний стан. Згодом знижується і професійна майстерність. Раніше була характерна ознака: якщо хворий пішов із гарної роботи й улаштувався в контору бюро ритуальних послуг або вантажником, це свідчило про те, що він не може витримувати нормального графіка роботи та контролю керівництва і знайшов роботу, де неабияку частину заробітку становлять алкогольні напої. Він шукає оточення подібних до себе. Усе це є ознаками прогресивної дезадаптації під впливом алкоголю.

У II стадії хвороби можуть розвинути такі прояви абстинентного синдрому, як судомні напади (раніше це мало назву «алкогольна епілепсія») і алкогольні психози.

**III стадія (кінцева)** — характеризується зниженням толерантності, запоями на тлі зміни психічного та фізичного стану, появою патологічних змін внутрішніх органів.

Таку людину називають «алкашем», «пияком» та ін. Вона має характерний зовнішній вигляд, за яким її можна впізнати здалеку. Толерантність до алкоголю знижується, людина п'є потроху, але часто. Поза сп'янінням відчуває як психологічний, так і фізичний дискомфорт. Працездатність таких хворих мінімальна, трудової мотивації практично немає. Навіть перебуваючи на лікуванні, такі пацієнти проводять час у малозмістовній балаканині і спогадах про колишні алкоголізації та не вважають за доцільне підмести підлогу в палаті. Для того щоб змусит хворих це зробити, персонал має докласти значних зусиль.

Хронічний алкоголізм призводить до деградації особистості, що характеризується вираженим морально-етичним і інтелектуальним занепадом. Емоційні розлади проявляються лабільністю настрою, уразливістю, песимізмом, спалахами дратівливості та гнівливості. Відбува-

ється емоційне отупіння, зниження критики. Хворі втрачають емоційні прихильності, почуття обов'язку та відповідальності, стають цинічними, схильними до грубих жартів («алкогольний гумор»). Вони розповідають подробиці про інтимний бік свого життя, брехливі, агресивні щодо батьків, дружин, дітей. У хворих знижується активність, інтелект, погіршується пам'ять. Це проявляється в нездатності засвоювати нове, втраті всіх інтересів, окрім утилітарних, зменшенні запасу знань. Відбувається соціальна деградація хворого, руйнуються родинні зв'язки.

Характерною ознакою алкогольної деградації є алкогольна анозогнозія — стійка переконаність хворого у відсутності в нього патологічного прагнення до алкоголю та хвороби. Анозогнозія є одним із проявів порушення самосвідомості. Хворі не лише заперечують наявність у себе нестримного бажання до алкоголю, вони переконані в тому, що легко можуть кинути пити, і не усвідомлюють обставин, які зумовлюють необхідність лікування від алкоголізму. У занедбаних випадках розвивається алкогольна деменція, хворі залишаються без роботи, перебувають на утриманні родини, наростає погіршення соматичного стану. Хворі виглядають значно старшими свого віку (шкіра бліда, із землистим відтінком тощо), втрачають почуття гідності, стають апатичними, байдужими до всього.

### Розвиток синдрому відміни із судомами

Синдром відміни із судомами розвивається на висоті абстинентного синдрому, зазвичай наступного дня після останнього вживання алкоголю. Перший у житті напад людина не здатна розпізнати, у разі повторних — хворий, відчувши ауру (різноманітні відчуття, що передують нападу), іноді може вжити деяких заходів щодо зменшення ушкоджень. Прояви аури різноманітні: від присмаків і запахів до відчуття «присутності Бога».

Напад перебігає зазвичай у вигляді великого епілептичного нападу з типовою зміною фаз судом. Малі напади і парціальні варіанти судомних нападів спостерігають значно рідше. Хворі часто приймають великорозмашисте тремтіння тіла за напад і звертаються за допомогою.

Під час нападу найчастішими є ушкодження язика (прикусування його: від синців під слизовою оболонкою до значних ран) і травми обличчя, отримані в разі падіння. Артеріальний тиск підвищений, температура тіла через виражену пітливість може бути низькою.

Хворі після нападу можуть бути повністю неконтактними, тому їх госпіталізують найчастіше як невідомих. Або під іменем і прізвищем,

які повідомили випадкові свідки нападу. Тому заповнення паспортної частини медичної картки такого хворого може затягнутися в часі.

Хворий забуває про напад, але згадка про ауру може залишитися в пам'яті.

Таких осіб потрібно госпіталізувати в наркологічне відділення в невідкладному порядку. Зазвичай хворих доправляють машиною «швидкої допомоги», іноді — рідні та близькі. Буває, що хворий після опритомнення починає відмовлятися від госпіталізації. У цьому разі медперсонал має вибрати тактику, спрямовану на користь хворого.

Не кожний випадок абстиненції у хворого, в якого вже був напад, завершується його повторенням. Але хворому варто повідомити, що ніхто не може прогнозувати, відбудеться напад чи ні. Призначаючи амбулаторне лікування хворому, який тільки-но вийшов із запою, потрібно пам'ятати, що напад може повторитися. Тому обов'язково призначають психотропні засоби, що запобігають його виникненню. Крім того, хворий волітиме отримати курс протиепілептичних засобів, ніж повний курс амбулаторного лікування. Цим варто скористатися для профілактики такого грізного ускладнення.

У частини хворих незабаром після нападу може розвинутися алкогольний делірій.

### Особливості алкоголізму при психічних захворюваннях

При *шизофренії* пияцтво набуває характеру нестримного вживання алкоголю («п'є, як воду, й особливо не п'яніє»). При цьому клінічна картина сп'яніння відрізняється від звичайної: відбувається не гіперемія шкіри і слизових оболонок, а їхнє збліднення, показники гемодинаміки також відрізняються від типових. Абстинентний синдром теж має атиповий перебіг. Варто зазначити, що за деяких форм шизофренії алкоголь завдяки заспокійливому ефекту зменшує тяжкість перебігу захворювання.

Раніше зловживання алкоголем при шизофренії класифікували як «вторинний алкоголізм», тобто психічне захворювання вважали причиною пияцтва. На практиці таких хворих передають під спостереження психіатричних закладів, тому що основним захворюванням вважають шизофренію, а в наркологічній установі вони потрапляють випадково, у разі гіподіагностики.

В осіб, які страждають на *епілепсію*, алкоголізація спричинює частіші епілептичні напади і збільшення їхньої тяжкості. Крім того, алкоголь за одночасного вживання з барбітуратами і транквіліза-

торами здатний зумовити виражене отруєння, небезпечне для життя. Хворі на епілепсію можуть потрапити на стаціонарне лікування в наркодиспансер, особливо якщо не вдалося з'ясувати причину судомного нападу. Але потім їх зазвичай передають під спостереження в психіатричні заклади.

У хворих на психопатії клініка алкоголізму поліморфна. В осіб, які страждають на *психопатії збудливого кола*, алкоголізація виражені, спричинюють тужливо-злісний настрій, супроводжуються актами агресії. При цьому людина з подібною формою психопатії може регулярно потрапляти за ґрати, що ще більше декомпенсує перебіг захворювання. Досить типовою є така історія: у стані алкогольного сп'яніння хворий учиняє бійку. Його засуджують за хуліганство, здійснене в нетверезому стані. Після звільнення він, святкуючи цю подію, негайно напивається, знову вчиняє правопорушення і знову потрапляє за ґрати. Після звільнення підпадає під нагляд міліції як рецидивіст. Під час наглядових заходів його знаходять у нетверезому стані, хворий сперечається із працівниками міліції. Після кількох подібних випадків його засуджують за порушення нагляду. І все повторюється спочатку. Деякі хворі, розуміючи свою небезпечну поведінку в нетверезому стані, відмовляються від вживання алкоголю. Застосування наркотичних речовин (опіоїдів і транквілізаторів) дещо згладжує властиві їм аномалії поведінки, але може зумовити залежність від цих препаратів.

В осіб, які страждають на *епілетоїдні психопатії*, пияцтво має злякисний характер. Вони зазвичай вживають алкоголь «до відключення». Симптоматика алкоголізму в таких хворих розвивається швидко, прогресує декомпенсація в соціальній сфері. Частими є випадки агресії в нетверезому стані.

При *психопатіях нестійкого типу* дестабілізуювальним моментом є нестримний потяг хворих до задоволення і насолоди. Сумнівів і нерішучості перед вживанням алкоголю вони не мають (за В.С. Бітенським). Потрапляння в звичну компанію після виписування зі стаціонару зумовлює рецидив.

Особи із *шизоїдним типом психопатії* схильніші до вживання гашишу, похідних ефедрину й опіоїдів, але можуть, для налагодження контакту з іншими людьми, поліпшення емоційного стану, вживати алкоголь. Розгальмувавшись під впливом алкоголю, вони можуть демонструвати свої вигадливі фантазії й інтереси, через що може виникнути підозра щодо наявності в них психічних розладів.

## Особливості алкоголізму в підлітків

У зловживанні алкоголем підлітками вчені виділяють дві тенденції. З одного боку, ранній початок алкоголізації сприяє найшвидшому розвитку симптоматики алкоголізму, з іншого — запаси міцності організму в підлітковому віці сприяють досить швидкому відновленню після припинення вживання алкоголю.

Початок зловживання алкоголем у підлітковому віці зазвичай пов'язаний з особистісними рисами (акцентуацією характеру, психопатією та ін.) і впливом оточення. Потрапивши в компанію, схильну до зловживання алкоголем, підліток, щоб бути «своїм», приймає її правила. Тому він вживає алкоголь «до відключення», наслідуючи осіб, які його оточують, хоча сам стільки пити не став би. За прикладом «досвідченіших друзів» він може вживати алкоголь зранку, незважаючи на те, що не відчуває бажання похмелитися і не зазначає поліпшення самопочуття. Така «випереджальна» алкоголізація за тривалого та раннього зловживання алкоголем може зумовити прискорений розвиток хвороби (навіть у 15—16 років спостерігають клініку залежності від алкоголю і в 19 років — алкогольній делірій). З іншого боку, розірвавши стосунки з компанією, підліток втрачає стимул вживати такі великі дози алкоголю, як раніше, що є позитивним явищем.

Таким чином, у розвитку алкоголізації у підлітків превалюють скоріше соціокультурні, ніж біологічні чинники.

Вищезазначені особливості потрібно враховувати під час діагностики підліткового алкоголізму та лікувальних заходів. Отже, оздоровлення середовища, що оточує підлітка, має в цьому разі більше значення, ніж у дорослих. Варто також додати, що для ефективного лікування важливий тісний контакт із рідними підлітка, як для допомоги в оздоровленні його оточення, так і через те, що проведення лікувальних і діагностичних заходів із підлітком можливе з дозволу на це обох батьків. Якщо їхні думки з приводу лікування розійшлися, то лікувальні заходи до досягнення ними згоди проводити не можна.

Свої особливості має й спілкування з підлітками, адже вони часто переоцінюють свої знання про проблему, недостатньо завбачливі, апріорі налаштовані проти думки медиків, якщо в компанії вони отримали протилежні відомості. Розповідаючи підліткам про шкоду алкоголю для майбутнього здоров'я, потрібно пам'ятати, що вони цим не переймаються, але дуже чутливі до своєї зовнішньої привабливості, авторитету, можливості займатися улюбленою справою зараз і завтра. Ці особливості й потрібно використовувати в лікуванні.

## Особливості алкоголізму в жінок

Із огляду на фізіологічні особливості жіночий організм недостатньо пристосований для протидії алкоголю. Соціально-культурні особливості українського суспільства також до останнього часу не сприяли схваленню жіночої алкоголізації. Тому донедавна співвідношення чоловіків і жінок, які перебувають на обліку в наркологічних диспансах, було 6—7:1.

Значною мірою пиячили жінки з деякими характерологічними відхиленнями, або жінки, які працювали в сфері громадського харчування. Нині через розвиток традицій «корпоративних вечірок» і значне поширення слабкоалкогольних напоїв варто очікувати зростання жіночого алкоголізму.

Розвитку алкоголізму в жінок сприяють сполучення невротизації жінки, що зловживає алкоголем, із несприятливим оточенням (зазвичай такими самими, як вона, подругами).

При цьому найчастіше жінки, що зловживають алкоголем, повідомляють про презирливе ставлення до них чоловіків, які так само зловживають алкоголем. Хоча бувають випадки, що непитуща жінка, живучи в шлюбі з чоловіком, хворим на алкоголізм, починає вживати алкоголь або з розпачу, або за компанію з ним.

Толерантність до алкоголю в жінок зазвичай нижче, ніж у чоловіків. Під час абстинентного синдрому жінку більше турбують знижений настрій, почуття провини за своє пияцтво та інші психологічні відчуття, ніж соматична патологія. Розповідь про власну алкоголізацію жінки зазвичай полярна: від заперечення зловживання алкоголем («За кого Ви мене маєте?») до бурхливого зізнання в пияцтві.

Причиною рецидиву алкоголізації жінки найчастіше називають зниження настрою, відчуття, що «чогось не вистачає», внутрішнього напруження. Часто рецидиви пов'язані з менструальним циклом (через коливання настрою).

Під час діагностики хвороби в жінки необхідно виявити характерологічні особливості хворої, що сприяють її розвитку, і вплив компанії. Якщо чоловік хворої також зловживає алкоголем, доцільно запропонувати пройти лікування обом, оскільки такий чоловік увесь час провокуватиме рецидиви, як прямо, так і опосередковано.

## Особливості алкоголізму в літньому віці

До них належать низька толерантність до алкоголю, можливість розвитку або загострення соматичних захворювань під час запоїв і

абстинентного синдрому. Тому під час госпіталізації пацієнта літнього віку необхідно з'ясувати, на які захворювання він страждає, яке лікування отримує і наскільки ретельно дотримується лікарських рекомендацій. Часто під час запоїв хворий припиняє вживання ліків взагалі або робить це нерегулярно. Отже, під час госпіталізації такого пацієнта лікарі можуть зіткнутися зі сполученою та декомпенсованою патологією. Наприклад, під час госпіталізації температура тіла хворого була нормальною, але незабаром підвищилася до 40 °С і вище. Виявилось, що хворий під час тривалого запою занедужував на крупозну пневмонію, але під впливом алкоголю вона перебігала безсимптомно.

Часто алкоголізм у осіб літнього віку перебігає у вигляді ситуаційно зумовлених запоїв: хворий отримує пенсію, пропиває її, після чого настає перерва до наступного надходження грошей.

Нерідко хворі вживають алкоголь наодинці.

У психології таких хворих можна зазначити як симптоми, несприятливі для прогнозу хвороби (ригідність мислення, переоцінка власного досвіду та думки, що заважають об'єктивній оцінці власного стану), так і сприятливі для нього (підвищена сугестивність, зацікавленість у збереженні власного здоров'я на прийнятному рівні). Варто скористатися сприятливими симптомами для успіху лікування та нейтралізувати несприятливі.

### Лікування алкоголізму

Обсяг надання лікарської допомоги хворим на алкоголізм описаний у «Стандартах якості надання наркологічної допомоги».

Допомога при неускладненому алкогольному сп'янінні легкого та середнього ступеня тяжкості зазвичай не потрібна. Якщо немає загострень інших захворювань, хворий потребує лише догляду.

За важкого ступеня інтоксикації потрібна інтенсивна терапія і навіть реанімаційні заходи. Зазвичай таких хворих госпіталізують у реанімаційні відділення (або переводять туди), а після завершення лікування переводять у наркологічні відділення.

До госпіталізації у відділення може знадобитися надання середнім медичним персоналом симптоматичного лікування (призначення засобів, які впливають на артеріальний тиск, серцеву діяльність, дихальну систему, запобігання переохолодженню та ін.). Небезпечним ускладненням може стати аспірація блювотних мас у дихальні шляхи, тому хворому потрібно надати відповідне положення.

Найчастіше в наркологічні відділення доправляють хворих у стані запою (шифри F10.24—25 за МКХ-10), або в стані неускладненого алкогольного абстинентного синдрому (шифр F 10.3 за МКХ-10). Хворих з алкогольними психозами та синдромом відміни із судомами зазвичай госпіталізують у спеціалізовані наркологічні відділення. Досить часто особи з проблемами, пов'язаними зі зловживанням алкоголем, отримують лікування у тих відділеннях, де надають невідкладну допомогу (травматологічні, хірургічні та ін.).

Лікування в стаціонарі проводять у кілька етапів.

**1. Купірування проявів сп'яніння й абстиненції.** Обсяг і види лікарської допомоги обов'язково узгоджують із хворим, який має дати мотивовану згоду на проведення лікування (за винятком випадків надання невідкладної допомоги та призначення лікування за рішенням суду, де діють інші норми законодавства).

Лікарські засоби хворим у стані алкогольного сп'яніння потрібно призначати обережно, оскільки багато з них у разі взаємодії з алкоголем змінюють свої фармакологічні характеристики. Крім того, пацієнт може надати хибну інформацію про наявність у нього протипоказань до тих або тих лікарських засобів. Також хворий може неадекватно поводитися під час ін'єкції і завдати собі шкоду. Із огляду на виклади призначення лікарських засобів пацієнтам у стані сп'яніння потрібно звести до мінімуму.

*Найпростіші способи зменшення алкогольної інтоксикації:*

- спричинення блювання завдяки подразненню задньої стінки глотки (виконувати обережно, щоби не відбулося аспірації блювотних мас у дихальні шляхи);
- пиття води з додаванням 5—10 крапель розчину нашатирного спирту або теплого молока з медом, або мінеральної води.
- кисневі процедури (від виведення хворого на свіже повітря до вдихання кисню через маску і поміщення хворого в барокамеру).

*Лікування алкогольного абстинентного синдрому. Дезінтоксикаційна терапія:* 40 % розчин глюкози внутрішньовенно, 25 % розчин магнію сульфату, розчин пірацетаму, вітаміни групи В, вітамін С в ін'єкціях, краплинне введення ізотонічних розчинів глюкози, натрію хлориду та ін. під контролем діурезу, оскільки масивне вливання розчинів може спровокувати набряк мозку.

*Призначення снодійних і заспокійливих засобів* — найважливіший метод запобігання таким тяжким ускладненням, як алкогольний делірій і судомний синдром. Крім того, відновлення сну та нормалізація

емоційного стану хворого допомагають йому дотримувати режим відділення.

Застосування психотропних препаратів має відбуватися під контролем лікаря.

*Загальнозміцнювальні засоби:* вітаміни, БАД, фітин та ін.

Призначають також *симптоматичне лікування:* засоби, що впливають на тонус судин, серцеві препарати та інші лікарські засоби за показаннями.

*ЛФК, фізіотерапія.*

*Дієта* — зазвичай стіл № 15, якщо немає супутніх захворювань, які потребують спеціальної дієти.

*Режим* — спостереження або суворий (за призначенням лікаря).

*Участь у трудових процесах у відділенні* — обмежена.

Важливою складовою лікувального процесу є діяльність середнього медичного персоналу. Так, хворий може бути незадоволений умовами перебування в стаціонарі, режимом, їжею, лікуванням, його можуть турбувати потяг до алкоголю, безсоння тощо. І потрібно пояснити, що лікування проводять для його користі, що симптоматика, яка його турбує, зникне, що ніхто не ставить до нього погано через його проблеми з алкоголем, що не потрібно вимагати снодійний засіб раніше, ніж він призначений. Ці роз'яснення, тон розмови із хворим, переймання його проблемами — необхідна частина його майбутньої установки на лікування та тверезість.

Після купірування алкогольного абстинентного синдрому розробляють подальшу тактику лікування.

### **Особливості лікування в стаціонарі хворих у стані абстиненції із судомами**

Доки не зникла загроза повторення нападів, хворі перебувають під суворим спостереженням. Дієта — стіл № 15 (якщо немає супутніх захворювань, які потребують окремої дієти). Найважливішим завданням лікування є запобігання повторенню епілептичного нападу та виникненню ускладнень після нього.

Найкращими засобами для запобігання нападу є препарати з групи похідних бензодіазепіну (реланіум, сибазон, феназепам). Спочатку їх вводять внутрішньом'язово, потім можна перейти на таблетовані форми. Добова доза — не менше 8 мл розчину сибазону та по 2—4 таблетки феназепаму протягом 2 діб. Якщо нових нападів не було, то сибазон вводять лише на ніч, а феназепам застосовують 1—2 рази на день. Тривалість такого лікування — не менше 5 діб (щоб не розвинувся алко-

гольний делірій). Потім можна призначити протисудомні препарати, наприклад карбамазепін, який окрім протисудомних властивостей сприяє підвищенню настрою. Раніше популярними були барбітурати, нині їх застосовують рідко. Крім того, призначають дезінтоксикаційну терапію, але введення рідин потрібно здійснювати вкрай обережно через ризик набряку головного мозку. Якщо у хворого травмований язик, потрібно обробити рани.

Якщо напад відбувається у відділенні, потрібно тримати хворого, щоб запобігти травмуванню та западанню язика з подальшою асфіксією. Зусиль персоналу може виявитися недостатньо, тому необхідна допомога інших хворих. Під час нападу можна ввести 4 мл сибазону внутрішньовенно. Після закінчення нападу хворого переносять на ліжко. Якщо він спить, можна фіксувати його до ліжка за руку й ногу з одного боку, щоб запобігти падінню. Здійснюють спостереження за хворим, зміну білизни та ін.

Найнебезпечнішими ускладненнями є розвиток алкогольного делірія й епілептичного статусу. (Лікування описано у відповідних розділах.)

Після виписування зі стаціонару вживання протисудомних препаратів не обов'язкове, хоча хворому можна рекомендувати в разі рецидиву запійного стану звернутися в поліклініку наркодиспансеру й одержати курс протисудомного лікування разом з іншими препаратами.

**2. Лікування, спрямоване на зміну ставлення хворого до свого захворювання, поведінки, коригування особистісних і психічних розладів.** Хворий має зрозуміти, що йому необхідно відмовитися від вживання алкоголю й змінити спосіб життя, щоб уникнути зовнішнього негативного впливу (компанія, алкогольні традиції на роботі та ін).

Застосовують різні методи психотерапії, як групової, так і індивідуальної: емоційно-стресовий, метод коротких інтервенцій, психодраму, раціональну психотерапію тощо. Крім того, вдаються до плацеботерапії, що полягає в призначенні індивідуального засобу на тлі навіювання, що він має лікувальну дію й допоможе хворому.

Обсяг реабілітаційних заходів такий самий, як під час лікування хворих на наркоманії й алкогольні психози.

Використовують також методи сенсibiliзувальної терапії, тобто призначення препаратів, які спричинюють непереносимість алкоголю. Терапію проводять лише після роз'яснення хворому необхідності такого лікування й повної тверезості під час та протягом певного часу після його завершення. Для зміцнення установки хворому пропонують підписати розписку в тому, що він попереджений про безпеку вживання

алкоголю. Найчастіше використовують дисульфірам (тетурам, еспераль), кальцію ціанамід (ціамід, колме), рідше — трихопол, фурадонін.

Ефект сенсibilізації полягає у втручанні препарату в обмін алкоголю в організмі з утворенням продуктів, які спричинюють неприємні реакції (почервоніння обличчя, серцебиття, виражений соматовегетативний дискомфорт, нудота, блювання). Найвираженіші реакції виникають у разі вживання тетураму.

Рекомендована хворому психотерапія або сенсibilізувальна терапія (як разом, так і окремо) змінює його ставлення до своєї хвороби, корегує поведінку вбік відмови від алкоголю, а також сприяє запобіганню рецидиву алкоголізації (особливо сенсibilізувальна терапія).

Завдання медичної сестри під час проведення сенсibilізувальної терапії — простежити за регулярним вживанням препарату, запобігти ухилянню від його застосування, розвіяти наївні у хворих забобони про негативні результати дії препарату, його шкідливість для організму.

Умовно-рефлекторне лікування зводиться до вироблення у хворого негативного умовного рефлексу на алкоголь. Для цього застосовують блювотні засоби (апоморфін, еметин, відвар баранцю 5 %, чебрецю, блювотні суміші) в поєднанні з невеликою кількістю алкоголю.

Процедуру повторюють 20—25 разів для вироблення та закріплення рефлексу.

Медична сестра у психотерапевтичному процесі може брати як безпосередню участь, тобто проводячи раціональні психотерапевтичні бесіди, санітарно-освітню роботу, арт-терапію, психодраму, так і опосередковану, розмовляючи із хворим під час інших лікувальних процедур і відповідним чином впливаючи на нього.

Одночасно за потреби хворому проводять психофармакологічне лікування (снодійні препарати, антидепресанти, ноотропні засоби), терапію супутніх захворювань, фізіо-, працетерапію. Остання найчастіше полягає в забезпеченні господарських потреб медичного закладу, але може бути реалізована у вигляді працеслаштування на офіційне місце роботи, на якому хворий продовжує працювати навіть після виписування зі стаціонару.

Амбулаторне лікування включає ті самі етапи та методи, але зазвичай у меншому обсязі.

Після закінчення активного етапу лікування хворий перебуває на диспансерному спостереганні, одержує підтримувальну та протирецидивну терапію, зміст якої полягає в збереженні ремісії протягом максимально тривалого строку. Можуть бути призначені як короткі курси

медикаментозної терапії (в поліклініці або самостійно), психотерапевтичні процедури, інші впливи (робота в групах анонімних алкоголіків, взаємодопомоги та ін.).

### Профілактика алкоголізму

Первинна профілактика алкоголізму потребує здійснення комплексу адміністративних, законодавчих і медико-профілактичних заходів.

Заходи адміністративного та законодавчого характеру спрямовані на посилення антиалкогольної боротьби, медико-профілактичні заходи полягають у проведенні широкої освітньої роботи серед населення з використанням ЗМІ.

Мета первинної профілактики — помірне, контрольоване вживання алкоголю населенням, яке не страждає на захворювання, пов'язані з його зловживанням.

Вторинна профілактика алкоголізму — це раннє розпізнавання і раннє лікування алкоголізму. Необхідно розпізнати захворювання серед населення і запропонувати виявленим хворим потрібну допомогу, перебороти протидію пацієнтів лікуванню. Хворий має знати, що будь-яке вживання алкоголю може призвести до рецидиву хвороби, тому він мусить відмовитись від нього взагалі.

Третинна профілактика алкоголізму — це затримка розвитку грубих, необоротних порушень, які виникають при алкоголізмі (запобігання вживанню сурогатів алкоголю, пропагування раннього звернення до лікаря (своєчасне вживання психотропних засобів після запою може запобігти розвитку алкогольного делірію).

Вторинна та третинна профілактика алкоголізму включає комплекс медичних заходів, які здійснюють переважно представники наркологічної служби у межах комплексних програм боротьби з алкоголізмом, розроблених на рівні областей, районів, міст України.

### Алкогольні психози

Згідно з МКХ-10, до алкогольних психозів належать такі захворювання:

Алкогольний делірій (F10.4) у варіантах:

F10.40 Стан абстиненції з делірієм без судом

F10.41 Стан абстиненції з делірієм і судомами

Стан абстиненції з психотичними розладами в таких варіантах:

F10.50 Шизофреноподібні психотичні розлади

F10.51 Психотичні розлади переважно з маренням

F10.52 Переважно галюцинаторні психотичні розлади

F10.53 Поліморфні психотичні розлади

F10.54 Переважно депресивні розлади

F10.55 Переважно маніакальні розлади

F10.56 Змішаний варіант психотичних розладів

А також захворювання, зараховані до F10.6 Амнестичний синдром, і включені у F10.7 Залишкові та віддалені психотичні розлади:

F10.70 Ремінісценція

F10.71 З розладами особистості та поведінки

F10.72 З афективними розладами

F10.73 З деменцією

F10.74 З іншими стійкими когнітивними розладами

F10.75 З пізнім дебютом

Також до алкогольних психозів належать захворювання, зараховані до рубрик F10.8 (Інші психічні й поведінкові розлади) і F10.9 (Неуточнені психотичні й поведінкові розлади).

### Алкогольний делірій

Окрім зазначеного терміна застосовують також поняття «металкогольний делірій», щоб підкреслити, що розвивається такий стан не в період алкогольної інтоксикації, а після неї. Є і старіший термін «біла гарячка», який нині використовують лише на практиці.

Цей варіант алкогольних психозів спостерігають найчастіше. Причиною його виникнення є порушення обміну нейромедіатора дофаміну, зумовлене тривалою алкогольною інтоксикацією.

Варто пам'ятати, що алкогольний делірій є психотичним варіантом перебігу абстинентного синдрому. Тобто він виникає на тлі вираженої залежності від алкоголю. Раніше алкогольний делірій спостерігали переважно в осіб віком 40—45 років за «стажу» захворювання не менше 10 років. На жаль, зараз делірій може виникати в осіб, молодших 30 років. У своїй практиці автор спостерігав делірій у юнака 19—20 років (щоправда, тривалість захворювання в нього становила 7—8 років).

Раніше виділяли такі варіанти перебігу делірію: абортивний, типовий, муситуючий (делірій з бурмотінням, або тихе маячення), атипичний. У сучасні класифікації їх не включено.

**Сучасні діагностичні критерії алкогольного делірію без судом:**

1. Наявність абстинентного синдрому.

2. Порушення концентрації уваги.

3. Порушення пам'яті на події, що відбулися недавно (на ті, що відбулися давно, може зберігатися), дезорієнтування на місці, в часі, іноді у власній особі).

4. Порушення активності (швидкий перехід від гіперактивності до ступору, прискорення або сповільнення мовлення, сповільнення рухів; принаймні наявність одного із цих симптомів).

5. Порушення ритму сну та неспання (безсоння, погіршення симптоматики в нічний час, неспокійні сновидіння або страхи, які можуть тривати у вигляді галюцинацій або ілюзій; наявність, принаймні одного із цих симптомів).

6. Швидкий розвиток симптоматики та її добові коливання.

Діагностичні критерії алкогольного делірію із судомами такі самі, за винятком судомного синдрому.

Алкогольний делірій розвивається в стані абстиненції (найчастіше на 2—4-й день), маніфестує зазвичай увечері або вночі. Найчастіше делірій виникає після тяжких і тривалих запоїв, у разі вживання сурогатів алкоголю, на тлі вираженої соматичної патології, у хворих з ознаками органічного ураження головного мозку, із черепно-мозковими травмами в анамнезі. Досить часто це трапляється, коли хворий потрапляє в лікарню, під арешт тощо. Якщо абстинентний синдром перебігає із судомами, то незабаром після розвитку судомного нападу може виникнути і делірій.

Ранніми ознаками, що передують розвитку делірію, є занепокоєння та непосидючість хворого, виражена тривога і стійке безсоння. Наростають тахікардія й артеріальна гіпертензія, гіпергідроз (підвищена пітливість), спостерігають помірну гіпертермію. Згодом до описаних вище розладів приєднуються ілюзії.

Ілюзорне сприйняття навколишнього світу швидко змінюється появою зорових галюцинацій. Психотичні розлади в цей період мають нестійкий характер: якщо хворий активний, галюциноз може редукуватися на певний час і навіть повністю зникнути. Спочатку психічні розлади можуть виникати вночі; у світлий період доби вони минають. Для абортивного делірію характерні короточасні стани потьмарення свідомості з неповним орієнтуванням у просторі й часі, які хворі описують як «провалювання», або кажуть, що їм «щось наснилося» і таке інше.

При типовому алкогольному делірії симптоматика зберігається від декількох годин до доби, після чого галюцинації стають постійними. Характерні зорові зоологічні галюцинації (комахи, дрібні гризуни та ін.), тактильні галюцинації (найчастіше у вигляді дуже реалістичного відчуття наявності стороннього предмета (нитки або волосини в роті). Можливі вербальні галюцинації, в основному загрозливого характеру. Афективні порушення лабільні, переважають страх, тривога, розгуб-

леність. Хворий не орієнтується в просторі й у часі, але при цьому здатен ідентифікувати себе як особистість. Можлива додаткова поява маячних переживань, ідей самозвинувачення, маячення стосунку, переслідування. Галюцинації також можуть ставати складнішими, сценopodobними (побутового, професійного, рідше релігійного, батального або фантастичного характеру).

За наростання ознак потьмарення свідомості спостерігають оглушення, зменшення рухової активності. Пацієнт перестає розмовляти, його рухи стають автоматичними. Часто хворий відтворює рухи, пов'язані з його професійною діяльністю; характерні помилкові впізнавання (професійний делірій).

За подальшого погіршення стану хворий стає байдужим до того, що відбувається навколо, перебирає пальцями складки білизни, натягує на себе ковдру, намагається щось із себе струсити, нерозбірливо бурмоче (муситуючий делірій), не впізнає людей, які його оточують. Спостерігають підвищення температури тіла, різке зменшення діурезу, зниження артеріального тиску. Муситуючий делірій може розвинути дуже швидко, упродовж кількох годин або ж доби, практично без галюцинаторно-маячних переживань. У цьому разі переважають виражені соматоневрологічні розлади, і стан хворого визначають як енцефалопатію Гайє—Верніке. Муситуючий делірій вважають поганою прогностичною ознакою.

**Сучасні критерії психотичного розладу, пов'язаного з уживанням алкоголю:**

1. Психотичні симптоми виникають не пізніше ніж через 2 тиж. після припинення інтоксикації.
2. Психотичні симптоми зберігаються понад 48 год.
3. Тривалість розладу не перевищує 6 міс.

Психотичний розлад, пов'язаний з уживанням алкоголю, характеризується яскравими галюцинаціями (зазвичай слуховими), перекручуванням сприйняття, маренням, психомоторними розладами (збудження або ступор), патологічним афектом (від страху до екстазу). Свідомість зазвичай ясна, але можливі випадки її незначного потьмарення.

**Шизофреноподібний розлад.** Для діагностики цього стану використовують наведені вище критерії психотичного розладу. При цьому звертають увагу на наявність додаткових симптомів (маячення, галюцинації, які можуть домінувати в загальній клінічній картині), значні порушення в професійній і соціальній сфері.

**Психотичний розлад, переважно маячний.** Під час встановлення такого діагнозу використовують наведені вище критерії психотичного

розладу та звертають увагу на ознаки, що свідчать про переважання в клінічній картині маячних розладів.

Раніше цей стан класифікували як *алкогольний маячний психоз*.

Гострий алкогольний маячний психоз проявляється чуттєвим (несистематизованим, уривчастим) маяченням переслідування, тривожно-депресивним афектом, ідеями особливого значення, фізичного впливу. Для гострого алкогольного маячного психозу характерне ілюзорне сприйняття разом із маячним трактуванням того, що оточує хворого. Так, у розмовах, які хворий чує навколо себе, йому ввижаються погрози, підкреслене негативне ставлення до нього тощо. Переважає афект страху; відносно уявних переслідувачів можливі агресивні дії.

При підгострому та хронічному алкогольному маячному психозі зникає ілюзорний компонент маячення, спостерігають деяку його систематизацію. Хворі стають ще більш відлюдькуватими, підозріливими, похмуро-злісними, іноді агресивними (характерні спалахи дисфорії). Зберігається тривожне, знижене тло настрою. Поступово інтенсивність переживань слабшає, можлива соціальна адаптація. Відносно тривалий час зберігається залишкове маячення.

**Алкогольне маячення ревнощів (алкогольна параноя)** — це психоз переважно із затяжним і хронічним типом перебігу, з переважанням первинного систематизованого маячення ревнощів, яке розвивається на тлі хронічної алкогольної енцефалопатії. Розвивається такий вид психозу зазвичай у чоловіків із психопатичними паранояльними рисами характеру. Маячення монотематичне, розвивається поступово: спочатку маячні висловлювання спостерігають лише в стані сп'яніння або абстиненції. Підґрунтям формування маячного синдрому часто є реальні погані стосунки в родині, зумовлені систематичною алкогольною інтоксикацією й особливостями характеру хворого. Тривалий час маячення, як правило, залишається досить правдоподібним, але згодом коло подій і вчинків, які одержують маячне трактування, розширюється, а поведінка набуває специфічних маячних рис. Іноді до маячення ревнощів приєднуються пов'язані з ним ідеї переслідування. Можливі агресивні й автоагресивні дії з боку хворого; пацієнт може приховувати наявність у нього маячних ідей. На тлі лікування паранояльне маячення змінюється на стійке залишкове маячення.

**Психотичний розлад, переважно галюцинаторний.** Для діагностики цього стану використовують наведені вище критерії психотичного розладу та звертають увагу на ознаки, що свідчать про переважання в клінічній картині яскравих і стійких слухових галюцинацій.

Раніше ці стани називали *гострими* або *підгострими* та *хронічними* *алкогольними галюцинозами*.

Алкогольний галюциноз — другий за частотою розвитку (після алкогольного делірію) психоз із переважанням слухових галюцинацій, маячення і афективних тривожних розладів, які зазвичай виникають у стані абстиненції або наприкінці тривалих запоїв. Зазвичай алкогольні галюцинози перебігають на тлі ясної свідомості.

Гострі алкогольні галюцинози починаються з тривоги, занепокоєння, страху, при цьому часто спостерігають розлади сну. На такому тлі з'являються акоази (елементарні слухові галюцинації у вигляді окремих звуків, шумів, пострілів та ін.) і фонемі (слухові галюцинації у вигляді окремих слів і фраз). Зазвичай хворі здатні чітко локалізувати джерело звуку (з коридору, квартирки, сусіднього приміщення тощо). Галюцинації супроводжуються руховим занепокоєнням, афектом здивування. Психотичні розлади часто зникають після глибокого сну; водночас редукуються й афективні порушення.

У разі подальшого розвитку психозу з'являються множинні вербальні галюцинації; до них приєднується вторинне маячення (стосунку, впливу, звинувачення, переслідування або фізичного знищення), що є хворобливою інтерпретацією галюцинацій. Хворі відчувають напади страху і паніки, стають край підозріливими. Після проведення лікування відбувається швидка редукція психотичних розладів; пацієнт здатний критично оцінити пережите.

Затяжні (підгострі) та хронічні алкогольні галюцинози характеризуються стійким вербальним галюцинозом із приєднанням депресивних і маячних розладів.

**Психотичний розлад, переважно поліморфний.** Для діагностики цього стану використовують наведені вище критерії психотичного розладу та звертають увагу на ознаки, що свідчать про наявність у клінічній картині симптомів трьох попередніх варіантів захворювання.

**Психотичний розлад, переважно депресивний.** Для діагностики цього стану використовують наведені вище критерії психотичного розладу та звертають увагу на такі симптоми: депресивний настрій, виражене зниження інтересу до життя, або ангедонія (неможливість відчувати радість), значне зниження або збільшення маси тіла (понад 5 % за місяць), зниження або посилення апетиту, постійні думки про смерть.

**Психотичний розлад, переважно маніакальний.** Для діагностики цього стану використовують наведені вище критерії психотичного розладу та наявні в клінічній картині симптоми: надмірне посилення ак-

тивності, маячні ідеї або галюцинації з наявністю переконаності у власній зверхності, наявністю надзвичайних якостей, влади, знань.

**Психотичний розлад змішаний.** Для діагностики цього стану використовують вищенаведені критерії психотичного розладу та наявні в клінічній картині всі вищеперераховані розлади.

**Амнестичний синдром.** Для встановлення діагнозу використовують такі клінічні критерії:

I. Зниження пам'яті, що проявляється такими ознаками:

1) дефект пам'яті на події, які відбулися нещодавно, що спричинює утруднення в повсякденному житті;

2) знижена здатність до відтворення минулого досвіду.

II. Відсутність (або відносна відсутність) таких ознак:

1) порушення безперервного відтворення (не може запам'ятати цифровий ряд);

2) потьмарення свідомості та розлад уваги (тобто порушується ясність усвідомлення дійсності та здатність зосереджуватися, підтримувати або переключати увагу);

3) загальне зниження інтелекту (деменція).

III. Відсутність даних щодо захворювань мозку з ураженням діенцефальних і серединних скроневих структур неалкогольного походження.

До групи F10.7 МКХ-10 зараховано розлади, безпосередньою причиною виникнення яких не є дія алкоголю, але між уживанням алкоголю та їх появою існує доведений зв'язок:

F10.71 Залишковий та відстрочений психотичний розлад із порушеннями особистості та поведінки.

F10.72 Залишковий та відстрочений психотичний розлад з афективним розладом. Такі розлади характеризують як депресивні, маніакальні або біполярні.

F10.73 Залишковий та відстрочений психотичний розлад із деменцією.

F10.74 Залишковий та відстрочений розлад з іншим стійким когнітивним порушенням.

Критерії діагностики:

I. Порушення пам'яті, труднощі під час навчання, зниження здатності до тривалого зосередження уваги на виконанні відповідного завдання. Ступінь вираженості цих симптомів не досягає рівня деменції або делірію.

II. Збереження порушення когнітивного функціонування впродовж 2 тиж. або більше у такій сфері:

1) збереження або засвоєння нового матеріалу;

- 2) увага або концентрація;
- 3) мислення;
- 4) розуміння сенсу слів або їх підбір;
- 5) зорово-просторові функції.

III. Кількісні порушення когнітивних функцій або зниження продуктивності.

F10.75 Залишковий та відстрочений психотичний розлад із пізнім дебютом. Розлад характеризується галюцинаціями (зазвичай слуховими), маяченням, перекручуванням сприйняття, психомоторними порушеннями (збудження або ступор), патологічним афектом. Хворі зазвичай перебувають у стані притомності. Починається такий розлад більше ніж через 2 тиж. після вживання алкоголю, але не пізніше ніж через 6 тиж. і триває довше ніж 48 год, але не більше 6 міс.

F10.8 Інші психічні та поведінкові розлади. Для встановлення діагнозу потрібно застосовувати критерії залежності від алкоголю та розладів, які не включено в попередні рубрики.

F10.9 Неуточнений психічний і поведінковий розлад. Для встановлення діагнозу використовують клінічні критерії залежності від алкоголю та психотичних розладів, які не ввійшли в попередні рубрики і є неуточненими.

У МКХ-10 алкогольні енцефалопатії не виділено як окрему групу захворювань (їх зараховано до інших рубрик), тому нижче наведено їх описання, запозичене зі старих джерел.

**Алкогольні енцефалопатії** — це алкогольні психози, що розвиваються внаслідок порушення обміну речовин, передусім вітамінів групи В і РР. Їх виникненню передують багаторічний алкоголізм, що супроводжується хронічним гастритом або ентеритом і, як наслідок — порушенням усмоктування в тонкій кишці. Алкогольні енцефалопатії розвиваються переважно в тих осіб, які вживають багато алкоголю, але дуже мало їдять. Найчастіше вони виникають у весняні та перші літні місяці. Алкогольні енцефалопатії умовно поділяють на гострі та хронічні. Найчастіша форма гострих алкогольних енцефалопатій — енцефалопатія Гайє—Верніке.

Захворювання розвивається поступово з появи астенії, триває 2—3 міс., рідше довше. У клініці астенії переважають слабкість, виснаженість у сполученні з розладами пам'яті. Перебіг або гострий (тип Верніке), або підгострий (тип Гайє). Знижується, а потім повністю зникає апетит, порушується сон, трохи рідше виникають діарея та блювання, біль голови і запаморочення, втрата рівноваги, ознаки поліневриту. Згодом розвивається повна клінічна картина хвороби.

Психози найчастіше є стертими і нерозгорнутими делірійподібними, рідше — тривожно-маячними станами. Через кілька днів або 2—3 тиж після появи психотичних порушень психічний стан визначається або симптомами апатичного ступору, або оглушенням, які переходять у кому. Без лікування захворювання найчастіше завершується смертю хворого.

Неврологічні розлади при алгольних енцефалопатіях постійні та великі. Серед вегетативних симптомів зазвичай виділяють порушення серцевого ритму, гарячку центрального походження, порушення дихання, слабкість м'язів-замикачів. Постійною ознакою є підвищення м'язового тону.

Артеріальна гіпертензія, що розвивається на початку психозу, з погіршенням стану хворого переходить у гіпотензію. Частота дихання хворого — 30—40 за 1 хв; спостерігають зниження об'єму циркулюючої крові, часто розвивається лейкоцитоз. Стан хворого швидко погіршується, підвищуються температура тіла, больова чутливість, наприклад, до ін'єкцій. Часто виникають різноманітні гіперкінези. Поява світлобоязні, ністагму зазвичай свідчить про збільшення тяжкості захворювання. Характерними є різні за інтенсивністю та локалізацією ознаки поліневриту. Загальний фізичний стан хворих характеризується значним схудненням аж до кахексії; шкіра бліда або ж темно-бурого кольору.

### Лікування алкогольних психозів

Таких хворих потрібно госпіталізувати, зазвичай у спеціалізоване наркологічне відділення. У разі розвитку психозу у хворого, який перебуває на лікуванні в іншому відділенні, або за неможливості його транспортування, лікування здійснюють на місці за консультативною допомогою лікарів-наркологів. Можливе також переведення таких пацієнтів у відділення анестезіології та реанімації.

Переведення хворого зі звичайного відділення в наркологічне узгоджують у загальноприйнятому порядку. Направлення хворого з району в міський або обласний наркологічний диспансер здійснюють відповідно до наказів обласного УОЗ.

Зазвичай хворого оглядає районний лікар-нарколог, а також інші спеціалісти для виключення супутніх соматичних захворювань, які можуть унеможливити перебування в наркологічному відділенні.

Транспортують хворого на машині «швидкої допомоги» в супроводі медичного працівника. Для запобігання агресії або автоагресії його часто супроводжує співробітник міліції; також практикують фік-

сацію хворого, уведення психотропних засобів перед транспортуванням і дорогою. Медпрацівник контролює стан хворого, за потреби надає допомогу.

У містах для перевезення хворого в наркологічний диспансер краще використати спеціалізовані психіатричні бригади станції швидкої медичної допомоги.

### *Тактика середнього медичного персоналу наркологічного відділення*

Дії медичного персоналу наркологічного відділення мають бути спрямовані на те, щоб перешкодити хворому реалізувати можливі прояви агресії й автоагресії. Не варто підтримувати ідеї хворого, що ґрунтуються на перекручуванні сприйняття. Наприклад, хворий скаржиться на те, що хтось хоче його вбити, і просить персонал врятувати його. Такого хворого потрібно запевнити в тому, що у відділенні йому ніщо не загрожує. (Йдеться про хворих, частково орієнтованих. Із хворими, повністю зануреними у власні переживання, не варто підтримувати розмову.)

*Режим* — постільний, із м'якою фіксацією хворого за кінцівки та тулуб (за допомогою простирадла). Якщо хворий неспокійний, перед фіксацією можна ввести сибазон внутрішньовенно.

*Дієта.* Якщо хворий частково адекватний, можна призначити стіл № 15 (або дієту відповідно до інших соматичних захворювань). Годування здійснює середній медичний персонал.

Хворі у стані вираженого психомоторного збудження можуть одержувати солодку рідину та парентеральне харчування. Після закінчення гострих ознак психозу пацієнтів переводять на загальне харчування.

За значного психомоторного збудження людина може виявити несподівану для неї силу, порвати фіксатори, перекинути ліжку. Тому за такими хворими потрібно спостерігати постійно. Якщо фіксатори натерли руки, потрібно здійснити фіксацію в іншому положенні, обробити ушкоджені місця. Середній медичний персонал має слідкувати за тим, щоб у хворих не виникали пролежні; у разі їх розвитку — вжити відповідних заходів. Такі хворі втрачають багато рідини, тому мають отримувати ясне питво.

Важливим є контроль за випорожненнями та діурезом пацієнта, особливо якщо йому призначено краплинне введення лікарських розчинів. Оскільки в таких хворих часто виникає мимовільне сечовипускання, їм потрібно або надягати памперси, або вчасно змінювати постільну та натільну білизну. За незначно вираженого психозу можна

дати хворому сечоприймач. За потреби може бути проведена катетеризація сечового міхура.

Під час ін'єкцій або краплинних уведень необхідно враховувати моторну активність хворого, що раптовим ривком може вибити шприц, погнути голку, вирвати голку з вени та ін. Тому такі маніпуляції варто проводити за допомогою іншого медичного працівника; за краплинного введення обов'язковий постійний контроль. Якщо проведено катетеризацію підключичної вени, здійснюють відповідний контроль за катетером.

Після завершення психозу хворий відчуває виражену астенію, тому потребує спостерігання і раціонального рухового режиму. Хворому не варто залежуватися в ліжку, але й не потрібно занадто активно рухатися, що може призвести до падіння. У разі призначення психолептичних препаратів це ще більш необхідно (через ризик розвитку ортостатичних колапсів).

### *Лікування алкогольного делірію*

Необхідно досягнути глибокого медикаментозного сну, після якого ознаки психозу частково або повністю зникають. Якнайкраще зарекомендували себе такі препарати, як похідні барбітурової кислоти (натрію амітал) і бензодіазепіну (сибазон, реланіум, феназепам). Препарати вводять внутрішньовенно або внутрішньом'язово, добове дозування близьке до гранично допустимого. Із огляду на практичний досвід, раціональним є застосування разових доз — не менше 4 мл розчину сибазону або аналогів. У разі призначення менших доз досягти снодійного ефекту в більшості випадків не вдається.

Можливе введення 20 % розчину натрію оксибутирату внутрішньовенно повільно.

Таблетовані форми препаратів призначають обмежено, хоча раніше широко застосовували так звану суміш Попова (оригінальний рецепт — 2 таблетки барбітуратів, 50 мл 40 % розчину спирту етилового. На практиці замість барбітуратів використовували дві таблетки феназепаму).

Призначення нейролептиків можливе, але небажане. Є повідомлення, що нейролептичні засоби в цьому разі можуть спровокувати набряк мозку. Крім того, небажаним є властивий багатьом із них антигіпертензивний ефект. Останніми роками спостерігають погану переносимість подібних препаратів, збільшення частоти ускладнень у разі їх застосування. Тому призначати нейролептики варто в крайньому разі, за відсутності сибазону. Можливе одночасне введення сибазону й аміназину (їх навіть можна змішувати в одному шприці).

Для дезінтоксикаційної терапії застосовують 40 % розчин глюкози, 25 % розчин магнію сульфату, великі дози вітамінів групи В, вітаміну С, пірацетам та ін. Але варто пам'ятати, що значне і неконтрольоване краплинне введення рідин може погіршити стан хворого, спровокувавши набряк мозку. Тому в більшості випадків від цієї процедури потрібно відмовитися взагалі, а якщо і проводити її, то не в перші дні лікування, обережно, контролюючи діурез і призначаючи сечогінні засоби.

Крім того, за показаннями призначаються серцеві засоби, антибактерійні препарати та ін.

При делірії можливе проведення деяких фізіотерапевтичних процедур за допомогою переносних апаратів, наприклад, краніоцеребральної гіпотермії, трансцеребрального електрофорезу магнію сульфату, сибазону та ін. Розроблено методики голкорексфлексотерапії цього стану.

У разі розвитку набряку легенів або набряку мозку необхідно здійснювати відповідні заходи. Можливе проведення (за показаннями та за наявності відповідного устаткування) люмбальної пункції.

У відділенні іншого профілю проводять таке саме лікування. За наявності у пацієнта інших захворювань здійснення вищеописаних заходів потребує особливої уваги. Наприклад, фіксація пацієнта за наявності в нього переломів може завдати низку незручностей, після психомоторного збудження може знадобитися повторна іммобілізація зламаних кісток. Ще раз варто наголосити на небезпеці рясного неконтрольованого краплинного введення рідини, що часто практикують у відділеннях ненаркологічного профілю.

Після завершення стану психозу у хворого можуть зберегтися часткові спогади про галюцинації та вторинні маячні ідеї, що ґрунтуються на цих галюцинаціях. Можлива й повна втрата пам'яті про них. Завданням медичного персоналу є виявлення цих спогадів і надання допомоги для правильної оцінки їх хворим. Тому тактика бесіди із таким пацієнтом має велике значення. Не всі хворі готові поділитися «побаченим і почутим», оскільки воно часто має дуже особистий характер. Але зробити це необхідно, тому що це дасть змогу запобігти рецидиву неадекватної поведінки хворого, агресії й автоагресії. Крім того, відверта розмова буде мати й психотерапевтичне значення, адже хворий має усвідомити, що з ним відбуваються небезпечні для його здоров'я зміни, що вони вже досягли значного ступеня, і продовження такої ризикованої поведінки небезпечно для його майбутнього. Якщо пацієнт вважатиме, що з ним не трапилося нічого серйозного і потрапив він у відділення випадково або через неправильні дії своїх родичів, то він незабаром відновить алкоголізацію й знову стане пацієнтом відділення.

Увесь курс психотерапії може включати безліч етапів і участь багатьох людей, але наведене вище важливе для створення відповідної установки хворого.

Після згасання гострих ознак психозу пацієнта переводять на менш суворий режим (режим спостереження), зменшують дозування психотропних препаратів (але снодійні засоби він має одержувати ще досить довго). Коли хворий зміцніє, його можна залучати до працетерапії. Тут важливе не лише прибирання території лікувального закладу, а й допомога персоналу з догляду за іншими пацієнтами. Це також має психотерапевтичне значення: допомагаючи фіксувати хворого, що перебуває в галюцинаторному стані, притримуючи йому руку під час краплинного введення тощо, хворий на власні очі пересвідчується у шкоді своєї алкоголізації. При цьому природно необхідний м'який і ненав'язливий вплив медичного персоналу, який пояснює, що щось подібне відбувалося і з ним, що йому теж доводилося так допомагати та ін. Допомогу ж пацієнтів, які одужують, під час фіксації й утримання збуджених хворих взагалі важко переоцінити.

У низці випадків після перенесення алкогольного делірію в пацієнта є минущі або стійкі ознаки алкогольної енцефалопатії. Хворі схожі на слабоумних, активні в нічний час, але сплять удень, втрачають пам'ять не лише про період психозу, а й про триваліші відрізки життя, здатність до самообслуговування та ін. Процес відновлення може тривати місяцями, при цьому повного відновлення можна і не досягти. Таким хворим показане тривале призначення ноотропних засобів (див. «Лікування алкогольних енцефалопатій»).

### Лікування алкогольного галюцинозу

*Режим* — суворий, особливо якщо хворий має галюцинації імперативного характеру. *Дієта* — зазвичай стіл № 15 (якщо не потрібно іншої). Але годування хворих здійснює середній медичний персонал, тому що не виключене неадекватне відношення до їжі (в разі маячення впливу). Якщо хворий відмовляється від їжі, призначають парентеральне харчування.

Показано призначення психотропних засобів. Застосовують психолептичні засоби, найчастіше галоперидол і трифтазин. Галоперидол можна застосовувати всередину та внутрішньовенно. Середньодобове дозування препарату може коливатися від 3—5 до 15 мг. Добове дозування трифтазину становить від 10—30 мг. За потреби його поступово підвищують. Після досягнення ефекту якийсь час дозу препарату не змінюють, потім — поступово знижують.

Застосування цих препаратів може спричинити такі ускладнення, як екстрапірамідні розлади, для усунення яких потрібно призначення коректорів (антипаркінсонічні препарати, димедрол, сибазон).

Крім психотропних засобів призначають дезінтоксикаційну терапію. Після завершення галюцинаторних розладів режим послабляють, хворого поступово переводять на активне протиалкогольне лікування.

Оскільки особливістю зазначеного варіанта алкогольних психозів є ризик переходу психотичних розладів у хронічну форму (часткова інкапсуляція зі збереженням часткової критики власного стану), необхідним є повноцінне антипсихотичне лікування.

Роль середнього медичного персоналу у виявленні залишкових психічних розладів ще більше зростає.

### *Лікування алкогольного параноїду*

Терапія подібна до такої при алкогольному галюцинозі (призначають галоперидол і трифтазин у вищих дозах), але триваліша. У цьому разі ще більше зростає імовірність залишкових маячних ідей, які зберігаються навіть після виписування зі стаціонару. Тому під час подальшого диспансерного спостереження доцільно призначати лікування психолептичними препаратами.

### *Лікування гострих алкогольних енцефалопатій*

Лікування у цьому разі подібне до такого за тяжких варіантів гострого алкогольного делірію. У схему терапії варто додати препарати вітамінів групи В, вітаміну С, нікотинову, глутамінову кислоту, масивну дегідратаційну терапію для запобігання набряку мозку, ноотропні препарати у великих дозах. Може знадобитися переведення хворого в реанімаційне відділення. Після закінчення гострого періоду й усунення загрози для життя хворого здійснюють тривалі реабілітаційні заходи з відновлення навичок самообслуговування, соціального функціонування. Курс лікування може затягтися на кілька місяців. Часто відбувається перехід процесу в хронічну форму із втратою працездатності та можливості до повноцінного соціального функціонування.

### *Лікування хронічних алкогольних енцефалопатій*

Такі хворі можуть бути помилково спрямовані в наркологічні відділення з діагнозом «Алкогольний делірій» (через порушення сну, ходіння будинком або відділенням уночі, бурмотання, неадекватні відповіді, дивні вчинки. Хворі, прикуті до ліжка, можуть робити рухи руками, що нагадують пошук якихось комах).

Таким хворим більше потрібні догляд і проведення курсів ноотропної терапії. Крім того, призначають терапію, спрямовану на лікування супутніх захворювань. Хворі непрацездатні, тому в роботі з ними необхідно також вирішувати питання опіки, догляду за ними в домашніх умовах, оформлення інвалідності, спрямування в інтернати та ін.

### *Ситуаційні задачі*

1. Ви працюєте фельдшером ФАП. До Вас звертається мешканець Вашого села з проханням надати допомогу (він рубав дрова і поранив сокирою ногу). Ви оглянули його і виявили в нього алкогольне сп'яніння легкого ступеня та неглибоку рубану рану стопи без ушкоджень кісток і сухожилків. Спочатку Ви надали необхідну допомогу з приводу рани стопи. Чи потребує він допомоги з приводу алкогольного сп'яніння легкого ступеня?

2. Ви працюєте медичною сестрою в травматологічному відділенні. Уночі Вас терміново кличуть у палату: хворий з переломом обох ніг намагається стати на ноги, зняти гіпс, говорить, що зараз прийдуть бандити й уб'ють його, чує постріли за вікном, просить зняти з його ніг колоди, до яких його прикували. Пацієнт весь тремтить, рясно потіє, шкіра обличчя гіперемована, пульс і дихання прискорені. Хворого госпіталізовано два дні тому після травмування в стані алкогольного сп'яніння. Як Ви думаєте, що відбулося із хворим?

3. Ви працюєте медичною сестрою в наркологічному відділенні. О 23.30 до Вас приходить хворий і скаржиться, що ніяк не може заснути, тому просить зробити укол.

Чи можете Ви ввести хворому снодійні засоби, не порадившись із черговим лікарем?

4. Ви працюєте медичною сестрою в наркологічному диспансері. До Вас звертається знайома, яка просить підказати, що відбувається з її сином. Він роботящий, і в родині в нього все гаразд. Але раз у 2—3 міс. він напивається. Вживши 150 г алкоголю, він уже не може зупинитися і п'є до «відключення», випиваючи майже літр горілки. Зранку він почуває себе погано, але не похмеляється. Події, що відбулися з ним у нетверезому стані, він майже не пам'ятає, тому не може сказати, де він порвав одяг, із ким побився. Іноді в такому стані поводить себе грубо з дружиною. Зранку цього не пам'ятає, але вибачається і обіцяє, що такого більше не буде. Але через 2 міс. усе повторюється.

Що Ви думаєте про проблеми цього чоловіка?

5. Ви працюєте медичною сестрою приймального відділення. Родичі привезли хворого у зв'язку зі зміною поведінки. Вони повідомили,

*що він все життя зловживає алкоголем. Щоправда, останнім часом став пити набагато менше, але робить це постійно. Їсть погано, лише після довгих умовлянь. Останні 2—3 міс. став погано ходити, немає сили в ногах. Працювати по дому він не може. Уночі не спить, часто галасує, співає пісні, кидає щось на підлогу. Удень після вжитого алкоголю спить.*

*Став плутати події власного життя, іноді придумує щось, чого насправді з ним не було, або міняє послідовність подій. Іноді говорить щось незрозуміле. Хворий виглядає старше своїх п'ятдесяти років. Шкіра обличчя землистого кольору. Пересувається погано, маленькими кроками, при ходьбі просить, щоб його підтримували. Паспортні дані називає правильно. У місці орієнтується приблизно, може сказати, що це лікарня, але не знає, яка. День тижня не знає. Рік назвати може. Родичів впізнає, але прийняв санітарку за свою молодшу дочку.*

*Встановіть попередній діагноз.*

### **Діагностика сп'яніння та робота кабінету медичних оглядів на стан алкогольного і наркотичного сп'яніння**

Середньому медичному персоналу доводиться стикатися з необхідністю встановлення факту вживання психоактивних речовин і діагностики стану сп'яніння як під час роботи в кабінеті медичних оглядів на стан сп'яніння, так і в інших підрозділах.

Діагностика сп'яніння є основною складовою діяльності спеціалізованого кабінету оглядів на стан сп'яніння. В інших підрозділах виявлення клініки сп'яніння необхідне для того, щоб воно не зашкодило роботі з хворим і не заважало в наданні йому допомоги в належному обсязі. Варто також пам'ятати, що встановлення факту сп'яніння має не лише медичні, а й юридичні наслідки для особи, в якій виявили зазначений стан.

Клінічна картина сп'яніння різними токсичними і наркотичними речовинами описана у відповідних розділах. Нижче наведено детальне описання клініки алкогольного сп'яніння, запозичене з роботи І.К. Сосіна, Ю.Ф. Чуєва, Г.М. Іванілової «Клинико-диагностические и экспериментальные критерии острой алкогольной интоксикации», з деякими коментарями та поясненнями автора пропонованого підручника.

Через те що динаміка клінічної картини алкогольного сп'яніння має фазовий характер, рекомендують таку експертну рубрифікацію ступенів і фаз алкогольного сп'яніння.

### **1. Легкий ступінь алкогольного сп'яніння:**

**а) субклінічна фаза** включає випадки дисоційованої клінічної картини: вміст алкоголю в крові вище рівня ендogenous етанолу (тобто 0,018—0,03 проміле (проміле — це концентрація речовини в крові: 1 г речовини в 1 л крові), але такого, що не перевищує 0,3 проміле без видимої психопатологічної, соматоневрологічної, інтоксикаційної симптоматики та за повного збереження критичного ставлення до своєї поведінки. Відчуття запах алкоголю у видихуваному повітрі зазвичай не вдається.

Разом із тим вплив найнезначніших концентрацій алкоголю на ЦНС можна підтвердити завдяки біохімічним, патофізіологічним, психологічним дослідженням. Серед суб'єктивних відчуттів зазначають незначне підвищення настрою, полегшення встановлення контакту з оточенням, деяке посилення апетиту, відчуття тепла в надчеревній ділянці, зумовлене наявністю малих концентрацій алкоголю в рідких середовищах і тканинах організму. У разі виявлення такого рівня алкоголю в крові у фазі елімінації (розпаду алкоголю) можливі залишкові (вегетативні, неврологічні, психічні) ознаки попередньої алкогольної інтоксикації тяжчого ступеня, тобто це одна зі стадій витвердження. Біохімічні, газохроматографічні проби на алкоголь при цьому позитивні;

**б) гіпоманіакальна фаза.** Цей стан алкогольної інтоксикації розвивається після вживання практично здоровими особами невеликих доз алкогольних напоїв: 50—100 мл 40 % горілки або іншого міцного напою, 200—400 мл 14—18 % вина або 1 л 2—3 % пива.

Зіставлення клініки легкого ступеня алкогольного сп'яніння із психіатричною термінологією дає змогу класифікувати його як гіпоманіакальний стан, за якого внаслідок психотропної дії алкоголю зміна психічних функцій відбувається зі знаком «+» (плюс-симптоми). Спостерігають легке ідеомоторне порушення: підвищений настрій, посилення жестикуляції та рухової активності (до легкого розгальмування), прискорення асоціативних процесів, полегшення вербального контакту з людьми, які оточують. Характерними є ілюзорне (у бік позитивного) сприйняття зовнішнього світу, відчуття психічного та фізичного комфорту, задоволення собою, неадекватне відчуття поліпшення розумових можливостей, припливу тепла, сили, бадьорості, підвищеної працездатності, «зняття» втоми, легкого (приємного) запаморочення. Завдяки транквілізуючій дії алкоголю зникають скутість, напруженість, тривога і хвилювання. Спостерігають підвищення мовленнєвої активності у формі багатослівності, іноді до настирливості, хвалькуватості, добросердності, гіперболізації, облудності. Мовлення при цьому чітке, голосне, трохи прискорене, але осмислене. Особи в такому стані

легко змінюють тематику розмови. Мімічні реакції в них підкреслено виразні. Зазначають посилення апетиту, лібідо, розгальмування нижчих емоцій.

Гіпоманіакальна фаза сп'яніння включає також помірно виражену вегетативну симптоматику: гіперемію (рідше збліднення) шкіри обличчя, ін'єктованість білкових оболонок, блиск очей, гіперсалівацію, посилення апетиту, збільшення частоти пульсу та дихання, зниження тактильних і больових відчуттів, підвищення порогу сприйняття звукових, зорових (зокрема кольорових) подразників.

У видихуваному обстежуваними повітрі відчутний запах алкоголю, але варто пам'ятати про нерідкі спроби нейтралізувати запах алкоголю ароматичними речовинами, дезодорантами та посиленням тютюнокурінням.

Разом із тим, під час спеціального дослідження осіб із гіпоманіакальною (легкою) фазою алкогольного сп'яніння встановлено, що суб'єктивне відчуття поліпшення психічних функцій є ілюзорним, оскільки при цьому неминуче відбувається зниження їх якості. Так, уявне «зняття втоми» зумовлено притупленням відчуття стомлення.

Найважливішим у цій стадії сп'яніння є погіршення чіткості відтворення складних професійних і побутових навичок. Час відповідної реакції на зовнішні подразники може зменшуватися, але якість їх знижується. Підвищується поріг сприйняття зорового і слухового відчуттів, тактильних і больових подразнень. Порушуються точні координаційні рухи та координаційні проби: накреслення на папері найпростіших геометричних фігур, підняття з підлоги монети, сірника, застібання дрібних гудзиків, шнурування черевиків — усе це обстежувані виконують нечітко. Під час ходьби з різкими поворотами обстежуваних злегка заносить убік. У позі Ромберга, під час присідання із закритими очима спостерігають похитування. Зіниці в обстежуваних звичайної величини або ледь розширені.

У разі обертання обстежуваних у кріслі Барані впродовж 10 с (5 разів навколо своєї осі, тобто на  $360^\circ$  — проба Ташена) за легкого ступеня сп'яніння спостерігають ністагм протягом 8—13 с.

Якісні проби на алкоголь позитивні. Кількісно визначають вміст алкоголю в крові в межах 0,5—1,5 проміле. Характерно, що психопатологічні, поведінкові компоненти легкого ступеня алкогольного сп'яніння, на відміну від вегетативних, можуть змінюватися залежно від ситуаційних чинників. Так, у разі групового вживання алкогольних напоїв цей ступінь сп'яніння проявляється в більшості осіб однотипово, тобто «загальними веслощами». Унаслідок збереження критики і всіх

різновидів орієнтування клініка гіпоманіакальної фази алкогольного сп'яніння за невідповідних для веселощів ситуацій (наприклад доправлення співробітниками відділу внутрішніх справ на експертизу) може бути пригнічена («інкапсулювання») або трансформована завдяки вольовим зусиллям. Під час огляду замість підвищеного настрою в таких випадках реєструють тривожність, заклопотаність, конфліктність, злостивість, спробу імітації тверезого стану. Швидкоминучих порушень пам'яті за цього ступеня сп'яніння не настає: спогади про всі події періоду алкоголізації збережені в повному обсязі.

## 2. Алкогольне сп'яніння середнього ступеня тяжкості:

**а) дистимічна фаза.** За одноразового або роздрібненого вживання здоровими особами індивідуально різних доз алкогольних напоїв (у середньому близько 300 мл і більше горілки, коньяку або 1000 мл вина) і досягнення в крові концентрації алкоголю в діапазоні від 1,5 до 2,5 проміле, з наростанням глибини інтоксикації, спостерігають перехід (трансформацію) гіпоманіакального стану в дисфоричний. Поведінка сп'янілих змінюється і поступово стає неконтрольованою. З'являються нестриманість, нетактовність, дратівливість, злостивість, брутальність, імпульсивність, агресивність, причепливість, настирливість, підозрілість. Хворі згадують минулі невдачі й образи, які набувають значної актуальності. Нерідко вони вдаються до неадекватних дій і вчинків. Причому для цієї фази сп'яніння характерне так зване загострення, або оголення, індивідуальних рис (особливостей) характеру. Добросердні та веселі за характером люди стають максимально ейфоричними, дурненькими (танцюють, співають, сміються, блазнюють, дуріють, усім освідчуються в коханні); в осіб, схильних до меланхолійного настрою, з'являється слізливність, вони «визнають свою провину», просять у всіх пробачення, плачуть, вдаються до самокатування; грубі за характером люди можуть в стані сп'яніння стати агресивними.

Прогресивно знижується чіткість сприйняття навколишнього середовища, порушується цілісність мислення. Асоціативний процес змінюється від поверхневого до неупорядкованого. Привернути увагу такої людини складно, нерідко це вдається зробити лише після багаторазового повторювання запитань. З'являються грубі мовленнєві порушення у формі вповільнення темпу, монотонності, втрати ритму, дизартрії, нечленороздільності, змазаності, перекручування слів. Сп'янілі розмовляють самі із собою, ведуть діалоги зі співрозмовником, якого не існує, вигукують окремі слова, часто лайки. Продуктивний мовний контакт із такими особами утруднений або неможливий. Пригнічується інстинкт самозбереження (відбувається зниження або втрата відчут-

тя небезпеки, сп'янілі зневажають небезпечні для здоров'я та життя ситуації).

Знижується, а потім зникає орієнтування всіх видів. Особи в стані сп'яніння з великим зусиллям пояснюють або зовсім не в змозі пояснити маршрут транспорту або шлях, який тільки-но пройшли. Спостерігають й інші утруднення активування пам'яті. Порушення свідомості в зазначених випадках аналогічні подібним проявам за легкого ступеня оглушення. Згодом, після протвердження, події періоду сп'яніння такі особи пригадують повністю;

**б) атактична фаза.** Найхарактернішою ознакою цієї фази (ступеня) сп'яніння є виражені (помітні для оточення) функціональні порушення моторики та координації рухів — так звана *Ataxia alcoholica*, зумовлена токсичним впливом етанолу на нейрофізіологічні механізми центральної нервової системи. Такі особи втрачають звичні повсякденні побутові навички (наприклад, застібання гудзиків, шнурування черевиків тощо). У них змінюється почерк, рухи стають розгонистими, множинними, зайвими, неадекватними із втратою ситуаційної доцільності. Хо́да хитка, нетверда. Людина, що перебуває в стані сп'яніння середнього ступеня тяжкості, під час ходьби перепиняється, може падати, але піднімається та продовжує йти самостійно.

Типовий зовнішній вигляд таких осіб: одяг брудний, неохайний. Обличчя одутле, гіперемоване (але може бути і блідим). Білкові оболонки ін'єктовані. Можуть виникати гикавка, чихання, спрага, нудота, блювання. Із видихуванням повітрям відчувається різко виражений запах алкоголю.

До інших фізичних і неврологічних ознак атактичної фази сп'яніння належать: нестійкість у позі Ромберга, збільшення частоти пульсу до 100—110 за 1 хв, прискорення дихання. Сухожилкові рефлексии злегка знижені, з'являються ністагмоїдні посмикування очних яблук. Після проби обертання обстежуваного в кріслі (5 разів упродовж 10 с) ністагм зберігається 14—17 с. М'язова сила та больова чутливість значно знижуються. Можливе двоїння в очах.

Наступного дня після атактичного сп'яніння спостерігають післяінтоксикаційний стан (розбитість, слабкість, біль голови, спрага, нудота, можливе блювання, відраза до алкогольних напоїв).

### 3. Тяжкий ступінь алкогольного сп'яніння:

**а) адинамічна фаза.** Після вживання більших доз алкоголю та досягнення його концентрації в крові від 2,5 до 3 проміле в клінічній картині гострої алкогольної інтоксикації на перший план виступають м'язова

гіпотонія, адинамія, розлади (потьмарення) свідомості, що неухильно наростають.

Рухова активність у таких осіб різко знижується, хо́да стає хиткою, вони поступово втрачають стійкість у вертикальному положенні. Наростає фізична слабкість. Лежачи на спину, п'яні все-таки намагаються знову повернутися на бік, на живіт, роблячи руками та ногами хаотичні безпомічні рухи. За спроби встати вони падають. Зовнішній вигляд таких осіб неохайний, одяг брудний, на обличчі та тілі — садна і синці.

Мовлення грубо порушене: сп'янілі нерозбірливо вимовляють уривки слів або фраз, щось бурмочуть. Продуктивний мовленнєвий контакт під час обстеження таких осіб практично неможливий. Поглиблюється порушення критики та всіх видів орієнтування. Спостерігають апатію, байдуже ставлення до оточення, до небезпечних ситуацій, незручних поз, у сп'янілих практично немає адекватних мимічних реакцій. Можливі блювання, гикавка, пронос. Шкіра бліда, холодна, волога. Видихуване повітря та блювотні маси мають сильний запах алкоголю.

Серцева діяльність слабшає. Тони серця глухі, знижується артеріальний тиск. Пульс частий, слабкого наповнення та напруження. Дихання поверхневе, прискорене, можуть з'являтися хрипи через гіперсаливацію і скупчення слизу в носоглотці. Унаслідок розслаблення м'язів-замикачів часто виникають мимовільне сечовипускання і дефекація.

Спостерігають неврологічні симптоми: зниження або відсутність кон'юнктивальних, больових рефлексів, розширення зіниць, слабку реакцію на світло, мимовільний горизонтальний ністагм, зниження сухожилкових рефлексів.

Обстежуваний, перебуваючи в адинамічній фазі алкогольного сп'яніння, зовні виглядає сонливим, може засинати, незалежно від часу доби, в будь-якому місці та нефізіологічних для сну поз. Уві сні можуть виникати судоми, сечовипускання, дефекація. Розбудити таку людину зазвичай вдається, але вона відразу знову засинає. Вдихання парів нашатирного спирту зумовлює лише короточасну мляву захисну реакцію. Глибокий, тяжкий сон є обов'язковим клінічним компонентом цієї фази (ступеня) сп'яніння.

Після пробудження відновлення в пам'яті періоду тяжкого ступеня інтоксикації в різних осіб відбувається неоднаково: в одних спогоди уривчасті, із провалами в пам'яті, інші нічого не пам'ятають (повна амнезія), решта може пригадувати події зазначеного періоду повністю.

Після адинамічної фази алкогольного сп'яніння кілька днів спостерігають післяінтоксикаційні ознаки: астенію, гіпо- або адинамію, веге-

тативні розлади, дисомнію, дизартрію, анорексію, зниження настрою, дратівливість тощо;

**б) наркотична фаза. Алкогольна кома.** У низці класифікацій гострої алкогольної інтоксикації до важкого ступеня алкогольного сп'яніння включено алкогольну кому. На нашу думку, для експертної та лікувальної практики доцільніше до попередньої (адинамічної) фази алкогольного сп'яніння зараховувати всі випадки розладів свідомості, за винятком потьмарення свідомості (тобто аментивного стану або наркотичного оглушення — алкогольної коми). В останньому випадку потрібне обов'язкове надання невідкладної медичної допомоги за життєвими показаннями в умовах реанімаційного або токсикологічного відділення.

Алкогольна кома розвивається у випадках, коли доза вжитого алкоголю досягає або перевищує поріг наркотичної дії, подібної, наприклад, до дії ефіру або хлороформу. Середні концентрації алкоголю в крові, що спричиняють потьмарення свідомості (наркотичну фазу сп'яніння), коливаються від 3 до 5 проміле. Але кома може розвиватися також за меншого (2—2,5 проміле) або більшого (5—6 проміле) вмісту алкоголю в крові.

Залежно від глибини і динаміки токсичного процесу виділяють три ступеня алкогольної коми:

**I ступінь (поверхнева кома з гіперрефлексією).** Сп'янілий перебуває в стані непритомності, не реагує на оточення. Однак у відповідь на сильні подразники (наприклад? у разі піднесення до носа сп'янілого вати, просякнутої нашатирином спиртом) виникає короткочасна моторна реакція з хаотичними «захисними жестами» рук, ніг, мімічних м'язів, розширенням зіниць. Сухожилкові рефлекси підвищені, пропріоцептивні — збережені або підвищені, черевні рефлекси та рефлекси зі слизових оболонок — знижені, ковтальний — збережений. Спостерігають тризм (спазм) жувальних м'язів, фібрилярні посмикування м'язів у місці ін'єкції. Характерною є тенденція до зниження температури тіла та підвищення артеріального тиску. Дихання поверхневе, прискорене.

**II ступінь (поверхнева кома з гіпорефлексією).** Несвідомий стан. Значне пригнічення рефлексів (сухожилкових, рогівкових, зіничних, глоткових тощо). Мідріаз, ледь помітна реакція зіниць на світло. Ослаблене, поверхневе дихання, повторне блювання, гіперсалівація, бронхорея. Можливі аспірація слизу, блювотних мас, бронхоларингоспазм. Спостерігають тенденцію до зниження артеріального тиску, тахікардію (до 90—110 за 1 хв), мимовільне сечовипускання.

**III ступінь (глибока кома).** Свідомість потьмарена. Зазначають «плаваючі» очні яблука, арефлексію та м'язову гіпотензію. Можливе дихання за типом Куссмауля або Чейна—Стокса. Шкіра сі'янлого ціанотична, холодна та волога на дотик; спостерігають тенденцію до гіпотермії. Наростає серцево-судинна недостатність, знижується артеріальний тиск, тони серця стають приглушеними, пульс слабкий частий ниткоподібний. Характерним є нетримання сечі та випорожнень.

Алкогольна кома небезпечна своїми ускладненнями, найчастішими з яких є гостра дихальна та серцево-судинна недостатність, токсичний гепатит і гостра печінкова недостатність;

**в) гіпертоксична фаза** алкогольного сп'яніння настає в разі вживання смертельних доз алкоголю, тобто коли його концентрація в крові сягає 6—8 проміле. Смерть настає від бульбарного паралічу або від ускладнень, зазначених вище.

Вище докладно описано клініку стану алкогольного сп'яніння, динаміку його розвитку, дози алкоголю, за яких він настає, концентрацію алкоголю в крові в різні фази сп'яніння. Тому, виявивши у хворого, що перебуває на стаціонарному або амбулаторному лікуванні, ознаки алкогольної інтоксикації, медсестра або фельдшер мають повідомити про це лікарю, описати ознаки сп'яніння в робочій документації, вжити заходів із догляду за хворим і відкоригувати призначене лікування з урахуванням стану сп'яніння, бажано за участі лікаря. Якщо лікаря немає, то середній медичний працівник коригує лікування з огляду на особливості взаємодії лікарських засобів і алкоголю. Варто також враховувати, що в стані сп'яніння пацієнт може неправильно оцінювати тяжкість свого стану, необхідність надання йому допомоги, а також здійснити безглуздий вчинок (наприклад, стати на зламану ногу, вирвати голку з вени). Тому такий хворий потребує додаткової уваги та спостереження. Якщо після надання допомоги він їде додому, то бажано продублювати лікарські рекомендації письмово, передати їх людині, яка його супроводжує, тощо. Нерідко може виникнути потреба навіть у самозахисті медичних працівників від дій таких пацієнтів.

Оскільки стан сп'яніння є порушенням лікувального режиму, повідомлення про нього та про проведені діагностичні проби (див. нижче) потрібно записати в медичну документацію.

Неприпустимими є недбале описання клініки сп'яніння та неповне проведення діагностичних проб без поважних причин.

### Проведення огляду на стан алкогольного сп'яніння

Проведення такого огляду регулюється спільним наказом Міністерства охорони здоров'я, Міністерства юстиції і Міністерства внутрішніх справ України № 11/38/15-36-18 від 24.02.1995 р., в якому зазначено підстави та порядок його проведення й оскарження результатів, а також наведено інструкцію з проведення та ін. Крім того, наказ МОЗ України № 238 від 03.02.2001 р. регулює правила заповнення протоколу, формулювання висновків тощо. Кожне обласне УОЗ видає наказ про перелік лікувальних закладів, які здійснюють проведення огляду на стан сп'яніння. Інші лікувальні заклади здійснюють його лише в разі звернення пацієнтів за медичною допомогою, якщо в них є ознаки сп'яніння.

Головний лікар лікувального закладу також видає наказ, що покладає на співробітників відповідальність за проведення таких оглядів.

Наказ МОЗ України № 238 дозволяє його проведення спеціально підготовленим фельдшером ФАП у разі значної віддаленості від лікувальних закладів.

У лікувальних закладах, в яких здійснюють огляди на стан сп'яніння, середній медичний працівник допомагає лікарю, який проводить огляд. Спочатку з'ясовують підстави до його проведення, визначають особу тієї людини, яку будуть оглядати, та вносять ці відомості в журнал реєстрації оглядів на стан сп'яніння.

Потім проводять ретельний клінічний огляд обстежуваного, щоб можна було відобразити його стан відповідно до кожного пункту протоколу (форма 129/о), після чого виконують якісні та кількісні проби на вміст алкоголю та інших психоактивних речовин в організмі обстежуваного. Після двох проб проводять (або не проводять) дослідження біологічних рідин на вміст алкоголю або психоактивних речовин. Заповнюють протокол, роблять висновок, обстежуваний знайомиться з висновком огляду й ставить свій підпис під протоколом. Після цього його видають для передачі в зацікавлену інстанцію, а копію залишають у лікувальному закладі, де зберігають протягом передбачуваного нормативними актами терміну.

Записи в протоколі повинні збігатися з висновком обстеження і не мати двозначного тлумачення (наприклад, виявивши запах алкоголю у видихуваному обстежуваним повітрі, не можна писати, як це зробив один медичний працівник, «терпкувато-кислий запах із рота»).

Вище описано порядок проведення огляду обстежуваного, що не має травм і захворювань, які перешкоджають його здійсненню. Якщо

сп'янілий травмований або страждає на те або те захворювання, то в лікувальному закладі, в якому йому надають допомогу, обов'язково має бути проведено дослідження для виявлення концентрації алкоголю в двох біологічних середовищах організму (крові та сечі).

Оскільки для такого дослідження потрібен певний час, то і висновок роблять лише після одержання його результату.

Клінічний огляд проводять відповідно до загальноприйнятих правил.

### Проведення якісних проб на вміст алкоголю

1. *Проба Раппопорта* — дослідження видихуваного повітря.

Обстежуваний одержує пробірку з 2 мл дистильованої води та трубку із гумовим наконечником. Прополіскує ротову порожнину та продуває повітря через воду впродовж 15—30 с. Силу видиху регулюють індивідуально, щоб вода не вихлюпувалася з пробірки. Після цього в пробірку додають реактиви: 15 крапель сірчаної кислоти та 1—2 краплі розчину калію перманганату. Паралельно готують контрольну пробірку, в яку додають ті самі реактиви. Результат оцінюють через 1—2 хв. Якщо в обох пробірках не відбулося знебарвлення, це означає, що у видихуваному обстежуваним повітрі немає алкоголю. Збереження кольору в контрольній пробірці та знебарвлення вмісту в досліджуваній засвідчує наявність алкоголю.

Достовірність результатів проби залежить від техніки її проведення: ретельне прополіскування ротової порожнини обстежуваним, повноцінне продування видихуваного повітря (особи в стані сп'яніння погано орієнтуються і замість належного часу використовують кілька секунд, але стверджують, що дули скільки треба). Важливим також є використання якісної сірчаної кислоти. Позитивні реакції на ацетон, ефір, бензин і подібні речовини на практиці спостерігають рідко.

2. *Проба Мохова—Шинкаренка* — для дослідження видихуваного повітря. Для її проведення використовують стандартні трубки «Контроль тверезості», пластмасові мундштуки та мішечок для збирання видихуваного повітря, які зазвичай мають вигляд набору в пластмасовій коробці. У запалянні з обох боків скляній трубці міститься реагент жовтого кольору, виготовлений на основі сірчаної кислоти і калію біхромату. Обидва кінчики трубки відламують, на ротовий кінець надають пластмасовий мундштук, щоб не поранити губи, на протилежний — мундштук мішечка для збирання повітря. Обстежуваному пропонують подути в трубку, поки мішечок не наповниться вщерть. Зазвичай на це потрібно 15—20 с. Після цього оцінюють результат проби. Зміна кольору реагенту на зелений є ознакою наявності алкоголю у ви-

дихуваному повітрі. Проба також неспецифічна й може дати позитивні реакції на ефір, ацетон, альдегіди. Вона зручніша для застосування в осіб у стані сп'яніння середнього ступеня тяжкості, оскільки обстежуваний краще контролює час продування; при цьому ризик розбити трубку та травмуватися менший, ніж під час проведення проби Раппопорта.

Для проведення обох вищеописаних проб використовують агресивні реагенти, які за необережного з ними поводження можуть спричинити ушкодження устаткування й одягу та заповдіяти опіки.

Допускають проведення проб на алкоголь за допомогою електронних апаратів — *алкотестерів*, але за умови, що вони дозволені до застосування МОЗ України і перебувають у технічно справному стані. Вони є простими та безпечними у використанні. За допомогою деяких із них можна отримувати результат не лише у вигляді показань контрольної панелі, а й роздруковувати його, а також зберігати в пам'яті кілька попередніх результатів. Електронними алкотестерами можна користуватися і поза межами лікувального закладу.

Апарати можуть показувати концентрацію алкоголю у видихуваному повітрі та в крові (зазвичай за допомогою коефіцієнта перерахування). Марки апаратів ми не наводимо, тому що їх дуже багато й постійно з'являються нові.

Таким чином, після проведення повного обстеження медичний працівник робить висновок про стан обстежуваного на момент огляду, заповнює протокол, знайомить обстежуваного з результатом і пропонує його підписати.

#### Проведення кількісних проб на алкоголь

Якщо під час обстеження стан особи викликає сумнів у медичного працівника (наприклад, він не впевнений, чи перебуває пацієнт у стані алкогольного сп'яніння чи в іншому стані або має якесь соматичне захворювання), то це є показанням до проведення дослідження на вміст алкоголю в біологічних середовищах організму: крові та сечі. Концентрація алкоголю в крові є найінформативнішою пробою, аналіз сечі проводять додатково, щоб встановити орієнтовний час уживання алкоголю.

Правила взяття крові та сечі для проведення проби на вміст алкоголю наведено у відповідних керівних документах; варто лише зазначити, що не можна обробляти місце взяття крові за допомогою спиртових розчинів. Зразок крові або сечі доправляють у лабораторію. Для виявлення етанолу в крові використовують фотоелектроколориметричний (нині не рекомендований до використання через значні погрішності) та газохро-

матографічний методи. Концентрації алкоголю в крові за різних ступенів алкогольного сп'яніння наведено вище під час їх описання.

Одержавши результат дослідження, медичний працівник записує його в протокол і робить висновок про стан здоров'я обстежуваного з урахуванням концентрації алкоголю.

#### Запропоновані варіанти висновку:

1. Тверезий.
2. Сп'яніння внаслідок уживання алкоголю.
3. Сп'яніння внаслідок уживання алкоголю з наявністю травми.
4. Сп'яніння внаслідок уживання інших психоактивних речовин (зазначають вид наркотику).

Якщо обстежуваний ухиляється від огляду і немає можливості провести повноцінне обстеження, то записують такий висновок: «Зробити висновок немає можливості через ухиляння від огляду». У цьому разі протокол заповнюють із вказівкою, яким чином і від яких видів обстежень ухилявся пацієнт.

Якщо хворий травмований або має певні захворювання, що перешкоджає обстеженню, то його госпіталізують у відділення, де обов'язково беруть кров і сечу для встановлення вмісту алкоголю. Висновок роблять на підставі огляду під час госпіталізації та результатів аналізу біологічних середовищ на алкоголь.

Важливою ознакою є також швидкість розпаду алкоголю в організмі. Її визначають за так званим коефіцієнтом Відмарка, що становить 0,06—0,15 проміле на годину. Ця величина стабільна для кожної людини і вказує, наскільки знижується концентрація алкоголю в крові в стані спокою. Із огляду на це вимога нормативних наказів доправити обстежуваного в медичний заклад не пізніше ніж через 2 год після виникнення підстав для огляду є обґрунтованою. Адже, якщо величина розпаду алкоголю в обстежуваного відповідає верхньому рівню коефіцієнта Відмарка, то за 2 год концентрація алкоголю в крові знизиться з 0,5 до 0,2 проміле, тобто стан алкогольного сп'яніння легкого ступеня перейде в стан тверезості.

Швидкість розпаду алкоголю збільшується в разі хвилювання, фізичного навантаження, уживання кави, вдихання чистого кисню. Практично середня швидкість розпаду алкоголю становить 20—25 г за годину. Якщо людина випила пляшку німецького пива, виявити наявність алкоголю за допомогою електронних приладів через годину після вживання неможливо.

Поширені серед водіїв розповіді про те, що в разі вживання квасу, кефіру, газованих напоїв проби на алкоголь є позитивними і можуть стати підставою для висновку «алкогольне сп'яніння», є міфами.

Іноді доводиться стикатися з тим, що обстежувані не погоджуються з висновком про наявність у них алкогольного сп'яніння, оскільки вживали алкоголь напередодні, а не в день проведення огляду.

Варто зазначити, що висновок роблять за результатами огляду в той день і в ту годину, коли його було проведено. Крім того, якщо людина дійсно вживала алкоголь учора, але протягом доби він не зазнав повного розпаду, це рівносильно тому, що обстежуваний випив не 300 г горілки десять годин тому, а 50 г шойно. Якщо до початку огляду алкоголь не перероблений повністю, це означає, що обстежуваний перебуває в стані сп'яніння.

Найчастіші причини проведення огляду на вживання психоактивних речовин і стан сп'яніння:

1. Перебування на робочому місці в стані сп'яніння.
2. Здійснення кримінальних або адміністративних правопорушень у стані сп'яніння.
3. Надання медичної допомоги особам у стані сп'яніння.
4. Дорожньо-транспортна пригода (ДТП).

Співвідношення причин огляду може значно відрізнятись в різних регіонах України. Нині їх левову частку становлять ДТП.

### **Проведення огляду на стан наркотичного сп'яніння**

Підставою для проведення огляду на стан наркотичного сп'яніння переважно є затримання осіб, підозрюваних у здійсненні незаконного обігу наркотиків.

Проведення огляду на стан сп'яніння внаслідок вживання наркотиків регулюють ті самі нормативні документи. Завдання медичного працівника — виявити ознаки сп'яніння під час клінічного огляду та підтвердити наявність наркотику в організмі лабораторним методом. Концентрація психоактивної речовини в цьому разі значення не має. (Клінічні ознаки сп'яніння внаслідок вживання різних психоактивних речовин наведено у відповідному розділі підручника.)

Для дослідження біологічних середовищ використовують в основному сечу. Можливе дослідження змивів з губ. Методика взяття проб наведена в нормативних документах.

Для виявлення наркотиків використовують переважно газохроматографічне дослідження. Можливе застосування імунохроматографічних тестів (якщо вони дозволені до застосування МОЗ України). Імунохроматографічні тести — це смужка паперу, просякнута специфічним реактивом. Кінець тест-смужки занурюють у зразок сечі обстежуваного. Через певний час в оглядовому віконці смужки з'являється

одна (наркотик виявлено) або дві смужки (наркотик не виявлено). Метод простий та інформативний, але варто пам'ятати, що він якісний, а не кількісний. Якщо тест позитивний, але клінічної картини сп'яніння немає, це означає, що він відображає попереднє вживання речовини, а пацієнт на момент обстеження перебуває в тверезому стані.

Є тест-смужки на один наркотик кожна і мультисмужки. Використовуючи одну мультисмужку, можна визначити наявність трьох—п'яти наркотиків одночасно.

### **Ситуаційні задачі**

*1. Ви працюєте фельдшером, пройшли необхідну підготовку, у Вашій обов'язки входить проведення оглядів для виявлення стану сп'яніння. Ви маєте оглянути водія, що за 4 год до цього потрапив у ДТП. Він скаржиться на біль голови і блювання, що виникло в нього відразу після ДТП. Об'єктивно: гіперемія обличчя, пульс — 105 за 1 хв, артеріальний тиск — 150/105 мм рт. ст., незначний тремор рук і повік у позі Ромберга. Інші показники близькі до норми. Видихуване обстежуваним повітря має запах валеріани. Пробу Раппорта проведено два рази, обидва рази вона виявилася негативною. Чоловік висловив бажання здати кров для виявлення вмісту алкоголю. Аналіз проведено, результат — 0,31 проміле. Яким буде Ваш висновок?*

*2. Для огляду направлено чоловіка, що скоїв адміністративне правопорушення. Потрібно визначити, перебуває він у стані алкогольного сп'яніння чи ні. Чоловік відмовився від проведення огляду. Паспортні дані повідомили співробітники міліції, що його супроводжували. На запитання чоловік не відповідає, у разі спроби його оглянути він ховає обличчя, відводить Вашу руку та різними способами ухиляється від огляду. Таким чином, Ви змогли виявити в нього лише гіперемію обличчя, частоту дихання — 20 за 1 хв і відчули, що видихуване ним повітря має якийсь запах. Від проведення проб і аналізів чоловік також відмовився.*

*Ви заповнили протокол (більшу частину його становлять вказівки про відмову від досліджень). Яким буде Ваш висновок?*

*3. Повернімося до умов завдання номер один. Через 2 тиж. Вас запрошують до суду й просять пояснити ситуацію. Згідно з показаннями свідків, відразу після ДТП від обстежуваного відчувався запах алкоголю. У підготовленому Вами протоколі міститься висновок, відповідно до якого обстежуваного визнано тверезим.*

*Чому так відбулося і чому Ви зробили саме такий висновок?*

*4. Для проведення огляду направлено чоловіка. Він не заперечує, що годину тому випив склянку вина. Під час огляду в нього виявлено ознаки*

*алкогольного сп'яніння, але на тлі певних особливостей: різке звуження зіниць і зниження їхньої реакції на світло.*

*Якою буде Ваша подальша тактика?*

*5. Ви провели огляд чоловіка, виявили в нього ознаки алкогольного сп'яніння, повідомили йому про це і починаєте заповнювати протокол.*

*Обстежуваний дивується, як Ви могли виявити такі ознаки, адже він уживав алкоголь учора ввечері, а зараз уже полудень.*

*Дайте два варіанти відповіді:*

*1. Короткий варіант.*

*2. Розгорнутий варіант відповіді з докладним поясненням.*

### Основні етапи розвитку наркологічної служби в Україні

До кінця 60-х років минулого сторіччя допомогу наркологічним хворим надавали в психіатричних закладах. Персважно це були хворі з алкогольним делірієм. Пацієнтів, хворих на наркоманію, було небагато. Перших наркозалежних зареєстровано саме в цей час у Кременчуці в кількості 4 чоловік. Вони прибули в місто в складі контингенту засуджених до роботи на будівництві народного господарства. Хворі на алкоголізм за медичною допомогою зверталися нечасто. Але зі зростанням контингенту, що потребував наркологічної допомоги, поступово для цього було виділено частину відділень і психіатрів амбулаторної служби. Організація перших подібних структур у складі психіатричної служби відбулася в 1969—1972 рр.

Наказом МОЗ СРСР № 270 від 1976 р. визначено перехід до створення самостійної наркологічної служби, становлення якої відбулося впродовж наступних дев'яти років. Основною установою служби повинен був стати наркологічний диспансер, що надає як стаціонарну, так і амбулаторну допомогу. У завершеному вигляді структура наркологічної служби області складалася з обласного наркологічного диспансеру (зазвичай це була найбільша наркологічна установа області з ліжковим фондом до 400 ліжок), кількох міжрайонних (вони ж міські) наркологічних диспансерів у районних містах області (ліжковий фонд одного відділення — 60—90 ліжок), лікарів-наркологів у складі поліклінік ЦРЛ (один на район).

Були також відділення для примусового лікування за рішенням суду. Зазвичай для цього виділяли ліжка у відділеннях обласного диспансеру. Але таке відділення могло бути при іншій установі для лікування подібних хворих, які страждають також на туберкульоз. При великих підприємствах організовували фельдшерські наркологічні пун-

кти, де хворих оглядали безпосередньо на виробництві й там же надавали лікування. Іноді такий пункт був єдиний для кількох підприємств.

При органах влади створювали комісії по боротьбі з пияцтвом, в які входили представники влади, виробництв, медики, для спільного вирішення питань, які виникали під час боротьби з пияцтвом. У системі МВС існували лікувально-трудова профілакторії (ЛТП) — лікувальні заклади, що здійснювали лікування хворих за вироком суду (один—два на область). Там проходили лікування хворі, схильні до здійснення порушень громадського порядку, що ухилялися від добровільного лікування. Строк перебування там становив від 6 міс. до двох років. У ЛТП хворі на алкоголізм проходили первинний курс лікування, отримували курси підтримувального лікування і залучалися до праці. Більшу частину ЛТП було відведено для лікування хворих на алкоголізм; для лікування наркоманії було надано кілька ЛТП на СРСР.

Особи, засуджені до позбавлення волі, що страждали на алкоголізм або наркоманію, отримували лікування в місцях відбування покарання. Це передбачала стаття 14 КК УРСР. Для цього до складу медичної частини виправно-трудова закладу вводили відповідні штатні одиниці.

Згідно з МКХ-8, усі залежності класифікували як наркоманії (наприклад, алкогольна наркоманія). За МКХ-9 виділяли три стадії алкоголізму, алкогольні психози та різноманітні наркоманії.

До 1988 р. строк спостереження становив 5 років для диспансерних хворих і 1 рік для представників групи ризику. Із виходом наказу МОЗ України № 704 було прийнято сучасні строки спостереження.

Існували переваги щодо надання стаціонарної допомоги, хоча нормативи охоплення амбулаторним лікуванням становили 40 %, стаціонарним — 20 % усього контингенту диспансерів. Фактично міг відбуватися зворотний процес через наявність багатьох сотень ліжок, які необхідно було заповнити.

Наркологічні відділення були двох видів: спеціалізовані (зазвичай для лікування алкогольних психозів) і наркопромислові. В останніх лікування отримували хворі на алкоголізм, які одночасно із цим працювали на промислових підприємствах. Це могло бути підприємство, на якому хворий працював до госпіталізації, або інше. Якщо у хворого не було роботи або професії, він міг набути її на підприємстві, при якому працювало наркологічне відділення. Строки лікування через це могли сягати 3 міс. Із хворого, який до госпіталізації мав роботу, утримували 40 % заробітної плати на користь наркологічного закладу і зберігали за ним його робоче місце (за винятком випадків, коли ця робота йому була протипоказана).

Амбулаторне лікування проводили у вигляді трьох курсів: дезінтоксикаційна терапія, умовнорефлекторна терапія, сенсibiliзувальна терапія.

Хворі мали змогу пройти курс лікування анонімно або в окремому кабінеті, або у дільничного нарколога. Автор на початку своєї професійної діяльності спостерігав у своєму кабінеті 2200 хворих на алкоголізм, близько 400 осіб групи ризику, 11 хворих на наркоманію. За 3 роки роботи анонімно лікуватися побажали близько двох десятків осіб.

Нормативна база роботи складалася з кількох нормативних наказів, що не мали протиріч між собою. Незручності в роботі зумовлював лише норматив прийому 6 пацієнтів за 1 год, який було скасовано в 1990 р.

Наркологічній службі надавала допомогу більшість установ і керівних органів, особливо міліція. Без допомоги останньої було б важко виконати більшість завдань з охоплення, огляду та ін. Утім, співробітництво було вигідним і для МВС: особи, що проходили лікування в ЛТП, не здійснювали правопорушень на відповідних дільницях.

Обмежувальні заходи щодо продажу алкоголю теж мали позитивні результати. Так, в області, де працював автор, кількість алкогольних психозів знизилася в 9 разів. Більша їх частина мала абортивний перебіг, а людей, що перебували в запої понад 5 днів, почали виявляти вже в 1991 р. Оскільки тривалих запоїв не було, можна було проводити амбулаторне лікування без ризику розвитку ускладнень.

Оцінюючи діяльність наркологічної служби того часу, можна зазначити такі позитивні її ознаки:

1. Загальнодоступність.
2. Комплексність.
3. Чітка організація та мінімальне бюрократичне обмеження її роботи.

Серед недоліків варто назвати низку зайвих утисків для пацієнтів. Наприклад, хворі на алкоголізм, а також особи, які одержали травми, або ті, що захворіли у зв'язку із вживанням алкоголю, не одержували листків непрацездатності, а лише неоплачувану довідку форми 94. Водночас хворі на наркоманію мали право на одержання листка непрацездатності за своїм захворюванням (але фактично не користувалися ним, бо найчастіше не працювали взагалі). Дуже тривалими були курси стаціонарного лікування (через роботу на промислових підприємствах). Крім того, критерії спрямування на примусове лікування могли зашкодити хворому, тому що допускали можливість відправлення в ЛТП осіб, які не потребували цього.

З утворенням незалежної Української держави наркологічна служба зазнала низки змін, при цьому структура її в основному збереглася незмінною та й попит населення на наркологічну допомогу не зменшується.

Основною тенденцією сучасної концепції діяльності наркологічної служби України є розширення обсягу амбулаторної допомоги й перехід якості її надання на європейські стандарти.

Впроваджено нову систему наркологічних профілактичних оглядів, яка включає огляд, заповнення тестів «Аудит» й «Скринінг», проведення аналізу на фермент ГГТ, за результатами яких і роблять висновок про наявність або відсутність наркологічних протипоказань до виду трудової діяльності пацієнта.

Практично відмінено систему примусового лікування. ЛТП було розформовано, статтю 14 із нового Кримінального кодексу вилучено. Збереглися лише ліжка для цього у відділеннях наркологічних диспансерів, але суди і міліція вкрай рідко спрямовують хворих для примусового лікування, незважаючи на існування контингенту, що потребує цього.

Скасовано обмеження у видачі листків непрацездатності хворим на алкоголізм.

Впроваджено нові стандарти якості надання наркологічної допомоги.

Наркопромислові відділення перетворено на наркологічні відділення.

Зменшено строки лікування і введено принцип узгодження з пацієнтом обсягу і виду лікування (за винятком невідкладних станів).

Значно суворішим став контроль за обігом психотропних засобів і прекурсорів.

З'явилася можливість взаємодії з неурядовими, релігійними та громадськими організаціями щодо реабілітації, особливо для хворих на наркоманію.

Впроваджено замісну підтримувальну терапію препаратами еднок, бупренорфін, метадон.

Нині наркологічна служба України перебуває в стані переходу від колишніх форм організації до сучасних, однак через кризові явища в державі цей процес дещо сповільнений.

Суспільство ще не виробило належну модель балансу між інтересами всього суспільства і окремих його членів, зокрема щодо наркологічних проблем. Так, передача виробництва і торгівлі алкогольними напоями у приватну власність, при загальній позитивності подібних

тенденцій в 90-і роки, призвела до масових отруєнь і смертей через використання технічного спирту у виробництві. Авторів доводилося спостерігати небачене зростання частоти виражених неврологічних порушень починаючи з 1992 р. Скорочення примусових форм лікування водночас із повагою до прав окремої особистості призвело до нехтування тими самими правами членів родин хворих. Іншим наслідком цього було зростання смертності серед контингенту хворих, яких раніше спрямовували в ЛТП, через безперервне пияцтво.

Нормативна база наркослужби значно збільшилася, і її окремі вимоги не завжди координовані.

Зростають кількість і питома вага платних послуг, і потрібне дотримання розумного балансу між платними і безкоштовними видами допомоги.

Трансформація наркологічної служби складна й багатопланова. Дуже важливо під час її проведення не втратити надбаня попередніх часів і, запозичуючи закордонний досвід, критично осмислювати його застосування в українських умовах. І найголовніше — потрібно знайти баланс між інтересами приватними й загальними, інтересами хворих і медперсоналу, вигодою і якістю надання допомоги.

## Розділ 17 Наркоманія

У МКХ-10 усі засоби, якими зловживають хворі, позначають як психоактивні речовини, що спричинюють психічні та поведінкові розлади. Виділяють 10 груп таких речовин: алкоголь, опіати, канабіноїди, седативні та снодійні речовини, кокаїн, інші стимулятори (включаючи кофеїн), галюциногени, тютюн.

Традиційно до наркоманій зараховують зловживання лише тими речовинами, які включено в офіційний список наркотиків, затверджений Міністерством охорони здоров'я. Зловживання речовинами, не внесеними в список наркотиків, визначається як **токсикоманія**. У МКХ-10 наркоманії і токсикоманії не виділено.

Із медичного боку підхід до хворих на наркоманії та токсикоманії, а також принципи терапії ідентичні.

**Психічна й фізична залежність, яка виникає внаслідок зловживання психоактивними речовинами, що належать до наркотичних засобів, визначається як наркоманія.** До наркоманій зараховують залежність від опіатів, канабіноїдів, кокаїну, психостимуляторів, галю-

циногенів або інших речовин, включених в офіційний перелік наркотичних засобів, які підлягають особливому контролю. Причиною зарахування речовин до наркотиків є підвищена наркогенність, тобто прискорений розвиток залежності до них. Хоча в окремих випадках речовину могли довгий час не вважати наркотиком, подеколи вона навіть могла бути розробленою й застосовуваною для лікування наркоманії.

За даними ВООЗ, наркотизація населення земної кулі продовжує зростати. Щодо населення України, то в 2007 р. захворюваність на наркоманії становила 11,4 випадку на 100 тис. населення (це означає, що впродовж року діагноз залежності від наркотичних речовин було встановлено такій кількості людей). Поширеність їх становить 174,71 випадку на 100 тис. населення (тобто така кількість хворих наприкінці року перебувала на обліку).

Останніми роками зазначено деяку стабілізацію цього контингенту й навіть його зменшення.

У МКХ-10 всі речовини позначено певними цифровими кодами: код 10 — алкоголь, 11 — опіати, 12 — канабіноїди, 13 — седативні та снодійні речовини, 14 — кокаїн, 15 — інші стимулятори, 16 — галюциногени, 17 — тютюн, 18 — леткі розчинники, 19 — поєднання кількох речовин (залежність від них раніше називали «полінаркоманія» або «політоксикоманія») або речовини, що не входять в інші групи.

Усі наркологічні хвороби шифрують літерою «F».

**Стан розвитку хвороби позначають такими цифрами:**

0 — стан, пов'язаний з гострою інтоксикацією. Мають на увазі одноразове вживання психоактивної речовини. Шифрують саме результат цього вживання.

1 — стан вживання речовини зі шкідливими наслідками, тобто людина вживала речовину впродовж деякого часу, що завдало шкоди її здоров'ю та соціальному стану.

2 — розвиток залежності від цієї речовини. Речовина стала частиною обмінних процесів в організмі, і ненадходження її спричинює психічний дискомфорт (раніше цей стан називали психічною залежністю) або порушення здоров'я (абстинентний синдром або фізична залежність).

**Синдром залежності характеризується:**

- *непереборним потягом до вживання певної речовини;*
- *втратою контролю за дозою;*
- *підвищенням толерантності впродовж тривалого періоду часу;*
- *втратою інтересу до роботи, навчання, родини через те, що хворий захоплений вживанням речовини або способом дістати її;*
- *уживанням речовини всупереч появі ознак шкідливих наслідків;*

- *розвитком абстинентного синдрому.*

**Фізична залежність** від наркотику характеризується низкою конкретних симптомів, які свідчать про включення наркотичної речовини в обмінні процеси організму, що вже не може нормально функціонувати без нього;

3 — абстинентний синдром, який формується впродовж 12—48 год після припинення вживання наркотику. Його специфічність полягає в тому, що усунення симптоматики можна досягти лише вживанням наркотику.

У деяких випадках, наприклад у разі залежності від канабіноїдів і вживання амфетамінів, його наявність заперечують;

4 — абстинентний психоз (делірій). Психози внаслідок гострої інтоксикації шифрують цифрою 0 (точніше — 03—04);

5 — наявність галюцинаторного розладу зі збереженням ясності свідомості. Можливі вторинні маячні ідеї, які відображають раніше перенесені галюцинації. Тривалість розладу — близько 6 міс.;

6 і 7 — віддалені наслідки зловживання речовиною;

8 і 9 — розлади, які не належать до перелічених вище, а також не уточнені.

Таким чином, за допомогою цієї схеми шифрування можна схарактеризувати стан пацієнта в конкретний момент часу. Наприклад, у стаціонар доправлено хворого із залежністю від опіатів. Під час госпіталізації шифр діагнозу F11.24 (F — наркологічне захворювання, 11 — опіоїд, 24 — активна залежність). У відділенні в нього розвинувся абстинентний синдром і хворий відмовився від лікування. Шифр діагнозу під час виписування — F11.3. Через деякий час хворий припинив вживання наркотику, безнаркотичний період — менше року, діагноз F11.200. Хворий утримувався від уживання наркотику 5 років; пацієнта знято з обліку у зв'язку з тривалою ремісією. Шифр діагнозу — F11.202. Пацієнт став зловживати алкоголем, до якого в нього теж розвинулася залежність, — шифр F19. (Подальші цифри можуть бути різними). П'ять років утримувався від опіатів, але зловживав алкоголем — шифр F10.

В етіології і патогенезі наркоманії важливу роль відіграють три групи чинників: індивідуально біологічні, психологічні, соціальні.

**Індивідуально біологічні чинники.** Основою розвитку або нерозвитку наркотичної залежності є стан «внутрішньої аптеки» організму, тобто систем організму, що регулюють стан сну, психічного комфорту, анальгезії тощо. В організмі людини виявлено рецептори цих систем, на які й діє наркотик. Наркотик хімічно схожий на речовини, що їх вироб-

ляє організм для досягнення анальгезії, сну і т. ін., але лише частково, як схожі два ключі від різних замків. Застосування схожої речовини зумовлює такий самий ефект, як і власної, але «ламає замок». Тобто рецептор, що реагує з наркотиком, зазнає ушкодження. Для відновлення роботи потрібна посилена доза наркотику (як ушкоджений замок відкривається із застосуванням зайвого зусилля). Зрештою, щоб відновити нормальну роботу «внутрішньої аптеки», потрібний довгий час, за який пацієнт переживає спочатку абстинентний синдром, потім тривалий період анергії, тобто недостатньо повноцінного функціонування організму, і лише після цього він може відчути себе нормально.

Системи, які регулюють ці процеси, називають ендорфін-енкефаліновою, серотоніною та ін. Вони виробляють нейромедіатори, тобто речовини, наявність яких зумовлює реакцію нервової системи.

**Психологічні чинники.** До чинників, які сприяють розвитку наркоманії, можна зарахувати патологічну спадковість, особливості характеру (слабкість волевої діяльності, переживання почуття власної неповноцінності, невміння встановлювати міжособистісні стосунки), мікросоціальне оточення, соматичні захворювання.

**Соціальні чинники** включають наявність у соціумі традицій вживання наркотиків, злочинної мережі з поширення цих речовин серед населення. Іноді ця розбещена мода на вживання наркотиків поширюється навіть у верхівках суспільства (наприклад, уживання кокаїну серед багатьох соціальних прошарків США в 80-ті роки ХХ ст.). Мешканці соціальних низів уживали кокаїн, щоб досягти ілюзії вирішення проблем існування, еліта — через моду на нього.

Одним з основних спонукальних мотивів до вживання наркотиків є бажання повторно одержати суб'єктивно приємне почуття, зумовлене введенням наркотичного засобу. Кожен наркоман відчуває усвідомлене або неусвідомлене бажання змінити свій емоційний або фізичний стан. Початкове вживання наркотиків у більшості випадків має психологічно зрозуміле пояснення: більшість людей хотіла б звільнитися від почуття занепокоєння, втоми, душевної порожнечі, які можуть виникнути через ті або ті життєві обставини.

Найбільший вплив мають такі чинники: *уроджена слабкість «внутрішньої аптеки» і наявність наркотиків у соціумі.*

Слабкість «внутрішньої аптеки» змушує людину шукати можливість досягнення внутрішнього комфорту легким шляхом, а якщо наркотик легко доступний, то потрібно небагато часу, щоб людина усвідомила: те, що їй потрібно для внутрішнього комфорту, — це наркотик, який продають на сусідній вулиці.

Якщо людина із вродженою недостатністю ендорфін-енкефалінової системи живе в соціумі, де немає можливості дістати опіат, то бажання досягти комфорту легким шляхом не зможе реалізуватися, тому людина не зможе стати наркозалежною від опіатів. Цей внутрішній дисбаланс може перешкодити їй кар'єрі в спорті, певним досягненням у соціальній сфері, але вона проживе довше, і життя її буде повноціннішим. Така сама людина, що мешкає в регіоні, де героїн продають на вулиці, буде вести нормальний спосіб життя лише до того моменту, коли цей наркотик потрапить до неї.

Варто також пам'ятати, що наркозалежні схильні до поширення наркотиків серед людей, які їх ще не приймають. Причина цього — бажання втягнути в наркотизацію нових людей для продажу їм наркотиків, прибуток від якого піде на задоволення його залежності.

У розвитку наркоманії виділяють три стадії.

**I стадія (початкова)** — виникає психічна залежність, наркотики поступово витісняють із життя хворого роботу і колишні захоплення; регулярне вживання наркотиків, зростання толерантності до них.

**II стадія (розгорнута)** — характеризується максимальним підвищенням толерантності до наркотику, зміною характеру наркотичного сп'яніння, появою абстинентного синдрому.

**III стадія (кінцева)** — супроводжується різким зниженням толерантності до наркотику, відсутністю позитивних переживань після його вживання, розвитком грубих соматоневрологічних порушень.

### Опійна наркоманія

Захворювання виникає в разі зловживання опіатами — наркотичними анальгетиками (морфін, кодєїн, тебаїн, героїн, омнопон, діонін, пантопон, промедол, лідол, метадон), отриманими зі снодійного маку, а також синтетичним шляхом. Опійні препарати курять, вдихають, вживають усередину і парентерально. Вони пригнічують гідроліз ацетилхоліну, блокують передачу імпульсів болю в корі великого мозку. Ці наркотики у вигляді кустарного опію вживає більша частина зареєстрованих наркозалежних в Україні.

Героїн в Україні не настільки поширений. Осіб, які зловживають медичними препаратами з опіатів, нині виявляють рідко. Низку таких препаратів використовували і зараз використовують для лікування опійної залежності. Свого часу великі надії покладали на героїн, поки не виявилось, що він спричинює злякиснішу залежність, ніж морфій.

Нині з цією метою застосовують бупренорфін, метадон, які полегшують перебіг абстинентного синдрому. Крім того, їх використовують

для замісної підтримувальної терапії. Мета вживання таких препаратів — зменшення шкоди від наркотизації. Пацієнт, що одержує метадон, не має потреби в скоєнні злочину заради наркотиків, припиняє їх ін'єкційне вживання, що запобігає інфікуванню ВІЛ, тощо.

Наркотичне сп'яніння при внутрішньовенному введенні проходить такі фази:

**I фаза опійної інтоксикації** триває від 40 с до 1—3 хв: одразу після введення хворі відчувають тепло, у голові легкий приємний поштовх, приємний свербіж на кінчику носа, підборідді, чолі. З'являється відчуття особливого блаженства, радості, швидкий плин думок, усі проблеми відступають;

**II фаза опійної інтоксикації** триває від 10 до 30 хв: з'являється почуття радості, захвату, проблеми зникають, настає приємне заспокоєння, розслабленість, відбувається швидка зміна мрійних переживань, уявлень. Збоку хворі виглядають млявими, загальмованими, нерухомими. Під час застосування власноруч приготовлених препаратів спостерігають стимулювальний ефект (голосно сміються, жестикулюють);

**III фаза опійної інтоксикації** — поверхневий сон протягом 1—3 год;

**IV фаза опійної інтоксикації** настає після пробудження: зниження настрою, поява відчуття дискомфорту. Тривалість інтоксикації може значно варіювати.

Діагноз опійної інтоксикації ґрунтується на наявності таких критеріїв: дезадаптивний характер поведінки, звуження зіниць, дрімливий стан, невиразне мовлення, порушення уваги, пам'яті. Важливим є виявлення наркотику в біологічному середовищі організму (сечі).

Передозування опіатами супроводжується зниженням частоти дихання, гіпотермією, артеріальною гіпотензією, брадикардією, звуженням зіниць. Смерть настає внаслідок зупинки дихання.

Тріада ознак — кома, зіниці у вигляді головки шпильки, утруднене дихання — свідчать про необхідність надання екстреної допомоги (уведення антагоністів опіоїдів: налоксону, налорфіну).

**Абстинентний синдром** при опіатній залежності характеризується такими симптомами: чихання, сльозотеча, біль у м'язах, судоми, абдомінальні спазми, нудота, блювання, діарея, розширення зіниць, утворення «гусячої шкіри», озноб, тахікардія, підвищення артеріального тиску, позіхання, дисфорія, неспокійний сон.

Хворі збуджені, непосидючі, часто міняють положення тіла (внаслідок болю в м'язах і дискомфорту), постійно звертають увагу на тяжкість свого стану, просять надати допомогу, додатково призначити

ліки тощо. Відмова або зволікання в цьому зумовлює численні скарги й претензії. Нерідко такі хворі тікають з відділення. Причому можуть і не повернутися, а можуть, отримавши дозу, прийти назад. Можливі спроби крадіжки психотропних препаратів у персоналу. Повного розвитку синдром досягає на 2-у—3-ю добу, зменшення симптоматики починається з 5-ї доби, тривалість — 10 діб. Унаслідок того, що хворі не сплять більшу частину ночі, потрібні зусилля з підтримання режиму відділення, щоб пацієнти з абстинентним синдромом не заважали відпочинку інших хворих.

Толерантність до опіатів виникає швидко. У разі вживання саморобного опію (орієнтовна концентрація морфіну — 5—7 %) початкова доза становить 0,5—1 мл (тобто дозування в 2—7 разів перевищує медичне!). Через 1—2 міс. наркотизації може вже розвинути залежність.

Приблизна кількість уведеного морфіну, необхідна для розвитку залежності, становить 1 г чистої речовини. У науковій літературі описані випадки, коли добове дозування морфіну сягало 150 мл 1 % розчину. На практиці спостерігають осіб із добовим дозуванням — 100 мл 1 % морфіну або 15—20 мл саморобного опію.

Систематичне вживання опійних наркотиків призводить до виражених соматичних і психічних розладів. Хворі виглядають старшими свого віку, мають суху бліду шкіру із жовтяничним відтінком, зморшкувате обличчя, тонкі й ламкі волосся та нігті; вони виснажені, рано лісують. Вени в таких осіб стовщені, схожі на джгути, із численними рубцями, облітеровані.

Останніми роками багато хворих починають наркотизацію у вени пахвинної ділянки, де утворюються специфічні «кратери» від ін'єкцій. Вени інших ділянок можуть бути незмінні. Облітерація вен відбувається внаслідок флебіту від введення саморобних наркотиків, у разі вживання лише медичних препаратів він менше виражений. В окремих випадках таким особам неможливо ввести ліки внутрішньовенно, взяти аналіз крові з вени. У разі тривалих перерв у наркотизації можливе часткове відновлення просвіту вен.

Часто у таких осіб розвиваються емфізема легенів, пневмонія, гепатити, гломерулонефрит, поліневрит, з'являються рани і виразки, що не гояться.

**Психічні розлади** на початкових етапах формування залежності від опіатів проявляються астеничними симптомами, у пізній стадії захворювання хворі стають непрацездатними через астенію й анергію.

**Прогноз** при залежності від опіатів несприятливий. Хворим складно відновити соціальне функціонування, що призводить до реци-

диву хвороби. Крім лікувальних заходів хворі мають потребу в соціальній реабілітації (перебування в реабілітаційних центрах, комунах, «будинках на півдорозі», сприяння соціальних служб).

### Канабіноїдна наркоманія

Зловживання препаратами коноплі є найпоширенішою у світі формою наркоманії. У нашій країні воно посідає друге місце після опійної наркоманії. Наркотичною дією володіють психоактивні речовини, що містяться в коноплях, — канабіноїди.

Наркотик, який виготовляють зі стебел і листя коноплі з невеликим додаванням квіток, називають *марихуаною*.

Смолиста речовина, яку збирають із верхівок трави канабісу, має назву *гашиш* (*анаша, банг, кіф, хурус, дагга*).

Марихуана менш наркогенна. Канабіноїди вживають із їжею, питвом, але частіше вдихають під час куріння (змішують із тютюном). Іноді перші вживання препаратів коноплі зумовлюють неприємні відчуття (нудота, сухість у роті, слинотеча, запаморочення, утруднення дихання, стиснення в грудях). Ейфорія також не завжди виникає після першої проби. Спостерігають (як і в разі інших інтоксикацій психоактивними речовинами) феномен, коли людина, що очікує від уживання наркотику якихось змін, відчуває їх, а несподівана або у разі випадкового вживання наркотику людина може майже нічого не відчути.

Дія наркотику настає негайно і сягає максимуму через 30 хв. У перші 5—10 хв після вживання можуть виникнути страх, тривога, потім — ейфорія з гострим бажанням бігати, танцювати, стрибати, голосно сміятися. Розвивається своєрідна зміна свідомості, коли людина сприймає лише те, що відбувається в групі (якщо вживання групове), і не помічає навколишнього.

Виникає **гіперестезія** до звукових і колірних подразників (кольори здаються яскравішими, звуки — голоснішими). Загострюється потреба в спілкуванні, мислення стає непослідовним, асоціації — поверхневими. Іноді з'являються **психосенсорні** розлади з ознаками дереалізації, деперсоналізації, коли змінюється сприйняття навколишніх предметів і часу (макропсія, прискорення або сповільнення перебігу часу, збільшення відстані між предметами, порушення самосвідомості, роздвоєння особистості). Розгальмовуються потяги, підвищуються апетит, гіперсексуальність, агресивність.

Стан наркотичного сп'яніння супроводжується вегетативними порушеннями (гіперемія обличчя, мармуровий колір шкіри, блідість носогубного трикутника, тахікардія, сухість у роті, розширення зіниць,

ослаблення реакції на світло, гіперемія білкових оболонок очей). Тривалість легкого сп'яніння — від 30 хв до 2—4 год після вживання марихуани й до 5—12 год після наркотизації гашишем. Після виходу з інтоксикації виникають відчуття голоду, втома, сонливість. Упродовж кількох годин від одягу людини, що вживала канабіноїди, відчувається своєрідний солодкуватий запах. Протягом наступних 3—4 діб розвивається загальна слабкість, знижується настрій, виникає дратівливість.

**Гашиш** часто прокладає дорогу іншим наркотикам. Історії хвороби хворих на опійну залежність починаються словами про вперше спробований наркотик з канабісу, який незабаром було замінено опіоїдами. Через 2—3 роки з'являється психічна залежність (нездужання, втома, відсутність апетиту, тремор, пітливість, тахікардія, зниження настрою, гнівливість, злостивість, тривога, страх, сенестопатія, безсоння). У деяких курців із багаторічним стажем розвиваються психози, схожі на параноїдну шизофренію. Не всі учені визнають наявність абстинентного синдрому в разі вживання канабіноїдів.

Навіть існує рух за визнання марихуани легальним наркотиком. Активісти цього руху розповідають про її нешкідливість, відсутність абстинентного синдрому, позитивний досвід Нідерландів, де вживання канабіноїдів дозволено в спеціальних кафе. Варто пам'ятати, що визнання речовини наркотиком і внесення її до списку речовин, які підлягають особливому контролю, зумовлено тривалою історією зловживання нею багатьох людей, тисячами смертей та інвалідності внаслідок її вживання.

Наркозалежність легкою не буває. Люди, що пропонують легалізацію наркотиків, фактично пропонують легалізацію вбивства і самогубства.

### Кокаїнова наркоманія

**Кокаїн** — алкалоїд (ефір бензойної кислоти), наркогенність якого вирізняється сильною стимулювальною дією. Кокаїн було виділено з листя чагарника кока в 60-х роках XIX ст.; препарат широко застосовували для місцевої анестезії.

Є різні способи вживання кокаїну; найпоширеніший — **інтраназальний** (через ніс).

Кокаїнова інтоксикація починається через 4 хв у разі внутрішньовенного введення препарату і сягає піку через 5—10 хв. За інтраназального способу дія препарату починається через 5—10 хв, пік настає в межах 15—20 хв. Через 30 хв ефект зникає. Гостра інтоксикація харак-

теризується підвищенням настрою, почуттям припливу енергії, бадьорості, тенденцією до переоцінки своєї значущості, власних можливостей, розгальмуванням, багатомовністю, гіперактивністю.

Виразеніше кокаїнове сп'яніння схоже на маніакальний синдром, іноді можливий розвиток психомоторного збудження. У цих станах хворі скоюють різні правопорушення.

У разі **передозування** кокаїну розвивається психотичний стан зі страхом, тривогою, розгубленістю, зоровими, слуховими, тактильними галюцинаціями.

Іноді під час інтоксикації виникає кокаїновий делірій, кокаїновий онейроїд, кокаїновий параноїд з манією переслідування, ревнощами. Кокаїновий психоз транзиторний і зникає після закінчення вживання наркотику, але подеколи триває кілька днів. Абстиненція проявляється дисфорією, депресією, вегетативними розладами, маячними ідеями стосунку, переслідування, суїцидальними думками.

Історично кокаїн тривалий час уживали лише корінні жителі Південної Америки для стимулювання сил у тривалих переходах високогір'ям (в імперії інків існувала практика видачі листя коки лише на період роботи для потреб держави).

У XIX ст. після поширення кокаїну як анестезувального засобу з'явилися повідомлення про залежність від нього. До речі, певний час кокаїном намагалися лікувати морфінізм. Досить тривалий час його вживали представники богеми.

Пік кокаїнової наркоманії пов'язаний з Першою світовою війною у зв'язку з тим, що він був легкодоступний для військових і допомагав переносити тягар війни. Люди намагалися одержати від нього приплив сил для важких військових буднів, боротися з недосипанням, голодом, втомою. Кокаїн (як і всі наркотики) давав ілюзію допомоги. Потім люди дорого розплачувалися за це. Але їм хотілося тут і зараз, і майбутнє їх тоді не хвилювало.

Після закінчення війни рівень вживання кокаїну знизився. Новий пік спостерігали в 70-ті роки XX ст., коли було розроблено спосіб виробництва й куріння так званого **креку**. Кокаїн заповнив «чорні» ринки провідних капіталістичних країн. Він став популярний не лише серед мешканців гетто, а й серед успішних людей як ознака елітарності.

В Україні кокаїн уживають, але за поширеністю він поступається наркотикам із природної сировини (маку і коноплі). Поки що це наркотик для «еліти».

### Амфетамінова наркоманія

Найвідоміші амфетаміни — фенамін, декседрин, метедрин, риталін. Їх вживають усередину і вводять внутрішньовенно. Гостра інтоксикація характеризується підвищенням настрою, прискоренням мислення, фізичною бадьорістю, прагненням до діяльності, багатомовністю. У разі регулярного вживання стимулювальний ефект слабшає, з'являється толерантність до наркотику.

Добова доза амфетамінів іноді сягає 1 г. Умовно смертельна доза становить 120 мг. На вершині інтоксикації розвивається гострий психоз з ідеями переслідування, деперсоналізацією, дереалізацією, іноді — делірій.

Останнім часом молодь уживає *екстазі* (4-метилендіоксиметамфетамін). Після вживання таблетки з'являється відчуття загального братерства, любові до людей, блаженства, захвату, що триває 20—30 хв. Надалі розвиваються стимулювальний ефект, сексуальна розкутість, прискорене мислення.

У післяінтоксикаційний період виникають млявість, слабкість, сонливість, зниження настрою, біль у м'язах, утруднення інтелектуальної діяльності. Швидко зростає толерантність, міняється клінічна картина сп'яніння, з'являються страх, дратівливість, іноді галюцинації, розвиваються депресивний параноїдальний стан, виражені порушення функції печінки, серця, гіпертермія з тепловим ударом і летальним наслідком.

### Ефедрінова і первітинова наркоманія

*Ефедрин* (алкалоїд, що міститься в траві ефедри) збуджує центральну нервову систему. Препарат застосовують у медицині у вигляді таблеток, очних крапель, крапель у ніс. Ефедрин входить до складу таких препаратів, як *солутан*, *сунареф*, *бронхолітин*, *теофедрин*, *антастман*.

Спочатку для наркотизації використовували чистий ефедрин, потім з ефедрину та сумішей, які містять цей препарат, стали виготовляти кустарним способом препарат ефедрон із вищою наркогенною дією.

У нашій країні ефедрінова наркоманія посідає третє місце після опійної і канабіноїдної. Ефедрон застосовують усередину, вводять внутрішньовенно, первітин (саморобний) — лише внутрішньовенно.

У разі вживання ефедрону усередину через 10—15 хв розвивається ейфорія зі своєрідними психосенсорними розладами, з'являються незвичайна легкість у тілі, відчуття ворухіння волосся на голові, невагомості.

Навоколишні предмети здаються яскраво пофарбованими. Виникають синестезії: поряд зі звуками в очах з'являються веселкові плями. Виникають почуття доброти, любові до людей, незвичайно яскраві та чіткі думки, ейфорія, зникають апетит, сон, з'являються затримка сечовипускання, тахікардія, сухість у роті. Цей стан інтоксикації триває 6—8 год. У разі первітинового сп'яніння деперсоналізаційні розлади вираженіші. Абстинентний синдром при ефедріновій наркоманії не розвивається, але анергія після припинення вживання триває дуже довго.

Появі ефедрінової і первітинової наркоманій сприяла Друга світова війна. Речовини, що усувають сонливість, утому, голод, підвищують настрої, були потрібні розвідникам, штабістам, льотчикам. І вони одержували їх. Первітин тоді виробляли в Німеччині, фенамін — по інший бік фронту.

Після війни надлишки стимуляторів стали доступними для «чорного» ринку. Це спричинило хвилю залежності від зазначених препаратів. Незабаром препарати були заборонені для вживання цивільним населенням, але залишилися в арсеналах військових. Свого часу в Україну потрапила гуманітарна допомога із запасів колишньої армії НДР.

Знову зазначені наркотики з'явилися в обігу в 70-х роках ХХ ст. у вигляді таблеток риталіну, центедрину, які застосовували для зниження маси тіла. Препарати добре пригнічують апетит, але зумовлюють звикання. Наразі їх вилучено з обігу.

Наступна хвиля поширення ефедрінової і первітинової наркоманії — кінець 80-х років. Серед молодих людей у колишньому СРСР поширюється звістка: якщо вжити всередину банальні краплі для носа, то можна пережити деякий підйом настрою, приплив енергії, сексуальну розкутість. А якщо специфічно обробити краплі за допомогою цілком доступних хімікатів, можна отримати ефедрон, потужніший за дією. Краплі починають скуповувати в аптеках, викрадати з дитячих садків. Наркологи спостерігають пацієнтів, на одному передпліччі яких — десятки слідів від ін'єкцій. Споживачі довго не живуть: спосіб готування та вживання закінчується марганцевим отруєнням, яке швидко, за кілька років, вбиває пацієнта. Виведення з обігу крапель, що містять ефедрин, зупинило хвилю наркоманії.

Після десятирічної перерви хвиля накочується знову. Спочатку завозять ефедрин із Туреччини, потім з'являються «умільці», що одержують наркотик із доступних засобів проти застуди. Завозять і синтетичні речовини, виготовлені в підпільних лабораторіях.

Наркотик сприяє швидкому припливу енергії, виникненню яскравих вражень, незвичайним сексуальним переживанням. Але плата за це

страшна: ефедронова і первітинова наркоманія — одна з найстрашніших форм цього захворювання, особливо в разі вживання саморобних препаратів. Тривалість життя споживачів таких наркотиків — від двох до п'яти років, що в 2—3 рази менше, ніж у разі залежності від опіатів. Людина згорає, як підпалена з обох кінців свічка.

### Зловживання галюциногенами

До цієї групи належить зловживання речовинами, що спричинюють галюцинації та інші психічні розлади. Такі речовини ще називають *психотоміметичними* і *психоделічними*. Ця група нараховує більше 100 природних і синтетичних препаратів.

**Зловживання псилоцибіном, мескаліном.** Дія препаратів проявляється через 15 хв після вживання, сягає піку через 90 хв, потім упродовж 2—3 год слабшас, але зберігається 5—6 год. У стані інтоксикації псилоцибіном і мескаліном хворі переживають яскраві кольорові зорові галюцинації, з'являються роздвоєння особистості, порушення схеми тіла, інші деперсоналізаційні та дереалізаційні симптоми.

Колись ми могли сказати, що, слава Богу, в Україні такого немає. Але тепер у нас видано твори Карлоса Кастанеди, в яких описано галюцинації після вживання кактуса, що містить мескалін. Не виключено, що знайдуться бажаючі прилучитися до його «духовного досвіду» і очолити рух за легалізацію кактуса пейотль в Україні.

**Зловживання ЛСД (діетиламід лізергінової кислоти).** ЛСД виробляють у вигляді порошку, розчину, капсул, пігулок. Частіше його вживають усередину, іноді вводять підшкірно, внутрішньовенно, курять, змішуючи з тютюном. Інтоксикація виникає через годину після вживання і триває 8—12 год. У разі вживання ЛСД виникають зорові, слухові, тактильні галюцинації.

Настрій змінюється від ейфорії до тривоги, паніки, з'являються гіперестезія, синестезія (звуки різнокольорові, кольори ніби звучать), час розтягується, виникають деперсоналізація, дереалізація, подеколи — галюцинаторно-параноїдний, маніакально-параноїдний синдроми. У післяінтоксикаційний період розвивається тяжка депресія з ажитацією і суїцидальними тенденціями, тривалістю від 1 до 7 діб. Іноді психічні розлади виникають через якийсь час після вживання наркотику. Відомий випадок, коли людина після застосування ЛСД під впливом загрозливих галюцинацій вистрибнула з вікна, впала на бруківку, зламала обидві ноги, але продовжувала рухатися на зламаних ногах.

Особливо небезпечною властивістю цієї речовини є ризик розвитку психозу, який може виникнути навіть після вживання малих доз. У першовідкривача ЛСД, швейцарського хіміка, сліди цієї речовини, що потрапили під нігті, спричинювали галюцинації. Свого часу ЛСД вивчали в курсі військової токсикології для застосування як психотоміметичної отруйної речовини.

### Полінаркоманії

**Полінаркоманіями** називають захворювання, при яких хворі вживають кілька наркотичних засобів одночасно або в певній послідовності, і від кожного у них сформувалася залежність.

Причини переходу до вживання двох або більше наркотиків:

- наркотик, який хворий вживав раніше, не сприяє досягненню бажаного ейфорійного ефекту через високу толерантність;
- стійке багатоденне безсоння;
- звичний наркотик стає важкодоступним, частіше через фінансові утруднення наркомана.

Клінічна картина хвороби включає ознаки, властиві кожному з уживаних засобів. Пацієнти з полінаркоманіями для полегшення абстиненції використовують алкоголь. Зокрема, хворі з опійною залежністю, спробувавши зробити це, входять у багатоденний запій. Спостерігають алкогольний абстинентний синдром із судомами. Якщо пацієнта спрямовують на стаціонарне лікування під час такого запою, то після усунення алкогольної інтоксикації може виявитися опійний абстинентний синдром. Зняття за допомогою вживання алкогольних напоїв опійного абстинентного синдрому — частіше вимушений крок через фінансові утруднення.

Одночасне вживання алкогольних напоїв і опіоїдів спостерігають рідко.

До поєднання алкогольних напоїв і барбітуратів для вираженого сп'яніння споживачі вдаються частіше. Але таке поєднання часто спричинює тяжкі отруєння. Гашиш і алкогольні напої можна споживати одночасно.

### Лікування наркоманій

**Лікування опійної залежності** зазвичай проводять у стаціонарі. Невиражені форми залежності можна лікувати амбулаторно. Обирають одну з двох схем: або з повним скасуванням наркотику відразу, або з поступовою його відміною.

Режим відділення має забезпечити неможливість надходження в нього наркотиків. Для цього вживають певних заходів щодо підтримки режиму (перевірка передач, особистих речей хворого, щоб виключити збереження ним наркотиків таємно, та ін.).

Утримання хворого від наркотиків контролюють дослідженнями його біологічних середовищ на їх наявність. Дотримання режиму відділення потребує значних зусиль від середнього та молодшого персоналу.

У разі поступової відміни наркотику хворий одержує медичні препарати, що містять наркотичну речовину, упродовж 5—10 днів, з поступовим зменшенням дози до повної відміни. Під час лікування з повною відміною наркотику після госпіталізації хворий не одержує наркотик для лікування, а через режимні заходи втрачає також можливість одержати наркотик нелегально.

Перший етап лікування — **купірування абстинентного синдрому** завдяки проведенню дезінтоксикаційної терапії у вигляді внутрішньовенного краплинного введення розчинів реополіглюкіну в кількості 400—1000 мл, ізотонічного розчину натрію хлориду, глюкози, призначення вітамінів групи В, аскорбінової кислоти, унітіолу, пірацетаму. Складність зазначених заходів полягає в тому, що часто вени пацієнта ушкоджені введенням наркотиків, і доводиться використовувати підключичний катетер для проведення внутрішньовенних інфузій.

Найважливішим заходом є призначення снодійних і заспокійливих препаратів, тому що безсоння хворі переносять дуже важко. Призначають сибазон, реланіум, феназепам як в ін'єкціях, так і у формі таблеток. Варто пам'ятати, що ці препарати підлягають особливому контролю за зберіганням, видачею і списанням. Уведення їх ін'єкційно потрібно проводити в присутності лікаря. Крім того, варто зауважити, що сон навіть у разі введення снодійних препаратів триває не всю ніч.

Для нормалізації настрою призначають амітриптилін та інші антидепресанти. Із цією самою метою можна використати карбамазепін. Нейролептичні препарати (аміназин, тизерцин тощо) застосовують рідше і переважно на ніч.

При болю в суглобах і м'язах призначають препарати, що поєднують анальгезивну та спазмолітичну дію, — баралгін, триган, максиган та їхні аналоги.

Використовують і препарат трамал (або трамадол), хоча інструкція з його застосування не рекомендує цього.

Лікування діареї зазвичай не проводять. Показані фізіотерапевтичні процедури, теплі ванни, акупунктура.

Під час проведення ін'єкцій варто пам'ятати про поганий стан вен у споживачів ін'єкційних наркотиків і вжити заходів для запобігання контакту з кров'ю, тому що такі особи найчастіше є носіями ВІЛ і гепатитів В і С.

**Подеколи в лікуванні наркоманії застосовують нижченаведені методики.**

**Гемодіаліз** — з використанням апарата «штучна нирка» як невідкладної допомоги під час лікування отруєнь наркотиками (передозування).

**Гемосорбція** — фільтрація крові крізь гемосорбент і подальше її повернення (рсінфузія) у кров'яне русло з використанням артеріовенозного шунта.

**Плазмаферез** — полягає в забиранні 500—1000 мл крові. У цій крові відділяють клітини від плазми. Клітинну масу повертають у кров'яне русло, а замість плазми вливають таку саму кількість ізотонічних розчинів.

**Піротерапія** — призначення препаратів, що підвищують температуру тіла: пірогенал, 1 % олійний розчин сірки (сульфозин). Метод погано переноситься хворими; у разі призначення сульфозину потрібна письмова згода хворого. Наразі метод має в основному історичне значення.

**Атропін-коматозна терапія.** Метод запозичено з арсеналу психіатрії. Для виведення хворого зі стану абстиненції раніше застосовували варіант методу, при якому хворому призначали атропін у дозі, що спричинює атропіновий делірій, який купірували призначенням фізостигміну.

Метод дає змогу скоротити перебіг абстинентного синдрому, простий у виконанні, має низьку вартість, але його кардинальний недолік полягає в розвитку розладів, небезпечніших, ніж ті, для лікування яких його застосовували. Наразі атропін-коматозну терапію застосовують рідко.

**Інсулінотерапія.** Раніше інсулін призначали в невеликих дозах для відновлення маси тіла пацієнтів. Метод, як і будь-яке призначення гормональних препаратів, має низьку протипоказань і не рекомендований до широкого застосування.

Після купірування абстинентного синдрому починається подальший етап лікування — **психокорекційна робота з пацієнтом**. Призначення лікарських препаратів стає не таким актуальним, хоча застосування снодійних і загальнозміцнювальних засобів продовжують.

Завдання цього етапу — сформувати у хворого установку на подальшу відмову від наркотиків, допомогти йому відновити свої соціальні зв'язки тощо. Для цього використовують бесіди із психологом, спеціальні методи психотерапії, лекції, зустрічі із хворими, які більше не вживають наркотики, та інші методи. Активну участь у цій роботі бере середній медичний персонал. Робота не завершується після виписування хворого з відділення, а триває в амбулаторних умовах.

Одним із нових для України методів є призначення **замісної підтримувальної терапії**. Хворому підбирають оптимальну дозу препарату (метадон або інший препарат), після чого він тривалий час одержує його щодня. Надалі він може перейти на застосування іншого подібного препарату або взагалі відмовитися від їх уживання. Разом із вживанням замісних препаратів хворий за бажанням може одержати допомогу психолога, соціального працівника.

Метод застосовують не у всіх пацієнтів. Нині прийнято призначити його пацієнтам, у яких зазначають тривалий термін наркотизації або досвід безуспішного лікування іншими методами, або є супутні хвороби (туберкульоз, гепатити В і С, ВІЛ-інфекція).

Завданням методу замісної підтримувальної терапії є надання допомоги хворим, які не готові повністю відмовитися від наркотиків, зменшити шкоду від наркотизації, перевівши її в менш небезпечну форму, знизити криміногенність життя хворих, ризик поширення ВІЛ-інфекції в суспільстві.

Хворий, якому вже не потрібно витратити на пошук наркотиків увесь час, може переглянути своє місце в суспільстві й зробити крок йому назустріч. Ця терапія може бути призначена також хворим, які перебувають у місцях позбавлення волі.

**Протирецидивну терапію** призначають в амбулаторних умовах хворим, що припинили вживання наркотику, для запобігання поверненню до наркотизації. Частота її, тривалість курсу, вид лікування підбирають індивідуально. Практичний досвід підказує, що поновлення вживання наркотику провокують такі чинники: контакт зі знайомими, які продовжують вживати наркотики; ситуації, що травмують психіку; тривала астения і безсоння, які стомлюють пацієнта. Це потрібно пояснити пацієнтові на початку амбулаторного спостереження і надати практичні рекомендації щодо подолання зазначених ситуацій.

Найважливішим є **психотерапевтичний вплив** на хворого. Саме установка пацієнта дає змогу йому в усіх випадках залишатися поза наркотизацією. Для подолання астенії і безсоння показані курси загальнонозміцнювальних препаратів і снодійних засобів (останні призначають

обережно). Можливий контроль за наркозалежним за допомогою препаратів-антагоністів опіоїдів із пролонгованою дією. Пролонговані препарати, що містять налорфін, при цьому блокують рецептори і (за твердженням виробників) унеможливають відчуття наркозалежним ейфорії навіть у разі вживання наркотику.

Таким чином, ці препарати ніби позбавляють хворого мотивації до вживання наркотику.

Важливою умовою успішного лікування є **ресоціалізація** пацієнта. Оскільки він під час хвороби втрачає навички спілкування зі здоровими людьми, родинні почуття, працездатність тощо, йому простіше спілкуватися з такими самими, як він. Для ресоціалізації створюють реабілітаційні центри, працівники яких — особи, що вже припинили наркотизацію, — допомагають хворому перебороти труднощі переходу від колишнього життя до нового. Вони свого часу подолали ті самі перешкоди й готові поділитися власним досвідом, підказати шляхи вирішення проблеми. Коли стан хворого поліпшиться, він може сам брати участь у допомозі новим хворим; може згодом стати штатним працівником закладу. Подібні центри зазвичай розташовані поза містом; строк перебування в них досить тривалий.

Є і реабілітаційні центри, що працюють в іншому режимі — «амбулаторному», тобто пацієнти їх відвідують без відриву від звичайного життя. Вони можуть бути наступним етапом реабілітації для хворих після центру з умовами життя, близькими до стаціонару. Пацієнт за бажанням може брати участь у наданні допомоги іншим людям і також стати штатним працівником.

**Лікування залежності від канабіоїдів** проводять за близькою схемою, але етап купірування абстинентного синдрому практично випадає, тому що хворий не відчуває настільки вираженого фізичного дискомфорту, як у разі залежності від опіатів. Однак етап психокорекційної роботи потрібен не менше, ніж у першому випадку.

**У лікуванні залежності від психостимуляторів** (амфетамінів і метамфетамінів) важливі дезінтоксикація й усунення наслідків марганцевого ураження центральної нервової системи. Серед нових методів лікування цього ураження — **озонотерапія**.

За допомогою спеціального апарату озоном збагачують ізотонічний розчин, який вводять краплинно. Метод має обмеження в часі, тому що озон швидко інактивується.

## Зловживання транквілізаторами

Зловживання транквілізаторами — одна з найпоширеніших форм токсикоманії, оскільки транквілізатори широко призначають лікарі всіх спеціальностей, а нерідко їх використовують і без лікарського призначення.

Найчастіше зловживають діазепамом (реланіум, седуксен), нітразепамом (радедорм), феназепамом, рідше еленіумом. До їх уживання часто схильні особи із залежністю від опіатів. Хворі вживають як самі транквілізатори, так і комбінації транквілізаторів з опіатами. Тривале застосування транквілізаторів призводить до розвитку толерантності й абстинентного синдрому. Інтоксикація, спричинена транквілізаторами, настає через 15—20 хв після вживання. Виникають запаморочення, відчуття спокою, поліпшується настрій, усі проблеми відступають. Розвивається легке оглушення: хворі із затримкою відповідають на запитання, їхню увагу важко повернути, мовлення стає незрозумілим, хода — нестійкою.

Уживання дуже великих доз транквілізаторів спричинює сон, у деяких випадках — психомоторний розлад з ілюзіями, галюцинаціями, порушенням свідомості у вигляді делірію, а подеколи виникає такий небезпечний для життя стан, як ступор чи кома.

Усунення стану гострого сп'яніння здійснюють за допомогою дезінтоксикаційної терапії, а також призначення аналептиків (кофеїн, бемегрид). Абстинентний синдром розвивається на 2—3-й день після припинення вживання транквілізаторів. З'являються тремтіння рук і язика, нудота, блювання, тахікардія, збудження, біль голови, безсоння, нездужання, загальна слабкість, епізодичні галюцинації, параноїдний настрій, дисфорія. Небезпечним ускладненням є судомні напади.

У зв'язку зі значним поширенням зловживання транквілізаторами розпочато заходи щодо обмеження можливості їх придбання (препарати видають за рецептами на спеціальних бланках із круглою печаткою й підписом не лише лікаря, а і представника адміністрації лікувального закладу).

## Зловживання кофеїном

Кофеїн міститься в продуктах і напоях (кава, чай, какао, шоколад, так звані енергетичні напої). У чашці кави із зерен міститься 90—140 мг кофеїну, розчинної кави — 70 мг, чаю — 30—50 мг. Спостерігають і зловживання медичними препаратами, що містять кофеїн: кофіцилом, цитрамоном та ін.

Стимулювальний ефект кофеїну залежить від концентрації напою (що вона вища, то вираженіший ефект), вмісту молока в каві або чаї, а також від установки на одержання такого ефекту.

Особи, що бажають після вживання кофеїну не спати і працювати ночами, повинні пам'ятати, що його ефект не безмежний, і організм може зажадати відпочинку, навіть незважаючи на отриману порцію стимулювального напою.

Кофеїнова інтоксикація проявляється гіпоманіакальним станом: з'являються ейфорія, підвищена активність, приплив сил, енергії, все стає яскравішим, думки течуть швидко; при цьому частіше серцебиття, підвищується артеріальний тиск, посилюється діурез. У разі передозування (від 240 до 720 мг) розвиваються тривога, безсоння.

Залежність до кофеїну формується повільно: упродовж багатьох років людина може вживати великі дози кофеїну без звикання. Критерієм звикання до певної дози кофеїну є відсутність діуретичного ефекту від її вживання.

У разі тривалого зловживання кофеїном розвивається абстинентний синдром, що виникає через кілька годин після останнього вживання речовини. З'являються сильний біль голови, напруженість м'язів, дратівливість, сонливість, тремор, почуття тривоги, втоми, знижується настрій.

**Лікування** залежності від кофеїну — симптоматичне. Вихід зі стану інтоксикації може закінчитися тривалою анергією. Відновлення колишньої працездатності може забрати багато часу. Цей варіант залежності рідко супроводжується вираженими змінами особистості, тому ресоціалізація не потребує значних зусиль.

## Зловживання снодійними засобами

Зловживання снодійними речовинами — похідними барбітурової кислоти — належить до наркоманій, іншими снодійними засобами — до токсикоманій.

Похідними барбітурової кислоти є веронал, фенобарбігал, барбаміл, нембутал.

За тривалістю дії барбітурати поділяють на три групи:

- короткочасної дії (тіопентал, гексонал);
- проміжні (амігал-натрій, барбаміл, нембутал);
- тривалої дії (веронал).

У пацієнтів із порушеннями сну різної етіології снодійні засоби усувають безсоння, поліпшують настрій. Тривале вживання навіть терапевтичних доз цих препаратів призводить до розвитку психічної залеж-

ності: пацієнт упевнений, що без снодійного не зможе заснути. Спостерігають поступове збільшення дози, необхідної для досягнення снодійного ефекту. Терміни формування залежності зумовлені дозою, частотою вживання і способом введення препарату. Однією з ознак сформованої залежності є вживання снодійних засобів удень. Залежність виникає через 6—12 міс., у хворих на наркоманію у разі внутрішньовенного введення для досягнення ейфорії — через кілька днів.

**Гостра або хронічна інтоксикація** барбітуратами нагадує алкогольне сп'яніння: загальмованість, дискоординація рухів, гіпомнезія, уповільнення мовлення, емоційна лабільність, розгальмування сексуальних і агресивних потягів, загострення особистісних рис.

Через 2—3 роки регулярного вживання барбітуратів знижується потреба в збільшенні дози й відбувається її стабілізація. Тривалість періоду стабілізації у хворих — кілька років, у споживачів наркотиків — 4—6 міс. Потім відбувається зниження дози, і в цей період у хворих розвивається передозування.

У разі **передозування** снодійними засобами виникають запаморочення, нудота, блювання, біль в очах ріжучого характеру, слинотеча, рясний піт. Надалі розвивається кома. Смерть настає внаслідок зупинки дихання і серцево-судинної недостатності. Діапазон при барбітуратовій наркоманії між наркотичною і смертельною дозами невеликий.

**Абстинентний синдром** виникає впродовж доби після відміни препарату. З'являються тривога, дратівливість, слізливість, порушення сну у вигляді безсоння, дисфорія, біль у суглобах, під грудьми, нудота, блювання, тремтіння рук, язика, повік; артеріальний тиск стає нестійким. Небезпечним ускладненням є судомні напади.

**Хронічна інтоксикація** барбітуратами швидко (через 4—5 років) призводить до грубих змін особистості: спочатку виникають дратівливість, дисфорія, надалі сповільнюється темп розумових процесів, знижується пам'ять, розвивається соціальна дезадаптація. Для купірування абстинентного синдрому обов'язково призначають снодійні препарати з їх поступовою відміною.

Зловживання барбітуратами — одна з найзловякісніших залежностей, що швидко перетворює хворих на недоумкуватих, але збудливих суб'єктів. Нині її спостерігають відносно рідко, що пов'язано з поступовим витисненням барбітуратів із лікарської практики.

### Зловживання антигістамінними препаратами

Антигістамінні засоби (димедрол, піпольфен) зазвичай вживають разом з алкоголем; особи із залежністю від опіатів додають їх до основ-

ного наркотику для збільшення тривалості дії (але не всі хворі, тому що така суміш погіршує самопочуття).

Раніше застосовували саморобний розчин димедролу з товчених таблеток, що спричинював виражені флебіти. У місці ін'єкцій такого розчину часто утворювалися борозни. Вживання більших доз димедролу може призвести до розвитку делірію.

### Зловживання антипаркінсонічними препаратами

Антипаркінсонічні препарати (циклодол, ромпаркін, артан, паркопан) застосовують при ураженні екстрапірамідної системи в неврології і психіатрії.

Циклодолу токсикоманію спостерігають переважно у підлітків і молодих людей.

Гостра інтоксикація циклодолом проходить кілька фаз:

- ейфорійну;
- звуженої свідомості;
- галюцинаторну;
- фазу виходу.

Явище **абстиненції** проявляється у вигляді: зниження настрою, відчуття розбитості, занепокоєння, зниження працездатності, тремтіння, скутості рухів, болю у м'язах, судом в окремих групах м'язів, дисфорії, гіпертонусу м'язів; обличчя таких хворих має вигляд маски.

Антипаркінсонічні препарати застосовували у великих дозах, що часто призводило до серйозних ускладнень. Хвилю зловживання препаратами спостерігали в 70-ті роки ХХ ст. Згадки про це можна знайти лише в науковій літературі. Можливою причиною виникнення зловживань антипаркінсонічними препаратами була відсутність контролю за цими речовинами. Після наведення порядку з їхнім обліком і виписуванням нові випадки зловживання перестали реєструвати.

### Зловживання інгалянтними засобами

Інгалянти — леткі речовини, які вдихають для токсичного сп'яніння. Їх широко застосовують у вигляді засобів побутової і промислової хімії (бензин, толуол, побутові розчинники лаків і фарб, ацетон, клей «Момент»).

Формою вживання є вдихання парів через складену тканину або із целофанових пакетів. Частіше інгалянти вдихають діти віком від 9 до 15 років, зловживання — групове.

Поява в школі одного «експериментатора» може спричинити епідемію зловживання. Метою інтоксикації є досягнення галюцинаторного синдрому у вигляді «мультиків», найчастіше «запрограмованого» споживачем. Але такої глибини інтоксикації досягають не всі бажачі, більша частина їх відчуває малоприємну інтоксикацію і припиняє вживати інгалянти.

Лише окремі наполегливі діти досягають бажаного. Залежність розвивається швидко, і незабаром вони вдихають не скільки для того, щоб пережити галюцинації, скільки для підтримання гарного самопочуття й поліпшення настрою. Вони швидко втрачають інтерес до навчання, колишніх захоплень, обмежуючи свої інтереси лише інтоксикацією. Швидко відбуваються психічна деградація особистості, відставання в психічному розвитку, розвивається токсична енцефалопатія.

У СРСР це захворювання реєстрували у вигляді спалахів, спочатку в Прибалтиці, Ленінграді. Наприкінці 80-х — на початку 90-х років спостерігали значне підвищення частоти зловживання інгалянтами. Велику роль у зупиненні епідемії відіграли заходи щодо обмеження доступу до «улюблених» інгалянтів, вилучення їх із продажу, унеможливлення розкрадання інгалянтів із заводів-виробників.

Зокрема, у Кременчуці епідемія тривала, доки підлітки могли викрадати толуол із території заводу-виробника. Після наведення порядку з охороною заводу епідемія скінчилася. Деякі колишні споживачі пізніше перейшли на зловживання алкоголем і наркотиками. Уже багато років осіб, які вживають інгалянти, у місті не реєструють.

### Лікування отруєнь наркотичними препаратами

Специфічний антидот є лише для опіатів. Це *налорфін* (налуксон, антоксон, налтрексон та ін.). Для надання невідкладної допомоги препарат використовують у вигляді 0,5 % розчину в ампулах, вводять підшкірно, внутрішньом'язово і внутрішньовенно, у разовій дозі 1—2 мл. За потреби ін'єкцію повторюють, але загальна доза не повинна перевищувати 8 мл.

Призначення його особам із залежністю від опіатів призводить до виходу зі стану сп'яніння і розвитку опійного абстинентного синдрому.

Для лікування отруєння барбітуратами використовують *стрихнін* (вища разова доза підшкірно становить 2 мл 0,1 % розчину, вища добова доза — 5 мл) і *бемегрид* (5—10 мл 0,5 % розчину внутрішньовенно повільно, повторюючи ін'єкції до відновлення дихання і серцевої діяльності).

Транквілізатори і барбітурати можуть спричинювати западання язика з подальшою асфіксією. Іноді хворий через розслаблення м'язів набуває незвичайної пози, в якій порушується їх кровопостачання. Тому йому потрібно надати таку позу, що запобігас розвитку подібних ознак.

У разі передозування нейролептиків і транквілізаторів ефективним є внутрішньовенне введення *пірацетаму* (10—20 мл).

Антагоністом атропіну (іноді спостерігають випадки вживання насіння дурману для отримання галюцинації) є *фізостигмін* (препарат вводять внутрішньом'язово в дозі 15—30 мг). Іноді після вживання насіння дурману розвиваються набряки глотки різного ступеня вираженості, які можуть поширитися на гортань.

Уживання препаратів, які містять атропін, великих доз амфетамінів, циклодолу, подеколи — гашишу може спричинити психоз. У цьому разі хворого фіксують до ліжка, забезпечують суворе спостереження, а також призначають психотропні засоби. В інших випадках проводять симптоматичну терапію, спрямовану на підтримання життєвих функцій на прийнятному рівні. У разі потреби хворого переводять у реанімаційне відділення.

У лікувальній практиці прийнято забезпечувати сестринські пости коротким переліком препаратів, необхідних для лікування отруєнь основними наркотичними препаратами, щоб персонал не витрачав часу на згадування, які речовини потрібно вводити в конкретному випадку, і набором медикаментів для надання невідкладної допомоги.

Важливим чинником запобігання розвитку отруєнь наркотиками у відділеннях є підтримання лікувального режиму, що перешкоджає надходженню їх ззовні.

### Нікотинізм (тютюнова залежність)

Перше знайомство європейців із тютюном відбулося наприкінці XV ст., коли Колумбу серед подарунків індіанці Америки піднесли висушене листя рослини.

У середині XVI ст. тютюн поширився у Франції, чому сприяв французький дипломат Жан Ніко, який першим у Європі виростив тютюн із насіння, надісланого йому моряками Колумба. У середині 30-х років XVIII ст. Карл Лінней, що створив класифікацію тваринного і рослинного світу, дав тютюну назву «нікотіана» на честь Жана Ніко.

*Нікотин* — психофармакологічна речовина, що має психотропну дію: заспокоює, нормалізує настрій, знижує страх і напруження. Він

досить отруйний: нікотин використовували як отруту в побуті й сільському господарстві. Класична фраза про краплю нікотину, що вбиває коня, на жаль, правдива.

Нікотин стимулює гіпоталамічні центри задоволення, що є однією із причин залежності від нього. Концентрація нікотину 0,5 мг на 1 м<sup>3</sup> повітря в закритому приміщенні небезпечна для здоров'я не лише курця, а й усіх, хто перебуває в цьому приміщенні. Така концентрація створюється в кімнаті об'ємом 100 м<sup>3</sup> від викурювання 8 сигарет.

#### **Критерії гострої інтоксикації нікотинном:**

- безсоння, дивні сновидіння;
- емоційна нестійкість;
- ознаки дереалізації;
- зниження розумової діяльності;
- нудота, блювання;
- рясне потовиділення;
- тахікардія;
- аритмія.

Через 2—3 хв після вдихання тютюнового диму нікотин починає впливати на головний мозок, що проявляється в короткочасному підвищенні його активності, яке курець суб'єктивно сприймає як прилив нових сил, почуття піднесеності й заспокоєння. Це дія нетривала, і незабаром активність і настрої знижуються, і виникає потреба в наступній сигареті. У разі тяжкого ступеня інтоксикації можливий летальний наслідок.

Нікотин має високий ступінь наркогенності: 85 % людей, які викурили першу сигарету, надалі стають курцями. Уявне підвищення енергії, поліпшення самопочуття, заспокоєність закріплюються у свідомості курця й переходять в умовний рефлекс. Така людина впевнена, що без тютюну вона не може нормально працювати і жити, тобто стає залежною від нікотину. Поступово формується абстинентний синдром.

Переважає більшість курців відчуває наслідки психічної залежності, провідний синдром якої — нестримне бажання закурити, а також напруженість і дратівливість, особливо коли щось заважає курінню. Фізична залежність проявляється такими симптомами: нездужання, слабкість, дисфорія, безсоння, дратівливість, сильний кашель, порушення уваги, підвищення апетиту, виразка порожнини рота, періодичне виникнення ознобу (тривалість — від 3 днів до 2 тиж.).

Шкідлива дія тютюнокуріння на організм зумовлена не лише впливом нікотину, а й ураженням верхніх дихальних шляхів іншими продуктами згоряння тютюну (зокрема радіоактивними).

Через шкоду для здоров'ю не лише активних, а й пасивних курців тютюнокуріння є проблемою медико-соціальною. Останнім часом у багатьох країнах світу заборонено куріння в громадських місцях. Не є виключенням і Україна.

Нині доведено зв'язок між тютюнокурінням і розвитком раку верхніх дихальних шляхів, захворювань судин кінцівок, гіпертонічної хвороби. Але написи на пачках сигарет, які попереджають про це, не впливають на свідомість курців належним чином. Наприклад, у США зв'язок між тютюнокурінням і раком легенів привселюдно озвучений у 1964 р., але це не перешкодило мільйонам американців продовжувати курити. Причиною цього є те, що така пропаганда не діє на свідомість людей, які тільки починають курити. Коли ж питання здоров'я їх починає хвилювати, і вони відчувають зв'язок між станом здоров'я і згубною звичкою, то кинути курити їм досить важко.

**Лікування нікотинізму.** Є безліч різних методів для лікування залежності від тютюну. Їх розділяють на дві великі групи. Деякі методи спрямовані на відвикання від куріння завдяки поступовому зниженню кількості викурених сигарет. Інші передбачають повну відмову від тютюну і допомогу при розвитку абстинентних проявів.

Досить популярний метод — використання таблеток, пластирів, жувальних гумок, що містять нікотин. Застосування цих замінників зменшує «нікотинний голод».

Для пригнічення психічної залежності можна скористатися емоційно-стресовим або іншими методами психотерапії. Для зменшення абстинентного синдрому можна використовувати голкорексфлексотерапію і мікрохвильову резонансну терапію.

**Орієнтовні рекомендації з лікування нікотинізму.** Пацієнта потрібно ознайомити з різними аспектами проблем, які виникнуть, коли він кине курити. Це можуть бути проблеми зі здоров'ям, із роботою, нервовим напруженням та ін. Тому краще вибрати період, відносно спокійний для пацієнта, щоб не поставити його в скрутне становище, коли він може зіткнутися з проблемами на роботі, одночасно втративши звичний «розслаблювальний і стимулювальний засіб».

Рідні і близькі, особливо ті з них, які курять, теж повинні бути попереджені про те, що зібрався робити хворий, щоб не провокувати його. Небажано розпочинати лікування наприкінці робочого тижня.

Відвикання від тютюнокуріння супроводжується стресом, тому обов'язковим є призначення заспокійливих засобів.

Після закінчення курсу лікування необхідно попередити хворого про небезпечні ситуації, що можуть спровокувати рецидив. Рекомен-

дують такі способи відволікання: перебирання чоток, жування жувальних гумок (як спеціальних проти куріння, так і звичайних), вживання льодяників та ін.

Повна відмова від алкогольних напоїв показана лише в тому разі, якщо хворий водночас страждає від алкоголізму. У деяких випадках варто запропонувати часткову відмову від уживання алкогольних напоїв через те, що в стані алкогольного сп'яніння хворі часто починають знову курити (потім вони розповідають, що не помітили, як взяли сигарету й закурили).

Проведення одночасного лікування від тютюнокуріння і алкоголізації, на думку автора, не бажане. Можна зробити перерву між цими двома етапами в кілька місяців, і лише після успішної відмови від однієї речовини розпочинати інше лікування.

Значну роль у відмові від тютюнокуріння відіграє санітарно-освітня робота. Проводячи її, медична сестра повинна творчо поставитися до роботи, а не просто формально прочитати якийсь матеріал про шкоду тютюнокуріння.

Варто усвідомити особливості аудиторії, з якою вона проводить бесіду, лекцію тощо. Підлітки зовсім не сприйнятливі до ризику раку легенів у далекій перспективі. Але нагадування про шкідливість нікотину для зовнішнього вигляду і привабливості для них вагоміше. Хворі літнього віку, що перебувають на стаціонарному лікуванні, уважно вислухають, наскільки небезпечний нікотин при захворюваннях їхнього профілю.

Не варто гнатися за великою аудиторією, краще діють три бесіди з п'ятьма слухачами кожна, ніж одна з п'ятнадцятьма. Особливо це стосується роботи в школі, де педагоги часто збирають у великій залі чотири—п'ять класів і сподіваються, що всім слухачам буде добре чути. Оскільки це не так, школярі будуть відволікатися на що завгодно. Бажана присутність у класі педагога для контролю за аудиторією. Читання з аркуша аудиторії не подобається, краще вивчити частину тексту, а інше розповісти своїми словами.

І найголовніше — закликаючи до відмови від куріння, медик має відповісти на запитання, курить він сам чи ні. І не збрехати. Заклики до відмови від тютюнокуріння з боку курця малопродуктивні.

### *Ситуаційні задачі*

*1. Ви працюєте фельдшером у середній школі. Надаючи допомогу учню 10-го класу, який одержав травму на перерві, Ви помітили в ньо-*

*го на передпліччі сліди від недавніх внутрішньовенних ін'єкцій. Учень стверджує, що йому не надавали жодної медичної допомоги.*

*До кого в першу чергу Ви повинні звернутися з цією проблемою?*

*2. Ви працюєте медичною сестрою в хірургічному відділенні. Зайшовши на нічній зміні в палату, Ви виявили, що пацієнт, якого сьогодні прооперували з приводу флегмони передпліччя, поводить дивно. Ходить по палаті, ловить щось у повітрі, говорить, що в повітрі літають кажани, які ссуть його кров. Під подушкою в нього лежить шприц із рештками коричневої рідини. У пахвинній ділянці — свіжий слід внутрішньовенної ін'єкції.*

*Черговий лікар у цей момент на операції.*

*Якими будуть Ваші дії до його приходу?*

*3. Ви працюєте дільничною медсестрою в наркологічному диспансері і робите патронаж хворого з опійною наркоманією. Він звертається до Вас із запитанням: «Я вже три роки не колюся. Чи можу я бути знятий з обліку, тому що я хочу одержати права і працювати водієм?»*

*Розкажіть хворому про строки диспансерного спостереження і порядок зняття з обліку у зв'язку із тривалою ремісією.*

*4. Ви працюєте медсестрою в наркологічному відділенні. Під час Вашого недільного чергування (чергового лікаря в диспансері немає) у відділення приходить хворий і повідомляє, що він бажав би бути госпіталізованим сьогодні ж, тому що йому погано. Він скаржиться на біль у спині й м'язах ніг, безсоння, порушення випорожнення. Останній раз він вживав внутрішньовенно саморобні опіати 2 дні тому.*

*Під час огляду в нього виявлено опійний абстинентний синдром середнього ступеня тяжкості. Ознак психозу немає, суїцидальні тенденції відсутні.*

*Обгрунтуйте, чи потребує він невідкладної госпіталізації.*

*5. Ви працюєте дільничною медичною сестрою в наркологічному диспансері. Вас просять відповісти по телефону, чи можна заразитися ВІЛ у разі вживання трамадолу у вигляді капсул.*

*Що Ви відповісте?*

### **Організація наркологічної служби**

Наркологічна служба організована в такий спосіб:

- у сільській місцевості при ЦРЛ працюють кабінети, в яких здійснюють диспансерне спостереження, проведення наркологічних професійних оглядів, надають консультативну допомогу й амбу-

латорне лікування хворим наркологічного профілю. Стаціонарну допомогу надають у стаціонарних відділеннях міжрайонних і обласних наркологічних диспансерів. Зазвичай у кабінеті нарколога при ЦРЛ працюють лікар і медична сестра (можливе об'єднання посад, наприклад, із психіатричними кабінетами);

- у містах створені міські наркологічні диспансери (часто виконують функції міжрайонних, надаючи стаціонарну допомогу населенню кількох районів області); до складу диспансерів входять одне або кілька стаціонарних відділень і поліклінічна служба;
- обласні диспансери мають кілька стаціонарних відділень (зазвичай вузькоспеціалізованих — для лікування алкогольних психозів, для лікування чоловіків із наркотичною залежністю, жінок із наркотичною залежністю та ін.), поліклінічне відділення, кабінет оглядів на стан алкогольного сп'яніння, організаційно-методичний відділ та ін.

У великому місті може працювати лише обласний наркологічний диспансер, який фактично є і міським, або два диспансери (міський і обласний).

Конкретну структуру служби в області визначає обласне Управління охорони здоров'я з урахуванням місцевих умов у межах, відпущених на організацію служби штатних одиниць і бюджету. Наприклад, ліжковий фонд може бути зосереджений переважно в обласному диспансері, а може бути перерозподілений (у Полтавській області, наприклад, ліжкові фонди обласного і Кременчуцького міського диспансерів приблизно рівні за кількістю, тому що чисельність населення цих міст приблизно однакова). Функції відділень також розподіляють з урахуванням потреб служби.

Медичні огляди на стан сп'яніння проводять у міських і обласних наркологічних диспансерах у спеціальних кабінетах, що працюють цілодобово. У сільській місцевості це здійснюють зазвичай чергові лікарі лікарень, які пройшли спеціальну підготовку і мають дозвіл на проведення такої практики (основна спеціальність таких лікарів може бути будь-якою). Дозволяють проведення таких оглядів і фельдшерам ФАПів.

Хворих, які звертаються за лікуванням у відділення інших лікарень і перебувають при цьому в стані алкогольного сп'яніння, оглядають лікарі приймальних відділень. Перелік медичних закладів і співробітників для цієї мети регламентує наказ обласного УОЗ.

Наркологічні професійні огляди проводять спеціально підготовлені працівники наркологічної служби. Вони можуть входити до складу як

спеціалізованих наркологічних закладів, так і закладів загальної лікувальної мережі. Перелік цих закладів також визначають накази обласних УОЗ.

Медичні сестри та фельдшери можуть працювати в закладах Міністерства внутрішніх справ (наприклад, ЛТП, заклади пенітенціарної системи).

Керує середнім медичним персоналом наркологічного диспансеру головна медична сестра.

У наркологічному відділенні є один або кілька медсестринських постів (кожний має 5,5 ставки палатних медичних сестер; ця кількість забезпечує цілорічну роботу з урахуванням відпусток) і процедурних медичних сестер. Керує медичними сестрами відділення старша медична сестра відділення.

У поліклінічному відділенні є посади дільничних медичних сестер. Зазвичай їх стільки ж, скільки й лікарських дільниць. Одна посада дільничного лікаря і одна посада дільничної медичної сестри розрахована на 850 диспансерних хворих, які перебувають на обліку. Часто в штатному розкладі є посада старшої медичної сестри поліклініки. Також є посада медичної сестри, відповідальної за санітарно-освітню роботу, процедурної медичної сестри, посада медичного регістратора. Можуть бути виділені окремі посади медичних сестер, відповідальних за роботу з наркозалежними, з підлітками (якщо виділено посаду лікаря, який займається цим видом діяльності).

Раніше працювала велика кількість наркологічних кабінетів при промислових підприємствах із посадами фельдшерів. Зараз їхня кількість незначна.

До штату середнього медичного персоналу, що працює в кабінетах оглядів на стан сп'яніння, входять посади фельдшерів-лаборантів.

До штату кабінетів або відділень наркологічних профілактичних оглядів входять посади медичних сестер, які беруть кров для проведення дослідження, і лаборантів.

Крім того, у закладі можуть працювати медичні сестри ЦСО, лаборанти та інші середні медичні працівники.

Обов'язки середнього медичного працівника регламентують Положення про цю посаду та інші нормативні документи.

Основними завданнями дільничної медичної сестри є патронажне відвідування хворих вдома і допомога лікареві на прийомі, ведення дільничної документації, складання звітної документації.

Кожний хворий, який перебуває на диспансерному обліку, має проходити огляд певну кількість разів на рік: перша група диспансерного

обліку — не рідше одного разу на місяць, друга — раз на два місяці, третя — раз на три місяці. Тому для контролю за відвідуванням створено сигнальну картотеку. У гнізда картотеки вкладають форми № 30 ПС осіб, які мають відвідати кабінет у поточному місяці. Коли пацієнт прибув у зазначений строк, його карту перекладають в інше гніздо відповідно до нового строку відвідування. Після закінчення місяця у відповідному гнізді залишаються карти осіб, які не з'явилися в диспансер. Із ними проводять індивідуальну роботу (зазвичай відвідування вдома), щоб з'ясувати причину пропуску обов'язкового огляду, а також можливу потребу в допомозі.

Зазначені вище строки спостереження наведені для осіб, які перебувають на диспансерному обліку з приводу залежності від алкоголю і водночас у стані ремісії. При цьому в першу групу включено осіб із ремісією до року, у другу — до двох, у третю — до трьох років. За особами, які перенесли алкогольний психоз, упродовж року спостереження проводять, зарахувавши їх в особливу групу. Якщо протягом цього періоду психоз не повториться, їх переводять або в першу, або в другу групу спостереження (у першу — якщо вони продовжують зловживати алкоголем, у другу — якщо після лікування хворі припинили алкоголізацію). Утім, дільничний лікар має право встановлювати іншу регулярність відвідування пацієнтом наркологічного диспансеру залежно від конкретних обставин.

Особи з наркотичною залежністю перебувають на диспансерному обліку мінімум п'ять років. У перші три роки спостереження строки відвідування такі самі, як і для осіб з алкогольною залежністю; четвертий і п'ятий роки — раз на півроку.

Осіб, які ухиляються від відвідування лікаря, все-таки потрібно оглянути. Для цього здійснюють патронажне відвідування вдома. Патронажі проводить дільнична медична сестра самостійно або разом із дільничним лікарем, або медична сестра соціальної допомоги, або інші працівники. Крім з'ясування, чи мешкає пацієнт за вказаною адресою, патронажне відвідування дає змогу встановити житлово-побутові умови проживання, ситуацію в родині, вплив захворювання пацієнта на виховання його дітей, правдивість повідомлених ним даних про вживання алкоголю та інших психоактивних речовин. Раніше у цій справі велику допомогу надавали наркологічні кабінети на виробництві.

Патронажі проводять і щодо осіб, які не перебувають на обліку в наркологічному диспансері. Наприклад, можуть бути потрібні консультації нарколога для хворих, які отримують наркотичні анальгетики вдома з приводу інших захворювань.

Дані, отримані під час патронажу, можуть слугувати підставою для клопотань у відповідні органи і служби про призначення примусового лікування, позбавлення батьківських прав, здійснення невідкладної госпіталізації, надання додаткового житла, якщо це передбачено законодавством, призначення інвалідності та ін.

Підстави для завершення диспансерного спостереження:

1. Тривалість ремісії — понад три роки (у наркозалежних — п'ять років).
2. Смерть хворого.
3. Зміна місця проживання хворого (сюди варто віднести позбавлення волі на строк понад 1 рік).
4. Переведення хворого в інший медичний заклад через наявність іншого захворювання.
5. Відсутність відомостей про хворого понад 1 рік.

Рішення про завершення диспансерного спостереження приймає лікар або ЛКК. Запис про це вносять в амбулаторну картку й інші облікові документи хворого. Якщо відоме нове місце проживання хворого, відомості про нього передають у відповідний наркологічний заклад.

Узяття хворого на диспансерний облік здійснюють після встановлення діагнозу наркологічного захворювання (встановити діагноз залежності від алкоголю можна амбулаторно, а алкогольного психозу або залежності від наркотичних засобів — лише в умовах стаціонару).

Усі хворі, які перебувають на обліку, мають бути оглянуті медичним працівником не менше одного разу впродовж календарного року. Хворого після огляду вважають перереєстрованим; на нього виписують талон перереєстрації, запис про огляд вносять в амбулаторну картку і форму № 30 ПС. Якщо хворого оглянуто кілька разів на рік, то крім запису в амбулаторну картку й форму № 30 ПС заповнюють повторний талон огляду (стільки разів, скільки його оглядали). Відомості про проведене лікування також вносять в амбулаторну картку й форму № 30 ПС.

Зазвичай основну масу хворих перереєстровують протягом приблизно перших 10 міс. календарного року. Інший час відводять на перереєстрацію тих осіб, знайти яких з якихось причин складно.

Значну частину хворих перереєстровують завдяки патронажним відвідуванням. Кількість патронажів, які здійснює дільнична медична сестра за рік, може становити тисячу і більше. Багато в чому це залежить від умов дільниці: площа, забудова (у багатоповерховому будинку може мешкати більше десятка хворих, оглянути яких легше, ніж у малоповерховій забудові) та ін.

Основні документи наркологічної дільниці:

- амбулаторні картки;
- форми № 30 ПС;
- журнал обліку диспансерних хворих;
- журнал зняття з обліку;
- журнал взяття на облік;
- журнал лікування;
- паспорт дільниці;
- звіти дільниці;
- журнал групи ризику.

У групу ризику входять особи, які вживають психоактивні речовини, але ще не мають залежності від них (або її ще не виявлено). Строк спостереження в групі ризику становить 1 рік. Проте за наявності підстав його може бути подовжено (наприклад, встановлення додаткових відомостей про зловживання психоактивними речовинами).

Найчастіші причини зарахування в групу ризику:

1. Звертання за медичною допомогою в стані сп'яніння.
2. Здійснення протиправних дій у стані сп'яніння.
3. Ксрування транспортними засобами в стані сп'яніння.
4. Порушення кримінальних справ за незаконний обіг наркотичних речовин.
5. Виявлення наркологічних проблем під час профілактичних оглядів.

У разі здійснення протиправних дій підставою для зарахування в групу ризику є не сам факт злочину, а його зв'язок із вживанням наркотичних засобів. Наприклад, людина, яку звинувачують у торгівлі наркотиками, не має потреби в спостереганні нарколога, якщо вона їх не вживає.

Кількість спостережень встановлюють індивідуально; лікувальні заходи можуть бути здійснені в незначних обсягах за згоди пацієнта.

Основна робота має бути спрямована на профілактику розвитку наркологічних захворювань і зменшення шкоди, якої вже завдано здоров'ю і соціальному статусу пацієнта вживанням психоактивних речовин. Можливі консультації лікаря-нарколога, медичної сестри, соціального працівника, психолога, заняття в групах взаємодопомоги та ін.

Із огляду на виклади дільнична медична сестра є основною ланкою поліклінічної служби, і від її діяльності залежить ефективність цієї служби.

У контингенті наркологічних диспансерів можуть бути і підлітки, які перебувають у групі або спостереження, або ризику. Проходити

огляди вони можуть як у лікаря, спеціально призначеного для цього (зазвичай у великих містах), так і у дільничного лікаря.

Робота з підлітками потребує від дільничної медичної сестри знання підліткової психології, витримки й такту.

Робота медичної сестри маніпуляційного кабінету в поліклінічному відділенні наркологічного диспансеру практично не відрізняється від роботи в закладі загальної лікувальної мережі.

Особливістю роботи поліклініки наркологічного диспансеру є те, що медична документація, яку ведуть у відділенні (зокрема й амбулаторні картки), не має бути доступною як для пацієнтів, так і для сторонніх осіб. Це пов'язано з тим, що наркологічні захворювання належать до психічних хвороб, що зумовлює особливий режим доступу до інформації про них. Тому інформація про облік хворих, проведене лікування може бути доступною лише певному колу осіб: працівникам МВС, суду та прокуратури. Згідно із Законом України «Про інформацію» (1992) хворий має право отримати інформацію, що його стосується, але в тому випадку, якщо немає іншого законодавчого акта, який обмежує доступ до такої.

Тому в наркологічному закладі неприпустимо спрямовувати хворого на прийом до лікаря, видавши йому амбулаторну картку на руки, заборонено зберігання амбулаторних карток удома та ін.

Важливою ланкою наркологічної служби є також робота фельдшерів у середніх загальноосвітніх школах, адже серед численних їхніх функцій є й наркологічні спостереження. Фельдшер є організатором антинаркотичної й антиалкогольної пропаганди серед учнів, він залучає співробітників наркологічних закладів (лікарів, психологів, медичних сестер, соціальних працівників) до санітарно-освітньої роботи серед старшокласників. У професійні обов'язки фельдшера також входить виявлення у школярів ознак уживання наркотиків і психоактивних речовин. Це особливо складне завдання. Річ у тім, що відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу» лікувальні та діагностичні процедури неповнолітньому пацієнтові можуть бути здійснені лише за згоди на це обох батьків. Якщо батьки розійшлися в думках про доцільність такого заходу, його проведення відкладають до досягнення ними згоди із цього приводу.

Має значення й дотримання лікарської таємниці. Адже навіть деякі відомості про наркологічні проблеми підлітка, які стають відомими широкому загалу, можуть заподіяти йому шкоду. Водночас вживання школярем психоактивних речовин становить певну загрозу шкільній дисципліні і здоров'ю однокласників. Тому тут потрібно знайти баланс

інтересів самого підлітка, його батьків, педагогічного колективу та інших школярів.

### Ситуаційні задачі

1. Ви працюєте дільничною медичною сестрою наркологічного кабінету ЦРЛ. У кабінеті лунає телефонний дзвінок; людина на іншому кінці дроту називає себе слідчим прокуратури і просить відповісти по телефону, чи перебуває на обліку в кабінеті певна особа.

Яку відповідь Ви йому дасте?

2. На обліку в наркологічному кабінеті перебуває хворий, у якого в січні 2009 р. стався алкогольний делірій. Упродовж 2009 р. Ви оглядали його п'ять разів; після завершення лікування пацієнт алкоголь не вживав. У лютому 2010 р. його оглянуто черговий раз і встановлено, що, як і раніше, алкоголь він не вживав.

Який шифр відповідас стану пацієнта в лютому 2010 р.?

3. Хворий, який перебував на диспансерному обліку з приводу захворювання за шифром F10.24, виїхав на постійне місце проживання в іншу область.

Укажіть дії дільничної служби після отримання відомостей про це.

4. Чи може бути призначений строк наступного відвідування пацієнтові через рік?

5. Чи можна збільшити строк спостереження в групі ризику понад один рік?

## Словник психіатричних термінів

### А

**Абсанс** — миттєве глибоке потьмарення свідомості.

**Абстиненція** — особливий психічний і соматичний стан, що виникає внаслідок припинення вживання алкоголю або наркотиків.

**Абстракція** — виділення наявних ознак із конкретних якостей і властивостей окремих предметів і явищ.

**Абулія** — брак відповідного імпульсу до дії.

**Автогенне тренування** — один із видів психотерапії, що ґрунтується на самонавіюванні.

**Автоматизм** — поява рухів, думок, почуттів поза зв'язком із намірами хворого.

**Автоматична слухняність** — хворий автоматично, проти власної волі, виконує будь-яку дію.

**Автосугестія** — самонавіювання.

**Агнозія** — розлад процесів упізнання подразників зовнішнього середовища за збереження цілості органів чуття.

**Агорафобія** — нав'язливий страх простору.

**Аграматизм** — неправильне використання граматичних елементів і форм унаслідок ушкодження кори великого мозку.

**Аграфія** — втрата здатності писати за збереження рухів руки.

**Агресивність** — загострення оборонного інстинкту.

**Адаптація** — пристосування організму до умов навколишнього середовища.

**Адекватний** — такий, що відповідає чому-небудь.

**Адинамія** — знерухомлення, відсутність будь-якої діяльності.

**Акалькулія** — порушення здатності рахувати.

**Акатизія** — постійна потреба змінювати положення тіла через відчуття внутрішньої збудливості.

**Акінезія** — нездатність до довільних рухів.

**Акозми** — елементарні слухові галюцинації.

**Акт** — одинична психічна дія.

**Актаграфія** — неправильне розташування слів під час письма.

**Актафазія** — неправильне розташування слів під час мовлення.

**Активність** — прагнення до діяльності.

**Акупунктура** — голковколювання.

**Акцентуація характеру** — переважання, визначальна поведінкова риса характеру.

**Алалія** — відсутність або недорозвиненість звукової мови.

**Алголагнія** — статеве збудження, якого досягають лише в поєднанні з болем.

**Алексія** — нездатність оволодіти процесом читання.

**Алкоголізм** — систематичне зловживання алкогольними напоями.

**Альтруїзм** — безкорислива турбота про людей.

**Амбівалентність** — суперечливе двоїсте емоційне переживання.

**Амбітендентність** — одночасне виконання двох протилежних прагнень.

**Амнезія** — різновид потьмарення свідомості.

**Амнезія антероградна** — випадання з пам'яті подій, які сталися після хвороби.

**Амнезія прогресивна** — закономірно-послідовна втрата запасів пам'яті.

**Амнезія ретардована** — запізнена, відстрочена амнезія.

**Амнезія ретроградна** — випадання з пам'яті подій, що сталися до хвороби.

**Амнезія фіксаційна** — відсутність пам'яті на поточні події.

**Амузія** — втрата здатності вгадувати відому колись мелодію.

**Аналгезація** — втрата больової чутливості.

**Анамнез** — відомості про життя хворого та його хворобу.

**Анекфорія** — порушення пам'яті, за якого окремі події згадуються лише під час спогаду про них інших людей.

**Анестезія психіки хвороблива** — різке зниження почуттів з усвідомленням і переживанням цього стану.

**Анозогнозія** — неусвідомлення своєї хвороби.

**Анорексія** — втрата потягу до їжі.

**Антабус** — один із засобів протиалкогольної терапії.

**Антидепресанти** — різноманітні за хімічною структурою препарати, що здатні усунути депресію.

**Антропофобія** — нав'язливий страх, що виникає під час зустрічі з людьми.

**Апатія** — зниження емоцій, почуттів, втрата цікавості.

**Апоморфін** — один із засобів протиалкогольної терапії.

**Апраксія** — порушення здатності до дії, зумовлене ураженням кори великого мозку.

**Арифмоманія** — непереборний потяг рахувати предмети.

**Асоціативний експеримент** — психологічна методика, що ґрунтується на вивченні мимовільних асоціацій.

**Астазія** — абазія — порушення стояння, ходи при істерії.

**Астенія** — стан психічної та фізичної слабкості.

**Астрофобія** — патологічний страх блискавки, грому.

**Атаксія інтрапсихічна** — дисоціація між змістом уявлень та їхнім емоційним забарвленням.

**Атактичний мовний безлад** — порушення мовленнєвої продукції, що виявляється у розладі смислових зв'язків унаслідок розриву асоціацій.

**Аура** — нервово-психічні або соматичні короткочасні порушення перед епілептичним нападом.

**Аутизм** — ослаблення зв'язків, обмеження спілкування з іншими людьми.

**Афазія** — повна чи часткова втрата здатності говорити чи розуміти мовлення інших унаслідок ураження головного мозку.

**Афект патологічний** — сильна короткочасна реакція, що виникає внаслідок психотравмівних переживань і характеризується потьмаренням свідомості.

**Афект фізіологічний** — посилена короткочасна емоційна реакція у відповідь на подразнення, коли людина усвідомлює свої вчинки.

**Афективність підвищена** — готовність до фізіологічних афектів.

## Б

**Бажання** — переживання людиною власних актуальних потреб.

**Байдужість** — притуплення або втрата інтересів до навколишнього світу.

**Батофобія** — нав'язливий страх глибини.

**Безсилля статеве** — зниження статевої активності, імпотенція.

**Біоритм** — періодичні зміни інтенсивності перебігу фізіологічних процесів залежно від часу.

**Біостимулятори** — речовини, що активізують захисні сили організму.

**Бісексуальність** — двостатевість.

**Блефароспазм** — спастичне скорочення м'язів повік.

**Божевілля** — тимчасовий або постійний розлад психіки.

**Брадикапсихізм** — сповільнення психічних процесів.

**Булімія** — патологічний потяг до їжі.

## В

**Вагінізм** — рефлекторний спазм піхви і тазового дна, що утруднює статевий акт або гінекологічне дослідження.

**Вагітність хибна** — переконання хворої в тому, що вона вагітна, яке супроводжується характерними відчуттями й ознаками.

**Вампіризм** — некросадизм.

**Вербігерация** — безладне повторення одних і тих самих слів.

**Вербоманія** — хвороблива пристрасть до балаканини.

**Вимушений сміх, плач** — почуття, що виникають без видимого приводу, з якими хворий не може впоратися.

**Вихор ідей** — наплив ідей, що надто швидко змінюють одна одну.

**Відреагування** — психічна реакція на подразнення.

**Відсталість розумова** — відставання в психічному розвитку.

**Відтворення** — у свідомості відновлюється те, що колись сприймалося та трималося в пам'яті.

**Відхилення** — те чи те відхилення від психічної норми.

**«Відчинених дверей» система** — одна з форм утримання психічнохворих, за якої їм дають максимальну волю.

**Відчуження почуттів** — переконання хворого в тому, що його почуття не залежать від його волі.

**Відчуття** — відображення властивостей предметів і явищ.

**Внутрішнє мовлення** — звучання думок, «мова» в голові — різновид асоціативного автоматизму.

**Вольова дія** — дія, що спрямована на досягнення мети.

**Воскова гнучкість (катаlepsія)** — збереження хворим будь-якої наданої йому пози.

**Впізнавання** — відтворення зафіксованого в пам'яті.

«Втеча у хворобу» — захисна істерична реакція.

**Ваєризм** — підглядання за сексуальним актом, актом дефекації, сечовипускання з метою одержати статеве задоволення.

## Г

**Галопуючий перебіг** — швидкий перебіг хвороби.

**Галюцинація** — уявне сприйняття, яке виникає без дії подразника.

**Галюцинація аделоморфна** — ледь помітні зорові галюцинації.

**Галюцинація антагоністична** — контрастні за змістом галюцинації, що виникають одночасно.

**Галюцинація гіпногагічна** — галюцинація, що виникає під час засинання.

**Галюцинація гіпнопомпична** — галюцинація, яка спостерігається під час прокидання.

**Галюцинація екстракампічна** — галюцинаторний образ, що виникає за межами поля зору.

**Галюцинація елементарна** — щонайпростіша безпредметна галюцинація (акозми, фотопсії).

**Галюцинація імперативна** — слухова галюцинація, яка має характер наказу.

**Галюцинація проста** — галюцинація, за якої уявний образ «сприймається» одним аналізатором.

**Галюцинація складна** — галюцинація, що охоплює кілька аналізаторів.

**Галюцинація справжня** — галюцинація, за якої образи сприймаються як реальні і проєктуються в оточенні.

**Галюцинація функціональна** — галюцинація, що утворюється під дією реального подразника на певний аналізатор.

**Галюциноз** — постійні галюцинації.

**Гамбринізм** — пивний алкоголізм.

**Гензерівський стан потьмарення свідомості** — істеричні сутінки.

**Гарячка біла (лихоманка біла)** — алкогольний делірій.

**Гашишизм** — наркоманія, залежність від гашишу.

**Гвіздок істеричний** — гострий, що пронизує наскрізь, біль голови, зумовлений істерією.

**Гебефренія** — один із підвидів шизофренії.

**Гебоїд** — психопатоподібна особливість, що має схильність до пустощів.

**Геніальність** — найвищий рівень розвитку здібностей.

**Генотип** — сукупність генів певного організму.

**Генуїнний** — природжений, власний.

**Геронтофілія** — статевий потяг до осіб старечого віку.

**Гідротерапія** — водолікування.

**Гінекофобія** — хворобливий страх перед жінками.

**Гіпербулія** — стан патологічного посилення вольової діяльності.

**Гіперестезія** — підвищення інтенсивності відчуттів.

**Гіперкінези** — мимовільні посилені рухи.

**Гіперметаморфоз** — підвищена відволікальність.

**Гіпермнезія** — загострення пам'яті.

**Гіперстенія** — підвищена збудливість.

**Гіперсомнія** — нападаподібна сонливість.

**Гіпобулія** — ослаблення цілеспрямованої діяльності.

**Гіпоманія** — підвищення настрою, що не відповідає ситуації.

**Гіпомнезія** — ослаблення пам'яті.

**Гіпсофобія** — нав'язливий страх перед висотою.

**Глосалгія** — біль у язика.

**Гнівлива манія** — підвищення настрою, що супроводжується гнівливостю.

**Гомосексуалізм** — сексуальний потяг до осіб однієї статі.

**Гомоцидальні тенденції** — хворобливий потяг до вбивства.

**Госпіталізм** — погіршення психічного стану здоров'я під впливом тривалого перебування на стаціонарному лікуванні.

**Графоманія** — хвороблива пристрасть до писання.

«Гумор вішальника» — алкогольний гумор.

## Д

**Дебільність** — легкий ступінь недоумкуватості.

**Дебют** — перший прояв хвороби.

**Дегенерація** — зниження органічних та психічних якостей особи.

**Деградація психічна** — прогресивне зниження рівня психічного стану.

**Дезорієнтування** — порушення орієнтування.

**Делірій** — потьмарення свідомості з порушенням орієнтування в навколишньому середовищі та зоровими галюцинаціями.

**Деменція** — набуте недоумство.

**Деперсоналізація** — порушення самосвідомості, втрата єдності особи.

**Депресія** — пригнічення настрою, що не відповідає ситуації.

**Дереалізація** — порушення сприйняття реальності, її викривлення.

**Дефект психіки** — стійке випадіння або порушення психічної функції, пов'язане із хворобою.

**Дипсоманія** — напади запійного пияцтва, між якими є періоди ремісії.

**Дисгармонія особистості** — порушення принципу гармонійності.

**Дисмнезія** — розлад пам'яті.

**Дисморфофобія** — думки про вродливість власного тіла та окремих його частин.

**Дисоціація особи** — в одній особі одночасно співіснує кілька «Я».

**Дистимія** — короткочасне порушення настрою.

**Дисфанія** — розлад акту ковтання.  
**Дисфорія** — розлад настрою, що характеризується дратливістю.  
**Дісдатність** — наявність психічної можливості використання своїх прав.  
**Дії нав'язливі** — нав'язлива потреба в реалізації певної дії.  
**Дромоманія** — нестримний потяг до бродяжництва.  
**Дуга істерична** — поза хворого під час істеричного нападу.

## Е

**Егоцентризм** — бажання бути в центрі подій.  
**Ейдети́зм** — здатність відтворити яскравий образ.  
**Ейфорія** — стан піднесеного настрою, що не відповідає ситуації.  
**Еквівалент епілептичний** — епізодичні порушення психічної діяльності при епілепсії.  
**Екзальтація** — збудження, надмірна радість, захоплення.  
**Екзогенний тип реагування** — психічна реакція на зовнішні подразники.  
**Екмнезія** — порушення пам'яті, за якого стирається межа між минулим і сучасним.  
**Ексігібіціонізм** — досягнення статевого збудження шляхом демонстрації оголених статевих органів.  
**Експансивність** — нестриманість емоцій.  
**Експлозивність** — підвищена збудливість, вибуховість.  
**Експресивні рухи** — виразні рухи, що засвідчують переживання.  
**Екстаз** — найвищий ступінь захоплення.  
**Екстраверсія** — спрямування переживань до зовнішнього світу.  
**Ембріональна поза** — поза, що нагадує позу ембріона. Симптом кататонічного ступору.  
**Емоції** — суб'єктивне тло психічних переживань, ставлення до оточення й себе.  
**Емоційна інертність** — надмірна стійкість емоцій.  
**Емоційна лабільність** — швидка зміна емоцій.  
**Емоційна слабкість** — легкодухість.  
**«Емоційна тупість»** — збіднення почуттів.  
**Ендогенний тип реагування** — виникнення хвороби внаслідок змін, що відбуваються в організмі.  
**Енурез** — нетримання сечі.  
**Епідемія психічна** — психічні розлади, що набули масового характеру.  
**Епілептичний статус** — часті епілептичні напади, в інтервалах між якими хворий не опритомнює.  
**Еритрофобія** — нав'язливий страх перед червоним кольором.  
**Еротизм** — підвищений статевий потяг.  
**Ехолоалія** — автоматичне повторення слів співрозмовника.  
**Ехопраксія** — безтямне повторювання дій інших людей.  
**Ефіроманія** — токсикоманія, потяг до ефіру.

## Ж

**Жаргонофазія** — беззмстовний набір слів, логорея.  
**«Життя в мріях»** — хвороблива мрійливість.  
**«Жуйка розумова»** — схильність до безплідного розмірковування.  
**Журба** — стурбованість, туга.

## З

**Забування** — зменшення обсягу запам'ятованого.  
**Задоволення** — відповідність потреб особистості наслідкам її взаємодії з оточенням.  
**«Закупорювання мовлення»** — зупинка, обривання думки.  
**Запам'ятовування** — закріплення образів, сприйняття уявлень, думок, переживань та зв'язків між ними.  
**Заціпеніння** — притуплення інтелекту, відчуттів і припинення дій індивіда.  
**Звичка** — закріплений стереотип поведінки.  
**Звуження поля свідомості** — у фокусі свідомості міститься обмежене коло уявлень.  
**Здібність** — здатність до виконання певного виду діяльності.  
**«Зиск із хвороби»** — більшою чи меншою мірою усвідомлення бажання використовувати хвороби з корисливою метою.  
**«Зоопатія внутрішня»** — маячення одержимості.  
**Зоофілія (содомія)** — сексуальний потяг до тварин.  
**Зоофобія** — відчуття страху, який виникає під час зустрічі з тваринами.

## І

**Ідіотія** — крайній ступінь природженого недоумства.  
**Ілюзія** — хибне сприйняття об'єктивного світу за наявності реальних подразень.  
**Ілюзія афективна** — хибне сприйняття, яке виникає в стані напруженого чекання, страху.  
**Ілюзія вербальна** — перекручене сприйняття змісту розмови.  
**Ілюзія парейдолічна** — у сприйнятті об'єкта вносять елементи фантазії.  
**Імбецильність** — середній ступінь природженого недоумства.  
**Імпотенція** — статева слабкість.  
**Імпульсна дія** — несвідома, не пов'язана із ситуацією дія, часто руйнівного характеру.  
**Індиферентність** — байдуже, нейтральне ставлення до чогось чи до когось.  
**Інкогерентність** — порушення мислення, що проявляється безглуздим набором слів.  
**Інтелектуальні почуття** — вищі почуття, які пов'язані з мисленням.  
**Інтермісія** — стан між нападами психічної хвороби, що близький до одужання.

**«Інтоксикація філософська»** — активне звернення хворого до питань, яких він через брак відповідної освіти не може осмислити.

**Інтраверсія** — спрямування психічних процесів людини переважно у власний внутрішній світ.

**Інфантилізм** — збереження в психіці та поведінці дорослого особливостей, характерних для дитячого віку.

**Інцест** — статевий контакт між близькими родичами.

**Іпохондрія** — надмірний страх за своє здоров'я.

**Істерія** — психічна хвороба (невроз, психопатія), що супроводжується характерними змінами в сфері емоцій.

## К

**Канцерофобія** — нав'язливий страх перед онкологічною хворобою.

**«Каска неврастеніка»** — відчуття хворим стискання голови (мов кашкет чи каска).

**Каталепсія** — воскова гнучкість.

**Катамнез** — сукупність відомостей про хворого після основного курсу лікування.

**Катарсис** — психотерапевтичний метод, за яким змушують заново пережити певну ситуацію, що спричинила невроз хворого, з метою підсвідомо позбутися хворобливих комплексів.

**Кататонія** — розлади моторно-вольової сфери (очищення).

**Кататонічне збудження** — відсутність цілеспрямовання рухів, їхня некординованість і дисгармонійність.

**Кататонічний ступор** — скутість рухів, рухове заціпеніння.

**Кверулянство** — хвороблива схильність до написання скарг.

**Клаустрофобія** — нав'язливий страх перебування у закритому просторі.

**Клептоманія** — нездоланне прагнення до злодійства. Украдені речі не мають для хворого цінності.

**Кокаїнізм** — наркоманія, пристрасть до кокаїну.

**Кома** — повна непритомність.

**Конвульсії** — клонічні судоми.

**Копролалія** — засмічення мови лайливими словами.

**Кохання лесбійське** — жіночий гомосексуалізм.

**Криклявниця** — хвора на істерію зі схильністю до потьмарення свідомості та нападів.

**Криптомнезія** — порушення пам'яті, за якого прочитане або почуте здається пережитим насправді.

**Ксантопсія** — предмети, які оточують хворого, в уяві його набувають жовтого забарвлення.

## Л

**Лабільність психічних станів** — здатність до швидкої зміни психічного стану.

**Легковажність** — несерйозне ставлення до своїх висловлювань, дій, поведінки.

**Легкодухість** — страх перед труднощами, зниження здатності до опору.

**Лібідо** — статевий потяг.

**Логіка афективна** — щонайвищий ступінь залежності суджень від емоцій.

**Логоклонія** — різновид заїкання.

**Логорея** — потік мовлення хворого, який неможливо зупинити («словесний пронос»).

**Лунатизм** — ходіння уві сні.

**Лють** — крайній вияв гніву.

## М

**Мазохізм** — статеве збудження, що виникає від відчуття болю, завданого особою протилежної статі.

**Макропсія** — предмети, що оточують, хворі сприймають як пропорційно збільшені.

**Манірність** — стан, коли прості дії стають химерними.

**Мантизм (ментизм)** — мимовільний безперервний некерований потік думок.

**Маразм** — фізичний та психічний розпад особистості.

**Маячення, маячні ідеї** — неправильне судження, що спотворено відображує дійсність, повністю оволодіває свідомістю і не піддається корекції.

**Маячення величі** — хворий переконаний у власній винятковості, неабияких здібностях, можливостях, багатстві тощо.

**Маячення винахідництва та відкриття** — хворобливе уявлення про власне авторство низки винаходів, у тому числі й видатних.

**Маячення високого походження** — твердження хворого, що він родич відомих усьому світові людей.

**Маячення впливу** — твердження хворого, що причина змін в його організмі залежить від певних дій.

**Маячення вграти** — заява хворого, буцімто всі ті, хто його оточує, завдають шкоди.

**Маячення еротичне** — переконання, що особа протилежної статі відчуває сильний потяг і тому намагається привабити до себе.

**Маячення індуковане** — маячні ідеї, що розвиваються у людей, які не спроможні критично оцінити маячні висловлювання хворих і вважають їх за істину.

**Маячення іпохондричне** — безпідставні переконання хворого, що в нього невиліковна недуга.

**Маячення кверулянтське** — неспереборна потреба відстоювати свої права шляхом численних скарг, позовів, заяв.

**Маячення мегаломанічне** — химерні, безглузді маячні ідеї грандіозного характеру.

**Маячення метаморфози** — хворий твердить, що він може обернутися на тварину, птаха, міфічну істоту або будь-який неживий предмет.

**Маячення несистематизоване** — маячні ідеї, що не мають послідовної системи доказів.

**Маячення нігілістичне** — твердження хворого, що його внутрішні органи атрофовані, гниють.

**Маячення образно-чуттєве** — маячні ідеї, що супроводжуються афективністю.

**Маячення одержимості** — своєрідні іпохондричні маячні ідеї; хворий вважає, що в його тіло вселилася інша істота.

**Маячення отруєння** — твердження хворого, що йому підсипають в їжу отруту, дають отруйні ліки та ін.

**Маячення параноїдне** — несистематизоване, уривчасте, безглузде марення (за змістом маячні ідеї стосуються впливу, переслідування, отруєння тощо). На початку появи параноїдних ідей можуть бути слухові, нюхові та інші галюцинації. Див. синдром параноїдний.

**Маячення паранояльне** — систематизовані маячні ідеї, спочатку надцінні, згодом — тлумачення з афективним напруженням, переоцінкою власної особистості. При цьому не буває розладів сприйняття та інтелектуально-мнестичних функцій. Див. синдром паранояльний.

**Маячення парафренічне** — систематизовані маячні ідеї, пов'язані з різноманітними галюцинаціями, ознаками психічного автоматизму, що виникає в зрілому віці. Протягом тривалого часу (роки, десятиліття) не помічають інтелектуально-мнестичного та емоційно-вольового зниження. Див. синдром парафренічний.

**Маячення переслідування** — маячні ідеї, коли хворий вважає, що його переслідують, стежать за ним, хочуть убити та ін.

**Маячення ревнощів** — безпідставне звинувачення хворим дружини (чоловіка) у зраді, причому факти, які мають бути доказом її, часто нерéalні, фантастичні.

**Маячення резидуальне** — маячні ідеї, коли хворий деякий час певен у справжності хворобливих (маячних) переживань, що їх спостерігали в гострий період недуги на тлі порушеної свідомості.

**Маячення реформаторства** — хворобливі судження, які ґрунтуються на системі суб'єктивних формальних логічних доведень, що виникли у процесі «розробки» і «впровадження» різних реформ (від незначних до глобальних), спрямованих людям на добро.

**Маячення самозвинувачення** — різновид маячних ідей, які спостерігають при інволюційній меланхолії та інших депресивних станах. Хворі звинувачують себе в помилках, аморальних вчинках, думках, бажаннях, за які їх тяжко покарають.

**Маячення самоприниження** — маячні ідеї, коли хворий вважає себе нездарою, нікчемою, неповноцінною людиною.

**Маячення систематизоване** — маячні ідеї, які групуються певним чином довкола центральної думки. Маячні судження стають системою поглядів, що

визначають світогляд особи. На цих судженнях зосереджується все психічне життя хворого. Спотворюються внутрішні зв'язки між явищами реального світу. Одне хворобливе судження пов'язується з іншим, викристалізовуючи маячну схему. Систематизованим є паранояльне та парафренічне маячення.

**Маячення стосунку** — маячні ідеї, коли хворий вважає, що навколишнє якоюсь мірою стосується його і має особливий сенс: на нього багатозначно дивляться, всі вчинки, жести, висловлювання, радіо- і телевізійні передачі, а іноді й явища природи — все те не просто так.

**Маячноподібні ідеї** — хворобливі ідеї недооцінки або переоцінки особистості, що виникають на тлі зміненого настрою (підвищеного або зниженого). В основі їх появи є певна реальна підстава. Ці ідеї деякою мірою можна коригувати, але не завжди й не надовго. Вони ніколи не бувають безглуздими.

**Меланхолія, меланхолійний стан** — психічний розлад, що проявляється пригніченням настрою з тугою, відчуттям безвиході, скорботи, відчаю. Супроводжується гальмуванням мислення і рухів, іноді — посиленням рухових реакцій — меланхолійний «вибух». Див. синдром депресивний.

**Мегаморфопсія** — перекручене, спотворене зорове сприйняття реально існуючих об'єктів із збереженням їх впізнавання і значення. Розрізняють макро-, мікро- та дисморфопсію.

**Метод Роршаха** — проєктивний тест для дослідження особистості, розроблений швейцарським психологом і психіатром Г. Роршахом (1921). Обстежуваному послідовно показують 10 аморфних (слабкоструктурованих) кольорових і чорно-білих зображень (плями Роршаха), і той повинен відповісти на запитання: «Що це таке? Та на що воно схоже?»

**Мислення** — психічний процес, за допомогою якого людина здатна відображати істотне, головне в явищах зовнішнього світу й розкривати вагомі, закономірні зв'язки між явищами. Мислення як пізнання суті явищ є вищою формою відображення дійсності, активною функцією інтелекту.

**Мислення атактичне** — патологія мислення, неправильне, парадоксальне поєднання понять, думок, що без логічних зв'язків нанизуються одна на одну. Проявляється атактичним мовним безладом.

**Мислення аутистичне, аутизм** — мислення, відірване від реалій життя. Коло асоціацій з навколишнім світом обмежене. Асоціації виникають переважно на підставі ідей, уявлень, відчуттів, пов'язаних із хворобою, під час якої домінують внутрішні переживання. Хворі замикаються в собі, тримаються осторонь, ні з ким не спілкуються. Мислення і відповіді на запитання формальні. Фантазія межує з реальністю, бажане сприймається за дійсне.

**Мислення незв'язане (безладне)** — глибокий розлад мислення, що проявляється непоєднанням понять, суджень. Навколишній світ сприймається фрагментарно, думки уривчасті, мова безладна. Здатність до аналізу і синтезу втрачена. Орієнтування у довкіллі неможливе. Див. мислення інкогерентне.

**Мислення деталізоване (деталізованість мислення)** — процес мислення, що характеризується в'язкістю, тугорухомістю та втратою здатності відокремити головне від другорядного. У судженні переважають випадкові деталі, які не стосуються головного.

**Мислення загальмоване** — процес, що супроводжується сповільненням асоціацій. Кількість ідей зменшується, думки й уявлення формуються повільно. Мова стає уривчастою, паузи між словами тривалі.

**Мислення затримка, зупинка** — раптова короточасна спонтанна зупинка плину думок. Під час розмови хворий раптом замовкає, а потім пояснює це тим, що затрималося мислення. Спостерігають у хворих на шизофренію.

**Мислення інкогерентне** — втрата здатності утворювати асоціативні зв'язки між сприйняттям, уявленням, поняттями, відображати дійсність у зв'язках. Втрата здатності до елементарних узагальнень, аналізу й синтезу. Мова стає безладною. Див. мислення незв'язане (безладне).

**Мислення паралогічне** — патологія мислення, за якого порушується логіка. Певне поняття замінюється символом, знаком, зрозумілим тільки хворому, через що він робить необгрунтовані й безглузді висновки. Умовиводи не відповідають судженням, з яких їх виводять. Таке мислення втрачає логіку і стає незрозумілим для інших. Властиве хворим на шизофренію.

**Мислення персевероване** — одноманітне повторення одних і тих самих думок, відповідей за різкого утруднення й сповільнення асоціативних процесів. Спостерігають при шизофренії й органічних ураженнях мозку.

**Мислення прискорене** — стан мислення, за якого збільшується кількість асоціацій, думок і прискорюється їх перебіг. Одне уявлення одразу змінюється іншим. Мовлення стає непослідовним: не закінчивши однієї думки, хворий переходить до іншої.

**Мислення резонерське** — мислення, що характеризується доводами, які не ґрунтуються на фактах, порожніми вербальними посиланнями, що не відповідають темі розмови й не досягають мети. Беззмістовні і бідні судження можуть бути викладені у правильній формі.

**Мислення розірване** — патологія мислення, яка проявляється розриванням смислових зв'язків між поняттями із збереженням граматичної та синтаксичної форм речення. Розірваність доходить до так званої мовної мішанини — шизофазії, що характерна для шизофренії. Див. мислення атактичне. Мислення інкогерентне. Атактичний мовний безлад.

**Мислення символічне** — стан мислення, за якого одне поняття стає символом іншого. Іноді має випадкові, другорядні ознаки. Характерне для шизофренії.

**Мислення сповільнене** — порушення мислення, що характеризується обмеженням асоціацій, одноманітністю думок, сповільненням мови. Спостерігають при депресивних станах.

**Міксеофобія** — нав'язливий страх перед статевим актом, що виникає внаслідок необхідності оголювати статеві органи, торкатися тіла і т. ін.

**Міміка** — рухи м'язів обличчя; одна із форм виявлення психічного стану людини. Міміка є особливою образною «мовою» для передавання різноманітних відтінків почуттів, оцінки, ставлення до подій і явищ.

**Мова** — суспільно зумовлена система словесних знаків, що служить засобом спілкування. Форма існування думок, почуттів і переживань людини.

**Мовний безлад** — патологія мовлення, спричинена безладним мисленням, коли хворі втрачають здатність до аналізу, синтезу, елементарних узагальнень і логічних висновків. Розрізняють такі типи мовного безладу: аментивний, хореатичний, атактичний, маніакальний (репродуктивний, егоцентричний, екстрасигнальний, співзвучний).

**Монофобія** — психічний стан, що проявляється страхом залишатися самоті. Нав'язливий страх перед самотністю.

**Морія** — стан безглуздої веселості із втратою ініціативних спонукань. Спостерігають при органічних ураженнях лобових частин головного мозку.

**Мотив** — спонукальна причина дій і вчинків людини (те, що штовхає до дії).

**Мотивація** — система мотивів, яка визначає конкретні форми діяльності або поведінки людини.

**Мутизм** — порушення мовленнєвого спілкування внаслідок психічного захворювання; проявляється безпідставним мовчанням.

## Н

**Навичка** — психічна субстанція, завдяки якій індивід спроможний виконувати певну дію раціонально, із належною точністю і швидкістю, без зайвих витрат фізичної та психічної енергії.

**Навіювання (сугестія)** — будь-який психічний вплив однієї людини на іншу (прохання, наказ, переконування), що має за мету актуалізувати або змінити певні установки, ціннісні орієнтації чи вчинки людини, котра є об'єктом навіювання.

**Нав'язливі ідеї** — думки, що виникають у людини, які не відповідають стану її свідомості в даний момент. Супроводжуються критичним ставленням до них і боротьбою з ними, тобто хворий хоче позбутися їх. Спостерігають при неврозі нав'язливих станів, деяких формах шизофренії, церебральному атеросклерозі, психастенії.

**Нав'язливі потяги і дії** — потреба в реалізації певної дії, що раптово виникла, до якої хворий ставиться критично, тобто розуміє безглуздий її характер і намагається боротися з нею.

**Нав'язливі стани** — хворобливі порушення у вигляді постійного повторення думок, спогадів, сумнівів, уявлень, страхів, потягів або дій незалежно від волі й бажання хворого, який усвідомлює їх як нісенітницю і прагне позбутися.

**Надцінні ідеї** — думки, що домінують, переважають над усіма іншими. Виникають вони внаслідок реальних обставин, але потім набувають надмірного емоційного забарвлення, починають домінувати в свідомості людини, впливаючи на процес мислення загалом. Усі інші думки гальмуються або, навпаки, концентруються, посилюючи надцінну ідею. Надцінними стають ідеї, які особливо зачіпають особистість хворого.

**Наркологія** — галузь медицини, що вивчає хвороби, спричинені вживанням психоактивних речовин.

**Наркоманія** — хворобливий потяг людини до наркотиків, що зумовлює порушення життєдіяльності організму та глибокі розлади психіки.

**Нарцисизм** — сексуальне збочення, яке характеризується сексуальною самозакоханістю, милуванням власним оголеним тілом, його окремими частинам, інколи — з мастурбацією.

**Насильницькі дії** — нескладні дії або рухи, які людина здійснює, хоча й розуміє, що цим завдає болю. Ні боротися з ними, ні подолати їх не спроможна.

**Насолода** — психічний стан, що виникає від задоволення потреби, бажання чи пристрасті до чогось.

**Настрій** — відносно тривалий душевний стан, більш-менш тривала установка почуттів, в основі якої лежать емоції (почуття) — позитивні чи негативні.

**Невдоволення** — психічний стан людини, позначений негативним настроєм та самопочуттям; характеризується морально-психічним напруженням, певним дискомфортом.

**Неврози** — ситуаційно-психогенні хвороби, що виникають унаслідок функціонального розладу («зриву») вищої нервової діяльності через перенапруження сили, втрату рівноваги та рухомість основних нервових процесів (збудження і гальмування) й сигнальних систем. Проявляються порушенням нервово-психічних функцій, переважно в емоційній сфері, за збереження самосвідомості та критики. Виділяють такі типи неврозів: неврастенія, істерія, невроз нав'язливих станів тощо.

**Негативізм** — немотивований протиімпульс, безглузда протидія, опір будь-якій дії ззовні, відмова виконувати її. Іноді непереконане бажання зробити наперекір. Виділяють негативізм активний (дії, протилежні інструкції) і пасивний (відсутність будь-яких дій за відповідної інструкції).

**Недоумство** — стійке зниження пізнавальної діяльності, неможливість користуватися збереженою інформацією й утруднення набуття нової. Див. деменція. Олігофренія.

**Недоумство концентричне** — тип недоумства, що характеризується поступовим зосередженням інтересів хворого на власній особистості, функціях свого організму. Мислення стає загальмованим, малорухомих, в'язким, деталізованим, конкретним. Думки фіксуються на дрібницях. Хворий не може відокремити головне від другорядного. Погіршується пам'ять, випадають окремі слова, унаслідок чого мова стає збіднілою й одноманітною. Інтереси поступово звужуються і зосереджуються на соматичній сфері. Втрачаються наукові, громадські та професійні інтереси. Процес розривається поступово, концентрично. Характерне для епілепсії.

**Недоумство лакунарне** — тип недоумства, що характеризується зниженням пізнавальної діяльності. Переважає розлад пам'яті та уваги. Ядро особистості, критика та поведінка довго залишаються незмінними. Спостерігають найчастіше при вогнищевому ураженні головного мозку.

**Недоумство тотальне** — тип недоумства, що характеризується повним зниженням усіх форм пізнавальної діяльності. Проявляється слабкістю інтелекту, пам'яті, уваги, зниженням почуттів, насамперед вищих, а також волі. Знижується рівень суджень, порушуються критика, поведінка та ядро особис-

тості хворого. Спостерігають при старечому недоумстві, прогресивному паралічі та інших недугах.

**Недоумство транзиторне** — тип недоумства, що характеризується слабкістю пізнавальної діяльності. Патологія розвивається повільно внаслідок інтенсифікації деструктивного процесу. Функціональні порушення вищої нервової діяльності демонстративні, глибокі. Розвивається на тлі зниження енергетичного потенціалу. Попри відсутність розладів пам'яті, достатній рівень формальних знань, хворий повністю соціально дезадаптований, неспроможний до будь-якої практичної діяльності. Порушення єдності психічних процесів супроводжується бездіяльністю. Характерний для шизофренії (шизофренічне недоумство).

**Нейролептики** — психотропні препарати різної структури. Основними властивостями нейролептиків є їх антипсихотична дія. Вони блокують або редукують галюцинаторні та маячні розлади, зменшують афективні напругу, психорухове збудження і нормалізують патологічно змінену поведінку.

**Нейротизм** — характерологічна особливість людини, що виражається в її схильності до неврастичних реакцій, нервових «зривів», стану тривоги тощо.

**Некрофілія** — прагнення одержати статеве задоволення з трупами жінок.

**Некрофобія** — прояв нав'язливості, патологічний страх під час споглядання трупів або згадування про них.

**Ненависть** — почуття, що проявляється різко негативним ставленням до когось, чогось.

**Непереконані потяги і дії** — короткочасні патологічні потяги, що виникають знезацька, не можуть бути загальмованими і реалізуються в дії.

**Неприятність** — морально-психологічне відчуття несприйняття людини людиною.

**Неуважність** — збірне поняття, під яким розуміють неможливість зосередити увагу на певному об'єкті.

**Нігілізм** — психологічний феномен, що відображає деструктивний умонастрій, виявляється запереченням традицій, нівелюванням цінностей.

**Ніктофобія** — нав'язливий страх перед темрявою.

**Німфоманія** — підвищене статеве почуття у жінок, що виявляється в частих статевих зносинах або частій і тривалій мастурбації (онанізм).

**Нозофобія** — нав'язливий стан, що виявляється патологічним страхом захворіти на невиліковну хворобу (сифілофобія, канцерофобія).

**Ноотропи** — різноманітні за хімічною структурою психотропні препарати, що активізують вищі психічні функції, нормалізують процеси тканинного метаболізму в центральній нервовій системі. Поліпшують перебіг кіркових процесів, розумову діяльність, підвищують інтегративну здатність головного мозку до запам'ятовування, не збуджуючи центральну нервову систему.

## О

**Обнубіляція** — легка короткочасна форма розладу свідомості з моментальним проясненням, коли хворий на деякий час опритомніє, а потім знову ніби поринає у хмари.

**Обурення** — психічний стан сильного невдоволення, гніву, огиди до певних явищ.

**Оглушення** — симптомокомплекс, що характеризує порушення свідомості. Людина реагує тільки на сильні (фізичні або психічні) подразнення. Сприйняття навколишнього неясне, нечітке. Спогади різко обмежені або відсутні. Синтез утруднений. Орієнтування щодо місця, часу різко порушене або втрачене. Емоції знижені. Рухова активність відсутня або ослаблена.

**Олігофренія, недоумство природжене** — тип недоумства, що характеризується затримкою розвитку інтелекту внаслідок причин, які діяли внутрішньоутробно або в ранньому дитинстві (до 3 років). Див. дебільність, імбещильність, ідіотія.

**Онанизм, мастурбація** — переживання статевого задоволення не в разі реалізації нормального статевого акту, а за допомогою механічного подразнення статевих органів (ерогенних зон).

**Онїхофазія** — нав'язливість, яка проявляється звичкою обкушувати нігті.

**Оргазм** — пристрасть у момент найвищого статевого задоволення, що настає під час статевого акту і супроводжується виділенням секретів статевих залоз.

**Оригінальність** — морально-психологічна риса, що визначає несхожість людини на інших, неповторність, самотність її духовного світу.

**Орієнтування** — здатність усвідомлювати і відображати навколишній світ (місце, людей, предмети, явища, час), а також свою особистість. Порушення орієнтування називають дезорієнтуванням.

**Орієнтування аутопсихічне** — орієнтування щодо своєї особи, усвідомлення власного тіла, виділення себе з навколишнього світу.

**Орієнтування алопсихічне** — орієнтування щодо місця у просторі, інших людей, предметів і часу.

**Особистість** — людина, соціальний індивід, що поєднує в собі риси загальнолюдського значущого та індивідуального, неповторного.

## П

**Палімпсест** — розлад, що характеризується втратою пам'яті на окрему подію після алкогольного сп'яніння. Свідчить про початок хронічного алкоголізму.

**Пам'ять** — психічна функція збереження у свідомості минулих вражень, відтворення досвіду. Один із феноменів розумової діяльності людини. В основі її лежать чотири процеси: запам'ятовування, збереження, відтворення й пізнання.

**Пам'ять оперативна** — особливий тип пам'яті, що ґрунтується на інформації, яка надходить із тривалої та короткочасної пам'яті під час вирішення певного питання.

**Паніка** — відчуття страху, розгублення, непевності перед реальною чи уявною небезпекою, яка загрожує окремому індивіду або групі людей. При цьому блокується здатність до раціональної оцінки обстановки, мобілізації

вольових ресурсів, що призводить до певних труднощів у організації спільної протидії.

**Пантомімічні рухи** — виразні рухи всього тіла або окремих його частин.

**Парамімія** — потворні гримаси, мімічна гра, що не відповідає ні змістові висловлювань, ні його емоціям.

**Парамнезія** — хворобливий психічний стан, який проявляється розладом пам'яті, що виникає внаслідок амнезії, коли прогалини в пам'яті заповнюються несправжніми спогадами. Парамнезії поділяють на конфабуляції, псевдоремінісценції і фантазми.

**Параноя** — психічне захворювання, що характеризується систематизованими маячними ідеями без видимих порушень інтелекту, але й без критичної оцінки психофізіологічного стану.

**Парапраксія** — потворна зміна рухів, що набувають карикатурного характеру.

**Парапсихологія** — гіпотези та уявлення, які належать до психічних явищ, пояснення яких поки що не має наукового підґрунтя. Це екстрасенсорне сприйняття, тобто прийом людиною інформації, яка не пов'язана з функціонуванням відомих науці органів чуття (телепатія, ясновачення тощо).

**Паратимія** — неадекватні емоції. Хворий, розповідаючи про смерть близької людини, сміється, стає ж сумним, коли слід було б радіти. Раптом виявляє агресію до тієї людини, до якої добре ставився. Причому пояснити такі зміни не може.

**Парейдолія** — явище, коли у фігурах невизначеної форми (плями на стіні, складки на шторі, орнамент шпалер, візерунки на килимі та ін.) вбачають тварин, чудовиськ тощо.

**Пасивність** — бездіяльність, байдужість, духовна інертність, млявість.

**Патологічний брехун** — тип людини, яка знає про недостовірність інформації і недоцільність брехні, але не може справитися із собою.

**Патопсихологія** — розділ медичної психології, що вивчає закономірності розладів психічної діяльності і властивості особистості при захворюванні. Аналіз патологічних змін проводять на підставі порівняння їх із характером перебігу психічних процесів, станів і рис у нормі.

**Педерастія** — див. гомосексуалізм.

**Педофілія** — сексуальний потяг до дітей, спроби здійснити з ними статевий акт.

**Пейрафобія** — виникнення нав'язливого страху перед публічним виступом, екзаменом тощо.

**Переживання** — психофізіологічний стан, коли людина із зацікавленням ставиться до об'єкта свого переживання.

**Персеверація** — патологія мислення, що виявляється у тривалому домінуванні однієї думки чи уявлення, у повторенні одних і тих самих слів, відповідей.

**Перцепція** — відображення у свідомості людини речей і явищ за допомогою органів чуття.

**Песимізм** — світовідчуття, перейняте зневірою у майбутнє, настроєм безнадії.

**Пікацизм** — статеве збочення. Збудження досягається за умови контакту з виділеннями партнера.

**Піроманія** — психічний розлад, який проявляється пристрастю до підпалювання без будь-якої мотивації.

**Пірофобія** — психічний розлад, який проявляється боязню вогню.

**Поведінка** — категорія для позначення сукупності дій і вчинків людини.

**Подразливість** — здатність живого організму відповідати на вплив зовнішнього середовища.

**Поняття** — одна з головних форм абстрактного мислення, відображення істотних ознак досліджуваного об'єкта.

**Потатор** — хворий на хронічний алкоголізм.

**Потяг** — стан організму, за якого безпосередньо проявляється чуттєве відображення потреби. Філогенетично успадкована рефлекторна (інстинктивна) реакція (харчування, самозбереження, розмноження), спрямована на досягнення життєвих цілей. Динамізує поведінку людини, є джерелом її активності

**Похмілля** — один із проявів алкогольної залежності.

**Почуття** — психічні процеси, в яких відображено емоційний бік духовного світу людини, її суб'єктивне переживання подій і емоційне ставлення до оточення. Власне, до задоволення або незадоволення своїх потреб.

**Почуття астеничні** — почуття, що пригнічують життєдіяльність, зменшують силу й енергію, розслаблюють (страх, тривога тощо).

**Почуття стеничні** — почуття, що підвищують, активізують життєдіяльність людини, збільшують її силу, посилюють енергію, спонукають до діяльності (любов, радість).

**Принциповість** — морально-психологічна риса особистості, яка визначає чіткість позиції, вірність певній ідеї, принципам і послідовність їх обстоювання, втілення в життя.

**Пристрасть** — стійкий емоційний потяг людини до певного об'єкта.

**Провісники нападу** — психічні та соматичні зміни, що передують епілептичному нападу.

**Прогресивний параліч** — сифілітичний психоз, що зумовлює тотальне недоумство.

**Проективні методики** — тестові методики, що їх використовують для дослідження особистості.

**Профшизофренія** — шизофренія у олігофрена.

**Просонковий стан** — легка форма розладу свідомості.

**Псевдогалюцинації** — розлад сприйняття, що характеризується відсутністю екстрапросекції галюцинаторного образу.

**Псевдодеменція** — зумовлений істерією стан, що нагадує недоумство.

**Псевдопараліч** — психічний стан різноманітної етіології, що нагадує прогресивний параліч.

**Псевдоремінісценції** — несправжні спогади реального змісту, яких не було в той проміжок часу, що його згадує хворий.

**Психіатрія** — клінічна медична наука, яка вивчає психічні хвороби.

**Психіка** — функція мозку відображувати об'єктивну дійсність.

**Психічна травма** — неприємна для хворого ситуація, що спричинила психічну хворобу.

**Психічні процеси** — різні форми психічної діяльності.

**Психоаналептики** — фармакологічні речовини, що сприяють активізації психічних функцій.

**Психоаналіз** — метод діагностики і лікування, що ґрунтується на проникненні у сферу підсвідомого.

**Психогенетика** — межа з генетикою галузь психології.

**Психогенії** — психічні захворювання, які виникають унаслідок тяжких подій, що травмують психіку.

**Психогігієна** — галузь медицини, яка вивчає закономірності організації міжособистісних взаємин та середовища.

**Психодизлептики** — фармакологічні речовини, що призводять до порушення психічної діяльності.

**Психодіагностика** — галузь психології, спрямована на всебічний аналіз особистості.

**Психоз** — захворювання організму з провідними порушеннями функції головного мозку.

**Психолептики** — фармакологічні речовини, що мають седативну дію.

**Психологія** — наука про психічні процеси, які є складовими компонентами діяльності та спілкування людей.

**Психопатія** — патологічна форма психічної діяльності, що характеризується дисгармонією в емоційно-вольовій сфері й у сфері потягів.

**Психопатологія** — галузь медицини, яка вивчає хвороби психіки.

**Психопрофілактика** — запобігання розладам психічної діяльності.

**Психосоматика** — вивчає вплив психіки на перебіг матеріальних процесів.

**Психостимулятори** — фармакологічні препарати, що справляють активізуючий вплив на психіку.

**Психотерапія** — лікування за допомогою психічного впливу на хворого.

**Пуерилізм** — синдром, клінічна картина якого проявляється дитячою поведінкою.

## Р

**Рапорт** — здатність хворого, що перебуває в гіпнотичному стані, підтримувати словесний контакт із лікарем.

**Реабілітація** — повернення хворого до нормального життя і праці.

**Реактивні психози** — психотичні стани, що розвиваються внаслідок певної конфліктогенної ситуації.

**Ревнощі патологічні** — психічний стан, який проявляється безпідставною підозрою до об'єкта кохання.

**Режим охоронний** — утримання хворого в умовах, що сприяють зміцненню нервової системи й реабілітаційним заходам.

**Резонерство** — безплідні міркування, позбавлені конкретного практичного змісту.

**Релаксація** — засіб усунення нервово-психічного напруження.

**Ремінісценція** — особливість пам'яті, яка полягає в неточності відтворення вивченого матеріалу.

**Ремісія** — тимчасове поліпшення психічного стану.

**Репродукція психічна** — здатність до відтворення подій, що тримаються в пам'яті.

**Рефлексія** — самоаналіз.

**Ритуал** — нав'язливі дії, що їх чинять хворі для позбавлення почуття страху.

**Розуміння** — розумовий процес, спрямований на з'ясування істотних ознак, властивостей і зв'язків явищ.

«**Розумова жуйка**» — схильність до безплідного розмірковування, оперування відірваними від реальії уявленнями.

## С

**Садизм** — статеве збочення, що проявляється намаганням зробити боляче партнерові під час статевих зносин.

**Самонавіювання** — психічний вплив людини на саму себе.

**Сексологія** — галузь науки про статеве життя людини.

**Сексопатологія** — розділ медицини, що вивчає розлади статевого життя людини.

**Сенестопатії** — різноманітні неприємні відчуття в тілі, які мають невизначений, але дуже тяжкий характер.

**Сенситивність** — своєрідна чутливість людини.

**Симуляція** — удавана демонстрація почуттів або певного фізичного стану з метою введення когось в оману.

**Синдром абстинентний** — стан, що характеризується сомато-вегетативними та психічними розладами, які виникають після припинення введення речовин, до яких сформувався патологічний потяг.

**Синдром аментивний** — потьмарення свідомості, що супроводжується грубим порушенням сприйняття та орієнтації.

**Синдром амнестичний** — порушення здатності до запам'ятовування і відтворення.

**Синдром ананкастний** — нав'язливі страхи, думки та дії.

**Синдром апатико-абулічний** — зниження емоцій і волевових спонукань до цілеспрямованої діяльності.

**Синдром астеничний** — стан психічної слабкості.

**Синдром галюцинаторно-параноїдний** — комплекс галюцинацій та маячних ідей.

**Синдром Ганзера** — один із варіантів істеричного присмеркового стану свідомості.

**Синдром гебефренічний** — інертна ейфорія, що проявляється химерними, неадекватними вселощами, пустотливістю тощо.

**Синдром делірійний** — потьмарення свідомості з порушенням орієнтування в навколишньому середовищі, зоровими галюцинаціями та психомоторним збудженням.

**Синдром депресивний** — стан, що характеризується зниженням настрою.

**Синдром дисморфофобії** — хворобливі переживання, що характеризуються появою думок про вигадане, уявне каліцтво.

**Синдром змуженої свідомості** — характеризується звуженим колом уявлень за рахунок обмеження кількості асоціативних зв'язків.

**Синдром «інтрапсихічної атаксії»** — характеризується порушенням логічного відображення об'єктивної реальності за рахунок розладу асоціативних зв'язків між психічними процесами.

**Синдром Кандинського—Клерамбо** — характеризується поєднанням ознак психічного автоматизму із псевдогалюцинаціями та ідеями впливу.

**Синдром кататонічний** — симптомокомплекс психічних розладів, переважно в руховій сфері.

**Синдром Корсакова** — характеризується розладом пам'яті на теперішні події за збереження пам'яті на події минулого.

**Синдром маніакальний** — проявляється ейфорією, прискоренням плину уявлень і підвищенням цілеспрямованості діяльності.

**Синдром обсесивний, нав'язливих станів** — характеризується наявністю різних нав'язливих ідей, емоцій, потягів і дій.

**Синдром онейроїдний** — потьмарення свідомості, за якого спостерігають ілюзорно-галюцинаторне сприйняття навколишнього світу.

**Синдром паморочного стану свідомості** — характеризується глибоким дезорієнтуванням, спотвореним сприйняттям, уривчастими маячними ідеями, афективними реакціями.

**Синдром параноїдний** — характеризується несистематизованими маячними ідеями.

**Синдром параноїальний** — систематизоване маячення.

**Синдром парафренічний** — систематизовані маячні ідеї величності.

**Синдром псевдодементний** — несправжнє недоумство.

**Синдром психоорганічний** — розлад психіки внаслідок органічного ураження мозку, що характеризується поєднанням інтелектуально-містичних розладів з емоційними порушеннями.

**Синкінезія** — невідповідність відчуттів при подразненні аналізаторів.

**Синкопе** — неприємний стан.

**Сифілофобія** — нав'язливий страх захворіти на сифіліс.

**Сіркотерапія** — різновид піротерапії.

**Скорбота** — стан глибокого суму.

**Скотомізація пам'яті** — випадання з пам'яті інформації, що стосується психотравматичних переживань.

**Слабкість емоційна** — підвищена емоційна ранимість.

**Сомнамбулізм** — стан зміненої свідомості, який буває під час сну.

**Сомнолентність** — патологічна сонливість.

**Соматогенні психози** — психотичні розлади, пов'язані із соматичними недугами.

**Сопор** — синдром загального порушення свідомості.

**Спазмофілія** — епілептиформні напади у дітей раннього віку.

**Сприйняття** — відображення предметів і явищ.

**Старечі психози** — група психозів, що виникають у старечому віці.

**Стереотипія рухів, мови** — багаторазове повторення одних і тих самих слів, дій.

**Страх** — емоційна реакція людини на справжню чи уявну небезпечку.

**Стрес** — психофізіологічний стан людини, що виникає у відповідь на різноманітні екстремальні дії.

**Ступор** — стан повної нерухомості з підвищенням м'язового тону.

**Сублімація** — заміщення сексуального об'єкта потягом до соціально прийнятної діяльності.

**Сугестологія** — наука, що вивчає психологічні явища навіювання та самонавіювання.

**Судження** — основна форма мислення, коли стверджується або заперечується наявність у предметів і явищ тих чи тих ознак.

**Суйцидальний вчинок, суйцидальна тенденція** — зумовлене різними причинами прагнення до самогубства.

**Суміжні стани** — див. Невротичні розлади.

**«Схеми тіла» порушення** — психічний розлад, коли хворий сприймає власне тіло зміненим.

## Т

**Танатофобія** — нав'язливість, що характеризується страхом перед раптовою смертю.

**Тематичний аперцепційний тест** — проективний тест для дослідження особистості.

**Темперамент** — індивідуально-типологічна характеристика людини.

**Тести особистості** — психологічні тести для вивчення особистості.

**Тести психологічні** — система прийомів для вивчення й оцінки окремих психічних рис і властивостей характеру людини.

**Тик** — мимовільне смикання певних м'язів обличчя, шиї, рук та ін.

**Токсикофобія** — нав'язливий стан, який характеризується страхом перед отруєнням.

**Транзитивізм** — перенесення хворим власних переживань на здорових людей, що його оточують.

**Транквілізатори** — психофармакологічні препарати, що заспокоїливо впливають на психічну діяльність.

**Транс** — психічний розлад, що характеризується автоматичністю актів поведінки у стані потьмареної свідомості.

**Трансвестизм** — статеве задоволення при переодяганні в одяг протилежної статі.

**Тремор** — мимовільні періодичні скорочення м'язів.

**Трискайдекафобія** — нав'язливий страх перед числом «13».

## У

**Уваги активної слабкості** — нездатність до тривалого зосередження уваги на певному напрямку.

**Уваги відволікання** — порушення уваги, що характеризується ослабленням її концентрації та стійкості.

**Уваги загальмованість** — порушення механізму перемикання уваги з одного предмета, явища на інший.

**Уваги прикутість** — посилення концентрації уваги та її стійкості.

**Урофобія** — нав'язливий страх перед тим, що в невідповідний момент раптово відчуєш позив до сечовипускання.

**Установка** — стан готовності до певної активності, спрямованої на задоволення тієї чи тієї потреби.

**Ущільнення** — злиття двох понять в одне.

**Уява** — психічний процес, що полягає в створенні образів, думок на базі попереднього досвіду.

## Ф

**Фагофобія** — нав'язливий страх, зумовлений споживанням їжі.

**Фанатизм** — одержимість, надмірне захоплення якимись ідеями, поглядами чи справою.

**Фантазми істеричні** — вигадкування незвичайних подій з метою поставити себе в центр уваги.

**Фантазми паралітичні** — безглузді вигадки, що зазвичай супроводжують недоумство.

**Фарингоспазм** — скорочення м'язів глотки, зумовлене судомою.

**Фасцинація** — один зі способів раптового занурення в гіпнотичний стан.

**Фетишизм** — статеве збудження від споглядання предметів жіночого туалету.

**Фізіогноміка** — вчення про зв'язок психічного складу і характеру людини з будовою і формою її обличчя, тіла.

**Флагелант** — людина, що отримує статеве задоволення від побоїв, що йому їх завдає статевий партнер.

**Фобії** — нав'язливі страхи.

**Фотопсії** — елементарні зорові галюцинації.

**Фотофобія** — світлобоязнь.

**Фригідність** — зниження статевого потягу в жінок.

**Фротеризм** — сексуальна патологія, за якої статевого збудження досягають упаслідок доторкування статевих органів до тіла або одягу особи протилежної статі.

**Фрустрація** — психічний стан, який виникає в конфліктних ситуаціях, які перешкоджають досягненню мети.

**Фгізіофобія** — нав'язливий страх захворіти на туберкульоз.  
**Фуга** — розлад свідомості, за якого людина збуджена і діє автоматично.

## Х

**Характер** — комплекс психічних властивостей людини.  
**Хроматофісія** — стан, коли предмети, що оточують хворого, набувають невластивого їм забарвлення.  
**Хроматофобія** — нав'язливий страх перед якимось яскравим кольором.  
**Циклоїд** — тип психічної конституції особистості.  
**Циклотимія** — легка форма маніакально-депресивного психозу.

## Ч

**Черствість** — втрата здатності до співпереживань.  
**Чуття** — суб'єктивний прояв емоційної реакції людини.

## Ш

**Шизоїд** — тип психічної конституції особистості.  
**Шизофазія** — крайній варіант розірваності мовлення, мовний «вінегрет».  
**Шизофренія** — психічна хвороба з поліморфною картиною, що за несприятливого перебігу призводить до психічного дефекту.  
**Шперунг** — відсутність, випадання думок.  
**Шуб** — напад хвороби.

## Список використаної літератури

- Александровский Ю.А., Кюне Г.Э.* Общие принципы терапии психически больных: руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова. — В 2-х т. — М.: Медицина, 1988.
- Артемчук А.Ф.* Алкоголизм у лиц молодого возраста. — К.: Здоровье, 1985.
- Бабаян Э.Я., Гопольский М.Х.* Наркология. — М.: Медицина, 1987.
- Бачериков Н.Е.* Влияние алкоголя на женский организм. — К.: Здоров'я, 1998.
- Белогуров С.Б.* Наркотики и наркомании. Книга для всех. — СПб.: Университетская книга, 1997.
- Вітенко І.С.* Загальна та медична психологія. — К.: Здоров'я, 1994.
- Гавенко В.Л., Самардакова Г.О., Бачериков М.Є.* Психіатрія і наркологія. — К.: Здоров'я, 1993.
- Гавенко В.Л., Самардакова Г.О., Григорова І.А.* Наркологія. — Х.: Регіон-інформ, 2003.
- Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритин Д.Ф.* Психиатрия. — М.: Медицина, 1989.
- Завилянський І.Я., Блейхер В.М., Крук І.В., Завилянська Л.І.* Психіатричний діагноз. — К.: Б. в., 1989.
- Кабанов М.М.* Реабилитация психически больных. — Л.: Медицина, 1995.
- Клиническая психиатрия / Под ред. Н.Е. Бачерикова.* — К.: Здоров'я, 1989.
- Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж.* Клиническая психиатрия. — В 2-х т. — М.: Медицина, 1994.
- Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж.* Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 2002.
- Карвасарский Б.Д.* Психотерапия. — М.: Медицина, 1995.
- Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1995.
- Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е.* Психиатрия. — М.: Медицина, 1995.
- Кузнецов В.М., Чернявський В.М.* Психіатрія. — К.: Здоров'я, 1993.
- Личко А.Е.* Подростковая психиатрия. — Л.: Б. в., 1985.
- Личко А.Е., Битенский В.С.* Подростковая наркология. — М.: Медицина, 1991.
- Менделевич В.Д.* Психиатрическая пропедевтика. — М.: Медицина, 1997.

- Напресико О.К. Психіатрія. — К.: Здоров'я, 2001.
- Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — М.: Би., 1997.
- Портнов А.А., Федотов Д.Д. Психиатрия. — М.: Медицина, 1973.
- Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. — М.: Медицина, 1973.
- Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. — Л.: Медицина, 1975.
- Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова. — В 2-х т. — М.: Медицина, 1988.
- Сонник Г.Т., Напресико О.К., Скрипніков А.М. Психіатрія. — К.: Здоров'я, 2006.
- Сонник Г.Т., Скрипніков А.М. та ін. Наркологія. — Полтава: Б. в., 2002.
- Татаренко Н.П. Психиатрия. — К.: Вища шк., 1971.
- Ушаков Г.К. Детская психиатрия. — М.: Медицина, 1973.
- Хэлмз М.Т. Психиатрия. — Львов: АСТ, 1998.
- Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. — СПб.: Лань, 1999.
- Шейдер Р. Психиатрия. — М.: Практика, 1998.
- Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997.

## Додатки

### Додаток 1

#### Документація з медсестринської справи Посадові інструкції

“Затверджено”

Головний лікар психоневрологічної лікарні

“\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

#### Посадова інструкція головної медичної сестри психоневрологічної лікарні

Основною метою головної медичної сестри психоневрологічної лікарні є забезпечення високої якості надання медичної допомоги населенню середнім і молодшим медичним персоналом шляхом:

- чіткої організації системи “сестринської справи” на рівні лікарні;
- забезпечення високої ефективності праці середнього та молодшого медичного персоналу;
- здійснення управлінської та представницької діяльності на рівні лікарні та інших інструкцій з питань, що стосуються медсестринства;
- забезпечення системи дії з дотримання прав пацієнта.

#### 1. Загальні положення

1.1. На посаду головної медичної сестри ЛПЗ призначається особа, яка має закінчену медсестринську освіту, досвід роботи на посаді медичної сестри не менше 5 років, високий професійний рівень, вищу категорію з одного з медсестринських атестаційних фахів, категорію з організації і управління охорони здоров'я.

1.2. Головна медична сестра призначається і звільняється наказом головного лікаря ЛПЗ.

1.3. Головна медична сестра підпорядковується головному лікарю.

1.4. У безпосередньому підпорядкуванні головної медичної сестри перебуває середній і молодший медичний персонал лікарні.

1.5. У своїй діяльності головна медична сестра керується Положенням про головну медичну сестру, Положенням про ЛПЗ, статутом ЛПЗ, наказами та іншими директивними документами, які належать до компетенції головної медичної сестри.

#### 2. Основні функції

2.1. Організація і розвиток системи “сестринська справа”.

2.2. Управління системою прямим та опосередкованим шляхом за всіма напрямками роботи із середнім і молодшим медичним персоналом.

2.3. Робота з кадрами середнього та молодшого медичного персоналу, керує роботою і координує діяльність керівників середньої ланки та організацію сестринського догляду на рівні лікарні.

2.4. Участь у розробці проблемних питань охорони здоров'я, які належать до сфери медсестринства.

2.5. Організація соціологічних обстежень з різних питань якості надавши медичної допомоги населенню та окремим пацієнтам середнім і молодшим медичним персоналом та інших питань, пов'язаних із медсестринством.

2.6. Представницька діяльність через особисте представництво та від імені медичних сестер на рівні лікувального закладу та інших інституцій з питань, пов'язаних із професійною діяльністю медичних сестер, соціальними питаннями, розвитком сестринської справи.

### 3. Обов'язки

#### 3.1. Головна медична сестра безпосередньо вирішує питання:

3.1.1. Визначення основної мети і пріоритетних проблем організації системи "Сестринська справа".

3.1.2. Організації роботи середнього і молодшого медичного персоналу; вивчення і впровадження технологій у галузі медсестринства, які підвищують якість сестринського огляду; дотримання належної культури в обслуговуванні пацієнтів, етики і деонтології у стосунках із пацієнтами, колегами, родичами пацієнтів.

3.1.3. Організації атестації середнього медичного персоналу, комплектації складу атестаційної комісії; удосконалення форм і методів роботи середнього і молодшого персоналу в обслуговуванні пацієнтів.

#### 3.2. Головна медична сестра керує:

- організацією роботи старших медичних сестер відділень лікарні;
- комісією з атестації середнього медичного персоналу;
- радою медичних сестер.

#### 3.3. Головна медична сестра організовує:

3.3.1. Роботу з кадрами середнього та молодшого медичного персоналу із забезпечення їх готовності виконувати свої функції.

3.3.2. Діяльність колективу медичних сестер із виконання поставлених завдань щодо забезпечення пацієнтів високоякісною сестринською допомогою.

3.3.3. Планування діяльності середнього і молодшого медичного персоналу шляхом розробки перспективних, річних, місячних планів роботи.

3.3.4. Проведення аналітичної роботи з визначення шляхів вирішення питань діяльності середніх і молодших медичних працівників.

3.3.5. Післядипломну освіту середнього та молодшого медичного персоналу.

3.3.6. Впровадження в практику роботи середнього та молодшого медичного персоналу досягнень науки, передового досвіду, нових технологій і підходів у роботі.

3.3.7. Проведення науково-практичних конференцій.

3.3.8. Тематичні семінари.

3.3.9. Заняття з підвищення професійних навичок.

#### 3.4. Головна медична сестра забезпечує:

3.4.1. Сучасний рівень розвитку сестринської справи на рівні лікарні.

3.4.2. Визначення та впровадження в систему "Сестринська справа" факторів, які забезпечують ефективність діяльності середніх медичних працівників на сучасному рівні.

3.4.3. Здійснення процесу управління за всіма напрямками діяльності середнього та молодшого медичного персоналу: організаційним, діагностичним, лікувальним, реабілітаційним, профілактичним, догляду за пацієнтами, санітарно-гігієнічним і протиепідемічним.

3.4.4. Розробку і впровадження в роботу медичних сестер нових технологій, стандартів, алгоритмів і забезпечення дотримання їх під час виконання трудових операцій, процедур, маніпуляцій, сестринського догляду.

3.4.5. Проведення вступного й організація первинного і чергового інструктажів на робочому місці середнього та молодшого медичного персоналу.

3.4.6. Свочасне складання заявок на одержання затверджених форм первинної медичної документації та забезпечення ними старших медсестер лікувальних відділень.

#### 3.5. Головна медична сестра розробляє:

3.5.1. Посадові інструкції для основного складу середніх і молодших медичних працівників.

3.5.2. Професійні вимоги до посад середніх і молодших медичних працівників.

3.5.3. Вимоги до організації робочих місць середніх і молодших працівників.

3.5.4. Систему внутрішніх і зовнішніх зв'язків для забезпечення ефективного функціонування системи "Сестринська справа".

3.5.5. Показники кінцевих результатів по системі "Сестринська справа" на рівні лікарні.

3.5.6. Програми перспективного розвитку системи "Сестринська справа" на рівні лікарні.

3.5.7. Проекти рішень з проблемних питань усіх напрямків діяльності медичних сестер.

#### 3.6. Головна медична сестра контролює:

3.6.1. Роботу середнього та молодшого медичного персоналу лікарні, виконання ними посадових інструкцій.

3.6.2. Санітарно-протиепідемічний режим лікарні, виконання чинних наказів, які регламентують санітарно-протиепідемічний режим.

3.6.3. Виконання правил внутрішнього розпорядку середнім і молодшим медичним персоналом лікарні.

3.6.4. Виконання лікувальних призначень, діагностичних процедур медичними сестрами відділень, кабінетів, служб.

3.6.5. Проведення занять підвищення професійної кваліфікації середнього та молодшого медичного персоналу у структурних підрозділах.

3.6.6. Виконання правил лікувально-охоронного режиму у відділеннях.

3.6.7. Організацію лікувального харчування.

3.6.8. Виписування, зберігання, облік, використання медикаментів, спирту, перев'язувального матеріалу, медичного інструментарію.

3.6.9. Виконання графіків роботи середнього і молодшого медичного персоналу.

3.6.10. Дотримання правил етики та деонтології, стичних норм середнім і молодшим медичним персоналом.

### **3.7. Головна медична сестра бере участь у:**

3.7.1. Розробці основних напрямків роботи і завдань медсестринських колективів у структурних підрозділах.

3.7.2. Регулювальних заходах різного рівня: колегії, медичної ради, комісії з санепідрезиму, комісії з харчування, тематичні наради, оперативні наради.

3.7.3. Розробці програм навчання середнього та молодшого медичного персоналу.

3.7.4. Підготовці бази дипломної та післядипломної освіти середнього медичного персоналу.

3.7.5. Адміністративних обходах, оперативних нарадах.

**3.8. Головна медична сестра доводить до відома підпорядкованого їй персоналу:**

- накази, розпорядження, вказівки та інші директивні документи органів охорони здоров'я, санітарно-епідеміологічних ситуацій, що належать до сфери діяльності середнього та молодшого медичного персоналу.

### **4. Права**

Головна медична сестра користується всіма правами й пільгами, встановленими чинним законодавством про працю в охороні здоров'я.

Головна медична сестра має право:

- змінювати функції середнього та молодшого медичного персоналу з метою забезпечення ефективної діяльності;
- видавати розпорядження з питань організації роботи медичних сестер, перевіряти виконання медичними сестрами своїх обов'язків і дотримання наданих їм прав; контролювати обсяг, якість і культуру роботи медичних сестер;
- перевіряти рівень знань і професійної майстерності медичних сестер;
- перерозподіляти обов'язки середніх і молодших медичних працівників, виходячи з їх зайнятості й виробничої необхідності;
- перевіряти організацію робочих місць медичних сестер, дотримання ними правил (інструкцій) технологічних процесів та організації роботи, яку вони виконують;
- контролювати своєчасність і якість заповнення документації медичними сестрами;

- контролювати дотримання середнім і молодшим медичним персоналом трудової дисципліни, правил приймання і здавання чергувань, принципів етики і деонтології;

- перевіряти виконання наказів, директивної й інформативної документації головного лікаря ЛПЗ, розпорядження заступника головного лікаря;

- визначати субординацію в трудових стосунках;

- проводити й організувати наради медичних сестер, а також брати участь у виробничих нарадах структурних підрозділів;

- у випадках, пов'язаних із необхідністю оперативного управління, давати розпорядження медичним сестрам, молодшим медичним сестрам, санітаркам-прибиральницям, санітаркам-буфетницям, минаючи їх безпосередніх керівників (але повідомляючи останніх), перевіряти виконання ними завдань;

- визначати пріоритети й узгоджувати показники остаточних результатів діяльності всіх підрозділів;

- надавати пропозиції на призначення керівників середніх і молодших ланок;

- брати участь у розробці штатного розкладу середнього та молодшого медичного персоналу;

- брати участь у висуванні кандидатур для заохочення середніх і молодших медичних працівників, вносити пропозиції про накладання стягнень на осіб, які порушують трудову дисципліну й незадовільно виконують свої обов'язки.

### **5. Головна медична сестра відповідає за:**

- правильну розстановку та доцільне використання кадрів середнього та молодшого медичного персоналу;

- організацію системи підвищення кваліфікації, виходячи з вимог до рівня професійних знань;

- впровадження нових технологій і наукових досягнень у практику медсестринської справи;

- якість надання медсестринської допомоги та послуг;

- якість і надійність системи інформаційної підтримки середнього медичного персоналу;

- своєчасний розгляд звернень громадян відносно діяльності середнього та молодшого медичного персоналу;

- дотримання всіх вимог щодо прав пацієнта;

- якість організації системи "Сестринська справа".

## Додаток 2

“Затверджую”

Головний лікар психоневрологічної лікарні  
“ ” 20\_\_ р.**Посадова інструкція старшої медичної сестри стаціонарного відділення психоневрологічної лікарні****1. Загальна частина**

1.1. На посаду старшої медичної сестри відділення призначається досвідчена, професійно підготовлена медична сестра, яка має закінчену освіту з медсестринства, стаж роботи на посаді медичної сестри не менше 5 років, володіє організаційними здібностями, має першу або вищу атестаційну категорію.

1.2. Старша медична сестра призначається на посаду і звільняється з неї наказом головного лікаря.

1.3. Старша медична сестра підпорядковується завідувачому відділенням і головній медичній сестрі лікарні.

1.4. Старшій медичній сестрі підпорядкований середній і молодший медичний персонал відділення.

1.5. У своїй діяльності старша медична сестра керується положенням про заклад, у якому вона працює, положенням про старшу медичну сестру закладу, наказами, розпорядженнями, інструкціями керівника закладу та завідувачого відділенням, методичними рекомендаціями з удосконалення діяльності середнього медичного персоналу лікувальних закладів.

**2. Функції старшої медичної сестри**

2.1. Здійснення управлінської діяльності середнім і молодшим медичним персоналом на рівні відділення. Визначення основних функцій середнього і молодшого медичного персоналу у вирішенні питань щодо забезпечення якості догляду за пацієнтами.

2.2. Організація роботи із середнім і молодшим медичним персоналом відділення з підвищення кваліфікації. Контроль рівня кваліфікації підлеглого медичного персоналу.

2.3. Планування діяльності середнього та молодшого медичного персоналу на рівні відділення, визначення функцій середнього та молодшого медичного персоналу в забезпеченні якості й ефективності надання медичної допомоги на рівні середнього та молодшого медичного персоналу.

2.4. Організація систематичного контролю за діяльністю та виконанням обов'язків середніх і молодших медичних працівників, своєчасним та якісним виконанням лікувально-діагностичних призначень і догляду за пацієнтами.

2.5. Розробка стандартів сестринського догляду та критеріїв оцінки якості догляду.

2.6. Спрямування роботи середнього та молодшого медичного персоналу на вирішення поставлених перед відділенням завдань у частині, що стосується

якості та ефективності надання медичної допомоги середньою та молодшою ланкою медичних працівників.

2.7. Забезпечення відділення медикаментами, перев'язувальним матеріалом, медичним інструментарієм, предметами догляду за хворими, контролювання їх зберігання, витрат використання, здійснення кількісного обліку.

2.8. Забезпечення і контроль виконання санітарно-епідемічного режиму у відділенні.

2.9. Розробка системи контролю й експертних оцінок медсестринського догляду за пацієнтами на рівні сучасних вимог до здійснення догляду.

**3. Старша медична сестра зобов'язана:**

3.1. Здійснювати заходи з раціональної організації праці середнього та молодшого медичного персоналу, застосування в їхній практичній діяльності нових методів, методик, технологій і технічних засобів, що підвищують якість догляду за пацієнтами.

3.2. Забезпечувати виконання середнім і молодшим медичним персоналом посадових інструкцій, правил внутрішнього розпорядку відділення, дотримання етики, деонтології, морально-етичних норм, прав пацієнтів.

3.3. Забезпечувати виконання лікарських призначень і сестринського догляду за пацієнтами, що перебувають на лікуванні у відділенні.

3.4. Розробляти і здійснювати заходи з підвищення професійного рівня сестринського та молодшого медичного персоналу, виховання доброзичливого ставлення до пацієнтів, дотримання належної культури обслуговування пацієнтів. Проводити індивідуальну роботу з медичним персоналом, виховувати відповідальність, гуманність, чесність, принциповість, колегіальність.

3.5. Проводити у відділенні професійне навчання із середнім і молодшим медичним персоналом.

3.6. Вивчати та впроваджувати у відділенні передовий досвід з удосконалення організації роботи середнього і молодшого медичного персоналу.

3.7. Планувати діяльність середнього і молодшого медичного персоналу:

- складання особистого плану роботи;
- складання планів підвищення кваліфікації.

3.8. Забезпечувати своєчасне виписування, правильний облік, розподіл і використання медикаментів, медичного інструментарію та предметів догляду за хворими.

3.9. Проводити оперативні заняття з медичними сестрами відділення з питань, що входять до компетенції середнього медичного персоналу.

3.10. Здійснювати заходи з виконання у відділенні санітарно-епідемічного режиму.

3.11. Складати заявки та вимоги на харчування пацієнтів, контролювати процес харчування у відділенні та якість їжі.

3.12. Вести облік листків непрацездатності, забезпечувати їх зберігання.

3.13. Проводити обходи відділення, бути присутньою при передачі змін середнього і молодшого медичного персоналу.

3.14. Брати участь у нарадах медичних сестер. Рівень нарад — керівник закладу, заступники головного лікаря, головна медична сестра, завідуючий відділенням.

3.15. Систематично підвищувати свою професійну кваліфікацію, вивчати передові методи та технології роботи середнього та молодшого медичного персоналу, застосовувати їх в практичній діяльності.

3.16. Розробляти графіки роботи середнього та молодшого медичного персоналу, здійснювати раціональну розвтановку кадрів середнього та молодшого медичного персоналу, своєчасно забезпечувати заміну медичних сестер і молодшого медичного персоналу в разі невиходу на чергування. За вказівкою завідуючого відділенням забезпечувати й організувати індивідуальні чергування середнього та молодшого медичного персоналу для хворих, які потребують індивідуального догляду.

3.17. Складати таблиці робочого часу працівників відділення, контролювати достовірність виконання графіка роботи, вносити своєчасно корективи в разі зміни в робочому часі працівників відділення.

3.18. Вести списочний облік усіх матеріальних цінностей, за які відповідає старша медична сестра, зберігати згідно з вимогами психотропні препарати та їх прекурсори, спирт, бланки, що підлягають спеціальному обліку, медикаменти.

3.19. Вести документацію рівня виконання старшої медичної сестри відділення:

- документацію з організації та планування роботи з медичним персоналом;
- документацію, пов'язану з оформленням на лікування та виписуванням хворих у відділенні;
- документацію до відділу статистики про рух хворих у відділенні;
- документацію з оформлення на лікування до відділення пацієнтів, що лікуються на госпрозрахункових умовах, розрахунок витрат на медикаментозне забезпечення і звіт;
- документацію про витрати на харчування пацієнтів;
- документацію на одержання з аптеки медикаментів, перев'язувального матеріалу, медичного інструментарію, предметів догляду за хворими;
- облікову документацію про одержання, використання та витрату медикаментів, які перебувають на особливому обліку (отруйні, сильнодіючі), складання звітів до бухгалтерії лікувального закладу;
- облікову документацію про одержання, використання та витрату психотропних препаратів та їх прекурсорів згідно з наказом № 356 від 18.12.97 р. "Про затвердження порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і їх прекурсорів у державних і комунальних закладах охорони здоров'я України";
- облікову документацію про одержання, використання і витрату медикаментів, одержаних по лінії гуманітарної допомоги;
- документацію з обліку лікарняних листків пацієнтів;

- документацію з обліку листків непрацездатності;
- документацію з контролю за виконанням наказів, які регламентують санітарно-епідемічний режим у відділенні;
- документацію з підвищення кваліфікації середнього та молодшого медичного персоналу;
- документацію з організації техніки безпеки та протипожежних заходів у відділенні;
- документацію обліку робочого часу та нарахування заробітної плати (табелі, графіки робочого часу).

#### 4. Старша медична сестра контролює:

- виконання обов'язків і посадових інструкцій середнім і молодшим медичним персоналом;
- виконання та дотримання у відділенні санітарно-епідемічного режиму і правил внутрішнього розпорядку медичним персоналом, пацієнтами, відвідувачами; виконання медичними сестрами призначень лікарів, сестринського догляду; витрату медикаментів на посту, у процедурному кабінеті; правильність обліку та списання лікарських засобів;
- виконання середніми та молодшими медичними працівниками режимів нагляду за хворими;
- ведення медичної документації рівня виконання медичних сестер;
- дотримання у відділенні лікувально-охоронного режиму та відвідування пацієнтів родичами;
- організацію передач хворим;
- виконання правил прийому та виписування пацієнтів середнім і молодшим медичним персоналом, розміщення пацієнтів по палатах, якість проведення санітарної обробки;
- рівень професійної кваліфікації середнього та молодшого медичного персоналу.

#### 5. Старша медична сестра несе відповідальність за:

5.1. Виконання медичними сестрами лікарських призначень, медсестринського догляду за пацієнтами.

5.2. Виконання у відділенні наказів, які регламентують санітарно-епідемічний режим лікувальних закладів.

5.3. Забезпечення відділення лікарськими засобами, медичним інструментарієм, предметами догляду за хворими.

5.4. Інформацію і заявки на харчування пацієнтів.

5.5. Збереження медичного обладнання, медичного інструментарію, предметів догляду за хворими.

5.6. Правильне збереження психотропних препаратів і лікарських засобів, одержаних по лінії гуманітарної допомоги, а також групи медикаментів і медичного інструментарію (шприци, крапельниці), зберігання яких регламентовано відповідними наказами та інструкціями.

5.7. Правильність обліку, розподілення, збереження та витрачання медикаментів, перев'язувальних матеріалів, медичного інструментарію.

5.8. Дотримання вимог щодо забезпечення прав пацієнта.

#### 6. Старша медична сестра має право:

6.1. Користуватися усіма правами і пільгами згідно з чинним трудовим законодавством.

6.2. Вносити свої пропозиції завідувачому відділенням відносно раціональної розстановки середнього та молодшого медичного персоналу залежно від спеціальності, кваліфікації, здібностей.

6.3. Надавати термінову допомогу пацієнтам.

6.4. Давати вказівки підлеглому середньому та молодшому медичному персоналу й контролювати їх роботу.

6.5. Висувати вимоги до адміністрації лікарні щодо створення належних умов праці, що забезпечували б якісне виконання функціональних обов'язків.

6.6. Виматати від хворих дотримання правил внутрішнього розпорядку у відділенні.

6.7. Підвищувати свою професійну кваліфікацію на курсах підвищення кваліфікації, семінарах, конференціях, оволодівати новими методами і технологіями сестринського догляду.

6.8. Отримувати інформацію і директивні документи, необхідні для виконання професійних обов'язків.

6.9. Брати участь у всіх заходах, пов'язаних із підвищенням кваліфікації медичних сестер.

6.10. Давати пропозиції завідувачому відділенням для заохочення або накладання адміністративних стягнень на середній і молодший медичний персонал.

### Додаток 3

#### Професійні вимоги до посади старшої медичної сестри психіатричного стаціонарного відділення

##### Повинна володіти:

- основними принципами охорони психічного здоров'я;
- управлінською діяльністю середнім і молодшим медичним персоналом відділення;
- організацією роботи середнього та молодшого медичного персоналу та забезпеченням його функціонування у відділенні з виконання посадових обов'язків і догляду за пацієнтами;
- попереднім, поточним і підсумковим контролем із забезпечення у відділенні виконання догляду за хворими згідно із сучасними вимогами;
- вмінням вести роботу з підвищення кваліфікації з медичним персоналом, підпорядкованим старшій медичній сестрі;
- вмінням організовувати та проводити заняття з професійного навчання середнього та молодшого медичного персоналу;
- навичками роботи з планування діяльності старшої медичної сестри:
  - а) складання планів роботи;
  - б) складання планів підвищення кваліфікації;
  - в) складання планів-заявок на медикаменти;
  - г) складання графіків на чергування;
- заходами з раціональної організації праці середнього та молодшого медичного персоналу, застосування нових методів, методик, технологій, що забезпечують ефективність діяльності працівників на сучасному рівні;
- вмінням робити експертні оцінки здійснення догляду за хворими, аналізом діяльності середнього та молодшого медичного персоналу;
- вмінням вести статистичну звітність рівня старшої медичної сестри стаціонарного відділення;
- організацією дієтичного харчування;
- стандартами сестринського догляду;
- вимогами до організації робочих місць середніх і молодших медичних працівників;
- правилами виписування, зберігання, обліку, застосування групи медикаментів, що можуть бути використані у відділенні;
- поняттями про медсестринські моделі роботи;
- принципами організації лікувально-охоронного процесу;
- основами етики та деонтології;
- наказами, що регламентують санітарно-протиепідемічний режим лікувальних закладів;
- веденням медичної документації рівня старшої медичної сестри відділення;

- правилами організаційно-санітарної освіти;
- методами профілактики інфекційних захворювань і наказами, що регламентують цей розділ роботи.

**Навички та вміння, що належать до компетенції медичної сестри стаціонарного відділення психоневрологічного стаціонару (їх оцінка):**

- комунікативні навички спілкування;
- оцінка стану пацієнта, наявність змін, спричинених хворобою;
- компенсаторні можливості особистості пацієнта, їх розвиток для адаптації та реабілітації в умовах звичайного життя;
- психологія спостереження, режим спостереження;
- створення мікроклімату й терапевтичного середовища у відділенні;
- методи й технології немедикаментозної терапії, які входять до компетенції медичної сестри;
- соціально-правові питання, які стосуються пацієнтів психіатричного профілю;
- профілактика виникнення екстремальних ситуацій у пацієнтів відділення;
- дії при екстремальних ситуаціях, методи надання невідкладної медичної допомоги;
- формування й будова взаємостосунків “медсестра—пацієнт”;
- загальне й диференційоване доглядання, етапи медсестринського догляду, технологія роботи медичної сестри;
- поняття про медсестринські моделі роботи;
- принципи організації лікувально-охоронного процесу;
- основи медичної етики і деонтології;
- накази, які регламентують санітарно-протиепідемічний режим лікувальних закладів;
- медичні маніпуляції, ін’єкції та процедури, які входять до компетенції медичної сестри;
- профілактика інфекційних та інших захворювань;
- основи асептики й антисептики;
- організація санітарно-освітньої роботи;
- алгоритм підготовки хворих до діагностичних досліджень згідно з чинними вимогами й рекомендаціями.

**Додаток 4**

“Затверджено”

Головний лікар психоневрологічної лікарні  
 “ ” 20\_\_ р.

### **Посадова інструкція палатної медичної сестри психоневрологічної лікарні**

Основним завданням палатної медичної сестри психіатричного стаціонару є догляд за пацієнтами, виконання лікувально-діагностичних призначень.

#### **1. Загальна частина**

1.1. На посаду палатної медичної сестри призначається особа, яка має закінчену медсестринську освіту, післядипломну підготовку зі спеціальності “Психіатрія” і володіє основними видами медсестринських втручань (маніпуляції, процедури).

1.2. Палатна медична сестра призначається і звільняється наказом головного лікаря.

1.3. Медична сестра працює під безпосереднім керівництвом старшої медичної сестри відділення, виконує розпорядження головної медичної сестри закладу, завідуючого відділенням. Під час чергувань вона підпорядкована черговому лікарю, виконує всі його розпорядження й призначення.

1.4. Палатній медичній сестрі під час чергування підпорядкований весь молодший персонал зміни.

1.5. У своїй діяльності палатна медична сестра відділення керується положенням про палатну медичну сестру, директивною документацією щодо її професійної діяльності, посадовою інструкцією та розпорядженням посадових осіб, яким вона підпорядкована.

#### **2. Обов’язки**

**У своїй професійній діяльності палатна медична сестра повинна виконувати:**

2.1. Медсестринський догляд за пацієнтами, лікувально-діагностичні процедури та маніпуляції, які належать до її компетенції.

2.2. Лікарські призначення, нагляд за пацієнтами, особисте контролювання приймання пацієнтами призначених лікарських засобів.

2.3. Дотримання правил професійної етики та деонтології, морально-етичних норм.

2.4. Приймати та здавати чергування по зміні. Під час приймання зміни палатна медична сестра знайомиться з результатами попереднього чергування, зі станом пацієнтів, перевіряє та приймає пацієнтів за прізвищами по списку. Особливу увагу приділяє пацієнтам, які перебувають на режимах нагляду, звертає увагу на санітарно-гігієнічний стан пацієнтів. Під час приймання зміни здають і приймають: медикаменти, медичний інструментарій, інвентар.

2.5. Під час чергування медична сестра повинна бути присутня на лікарських обходах, точно записувати призначення лікарів до журналу, в якому

фіксують записи лікарських призначень; після обходу всі призначення лікарів переносити до листів призначень.

2.6. Виписувати та одержувати медикаменти для видачі пацієнтам у старшої медичної сестри відділення, вести обліково-звітну документацію відповідно до вимог наказів відносно груп лікарських засобів, що перебувають на кількісному спеціальному обліку (психотропні лікарські засоби, наркотики, отруйні, сильнодіючі речовини, гуманітарна допомога).

2.7. Заповнює, веде і зберігає затверджену документацію сестринського виконання.

2.8. Під час прийому пацієнтів до відділення знайомиться з їхнім психічним станом, звертає увагу на фізичний стан, тілесні ушкодження та інші хворобливі ознаки, фіксує все виявлене у відповідній документації, розміщує пацієнтів по палатах, контролює якість санітарної обробки, знайомить з правилами внутрішнього розпорядку, надає всю інформацію про відділення.

2.9. Готує хворих до різних лабораторних і функціональних досліджень, проводить забір біологічного матеріалу для лабораторних досліджень і відправляє його в лабораторію.

2.10. Проводить загальне обстеження, оглядає пацієнтів, приймає передачі, організовує побачення пацієнтів із родичами та відвідувачами.

2.11. Повинна знати всіх пацієнтів за прізвищами, особливості їхнього стану й призначені кожному хворому лікування та режим.

2.12. Інформувати пацієнтів про прийом процедур, клініко-діагностичні процедури, функціональні дослідження.

2.13. Виключати будь-які конфлікти у відділенні, проявляти витримку, не допускати непотрібної інформації, порушення етики та деонтології.

### 3. Палатна медична сестра забезпечує:

3.1. Дотримання у відділенні належного порядку та чистоти, виконання пацієнтами встановленого для них лікувального режиму, правил внутрішнього розпорядку.

3.2. Належне зберігання медикаментів і їх використання на посту.

3.3. Дотримання реабілітаційних режимів; знання особливостей стану кожного пацієнта. Про зміни стану негайно повідомляє лікаря, що лікує пацієнта, а в разі його відсутності — чергового лікаря.

3.4. Дотримання санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму під час чергування у відділенні.

3.5. Інструктаж чергової зміни щодо роботи та особливостей догляду за психічнохворими, дотримання правил етики і деонтології молодшим медичним персоналом, дій в екстремальних умовах і кризових ситуаціях у відділенні.

3.6. Створення у відділенні лікувального терапевтичного мікроклімату та психотерапевтичних заходів, які допомагають покращанню стану пацієнтів.

3.7. Керівництво роботою молодшого медичного персоналу, дотримання ними посадових інструкцій; дотримання правил внутрішнього розпорядку

відвідувачами; їй належить бути присутньою при побаченнях пацієнтів із родичами.

3.8. Сприяє залученню хворих до трудових процесів, піклується про організацію дозвілля пацієнтів.

### 4. Палатна медична сестра під час чергування контролює:

4.1. Роботу молодшого медичного персоналу буфету.

4.2. Наявність речей у відділенні й у пацієнтів, якими вони можуть завдавати шкоди собі або оточуючим.

4.3. Вихід хворих під час прогулянок, перевіряє їх стан, слідкує, щоб хворі були одягнені відповідно до погодних умов.

4.4. Зовнішній вигляд хворих, дотримання ними санітарно-гігієнічних вимог.

4.5. Стежить, щоб усі кімнати, які не призначені для постійного перебування пацієнтів (кладові, буфетна, ванна, кабінети лікарів), зачинялися на ключ і відкривалися тільки під час користування ними.

4.6. Дотримання пацієнтами лікувально-охоронного режиму, правил внутрішнього розпорядку.

5. Палатна медична сестра несе змінні чергування за графіком, складеним старшою медичною сестрою відділення, затвердженим завідуючим відділенням. У випадку термінової необхідності вона може бути викликана старшою медичною сестрою на чергування поза графіком із заліком відпрацьованих годин у місячну норму робочого часу.

6. Під час чергувань палатна медична сестра повинна перебувати серед хворих або в кабінеті для медичних сестер, де вона заповнює медичну документацію сестринського виконання, готує до видачі лікарські засоби пацієнтам, проводить процедури та ін'єкції.

7. За відсутності процедурної сестри палатна медична сестра виконує всі лікувальні призначення, несе відповідальність за збереження спирту, медикаментів, медичного інструментарію в процедурному кабінеті та веде документацію.

### 8. Права

8.1. Палатна медична сестра користується всіма правами і пільгами згідно з трудовим законодавством.

8.2. Має право надавати термінову допомогу хворим.

8.3. Давати вказівки підлеглому молодшому медичному персоналу й контролювати його роботу.

8.4. Виставляти вимоги адміністрації лікарні щодо створення належних умов праці, що забезпечували б якісне виконання функціональних обов'язків.

8.5. Вимагати від хворих і відвідувачів дотримання правил внутрішнього розпорядку у відділенні.

8.6. Підвищувати свою кваліфікацію на робочому місці, курсах підвищення кваліфікації, оволодівати суміжними спеціальностями, новими методами й технологіями сестринського догляду.

8.7. Отримувати інформацію та директивні документи, необхідні для виконання професійних обов'язків.

8.8. Має право брати участь у всіх заходах, пов'язаних із підвищенням кваліфікації медичних сестер.

#### 9. Оцінка роботи і відповідальність

9.1. Оцінку діяльності палатної медичної сестри здійснює старша медична сестра відділення, завідувачий відділенням, головна медична сестра на підставі виконання нею посадових інструкцій, правил внутрішнього розпорядку, морально-етичних норм.

9.2. Палатна медсестра несе відповідальність за виконання своїх обов'язків, які передбачені діючим положенням про палатну медичну сестру, посадовою інструкцією, правилами внутрішнього розпорядку, які обумовлені цими документами та входять до компетенції палатної медичної сестри.

9.3. Палатна медична сестра несе відповідальність за несвоєчасне і не якісне виконання лікувальних призначень, недбале ставлення до виконання своїх посадових обов'язків.

9.4. Палатна медична сестра несе відповідальність за зберігання медикаментів, спирту, перев'язувального матеріалу на посту.

9.5. Палатна медична сестра несе відповідальність за оформлення документації особистого заповнення, за правильне відображення стану пацієнта у відділенні в щоденнику спостережень.

#### 10. Професійні вимоги до посади палатної медичної сестри психіатричного стаціонару

##### 10.1. Повинна володіти:

- основними принципами охорони психічного здоров'я;
- комунікативними навичками спілкування;
- вмінням дати оцінку стану пацієнта й вираженості змін, спричинених хворобою;
- знаннями про компенсаторні можливості особистості пацієнта, їх розвиток для адаптації та реабілітації в умовах звичайного життя;
- психологією спостереження, режимами спостереження;
- створенням мікроклімату й терапевтичного середовища у відділенні;
- документацією сестринського виконання;
- методами і технологією немедикаментозної терапії, які входять у компетенцію медичної сестри;
- соціально-правовими питаннями, які стосуються пацієнтів психіатричного профілю;
- методами профілактики виникнення екстремальних ситуацій у пацієнтів відділення;
- діями в екстремальних ситуаціях, методами надання невідкладної медичної допомоги; формуванням і побудовою взаємостосунків "медсестра—пацієнт";

- загальним і диференційованим доглядами, етапами медсестринського догляду, технологією роботи медичної сестри, побудованій на медсестринському процесі;
- поняттями про медсестринські моделі роботи;
- принципами організації лікувально-охоронного процесу;
- основами медичної етики і деонтології;
- виконанням наказів, які регламентують санітарно-епідемічний режим лікувальних закладів;
- медичними маніпуляціями, ін'єкціями та процедурами, які входять у компетенцію медичної сестри;
- профілактикою інфекційних та інших захворювань;
- основами асептики й антисептики;
- способами застосування лікарських препаратів і умовами їх зберігання;
- правилами виписування, зберігання, обліку сильнодіючих, наркотичних, психотропних лікарських засобів;
- вмінням приготувати хворих до діагностичних досліджень згідно з існуючими вимогами й рекомендаціями.

## Додаток 5

Алгоритми роботи маніпуляційної медичної сестри  
психоневрологічного відділення

## Понеділок

- 09.00 Попереднє прибирання: протирання всіх поверхонь і предметів побуту дезінфекційними розчинами. Оперативна нарада у відділенні.
- 09.30—10.30 Кварцування кабінету. Перевірити історії хворих і виписати призначення. Виписати аптеку і отримати її у старшої медичної сестри.
- 10.30—11.30 Виконання погодинних призначень: антидепресанти, нейроролептики та інші психотропні лікарські засоби. Записати психотропні лікарські засоби в журнал і листки призначень.
- 11.30—12.30 Виконання підшкірних і внутрішньом'язових призначень.
- 12.30—13.30 Виконання внутрішньовенних призначень.
- 13.30—14.00 Ведення медичної документації.
- 14.00—15.00 Виконання погодинних призначень.
- 15.00—16.12 Кварцування кабінету (дворазове). Здавання порожніх ампул із-під психотропних лікарських засобів старшій медичній сестрі.
- Заключне прибирання кабінету.

## Вівторок

- 09.00 Попереднє прибирання: протирання всіх поверхонь і предметів побуту дезінфекційними розчинами.
- 09.30—10.00 Взяти кров на RW і записати у зошит, відправити в лабораторію (вівторок, четвер).
- 10.00—11.00 Кварцування кабінету. Перевірити історії хворих і виписати призначення. Виписати аптеку й отримати її у старшої медичної сестри.
- 11.00—12.00 Виконання погодинних призначень: антидепресанти, нейроролептики та інші психотропні лікарські засоби. Записати психотропні лікарські засоби в журнал і листки призначень.
- 12.00—13.00 Ведення медичної документації. Перевірити історії хворих після обходу завідуючого відділенням і виписати призначення у журнал.
- 13.00—14.00 Виконання підшкірних і внутрішньом'язових призначень.

- 14.00—15.00 Виконання внутрішньовенних призначень.
- 15.00—16.12 Кварцування кабінету (дворазове). Здавання порожніх ампул із-під психотропних лікарських засобів старшій медичній сестрі.
- Заключне прибирання кабінету.

## Середа

- 09.00 Попереднє прибирання: протирання всіх поверхонь і предметів побуту дезінфекційними розчинами.
- 09.30—10.30 Взяти кров на RW.
- 10.30—11.30 Кварцування кабінету. Перевірити історії хворих і виписати призначення. Виписати аптеку і отримати її у старшої медичної сестри.
- 11.30—13.30 Виконання погодинних призначень: антидепресанти, нейроролептики та інші психотропні лікарські засоби. Записати психотропні лікарські засоби в журнал і листки призначень.
- 11.30—14.00 Виконання внутрішньом'язових і підшкірних призначень.
- 14.00—14.30 Виконання внутрішньовенних призначень.
- 14.30—15.00 Виконання погодинних внутрішньом'язових призначень.
- 15.00—16.12 Кварцування кабінету (дворазове). Здавання порожніх ампул із-під психотропних лікарських засобів старшій медичній сестрі.
- Заклучне прибирання кабінету.

## Четвер

- 09.00 Попереднє прибирання: протирання всіх поверхонь і предметів побуту дезінфекційними розчинами.
- 09.00—09.30 Взяти біохімічні аналізи і відправити в лабораторію.
- 09.30—10.30 Кварцування кабінету. Перевірити історії хворих і виписати призначення. Виписати аптеку і отримати її у старшої медичної сестри.
- 10.30—11.00 Взяти кров на RW і відправити в лабораторію.
- 11.00—12.00 Виконання погодинних призначень: антидепресанти, нейроролептики та інші психотропні лікарські засоби. Записати психотропні лікарські засоби в журнал і листки призначень.
- 12.00—13.00 Виконання внутрішньом'язових і підшкірних призначень.
- 13.00—14.30 Виконання внутрішньовенних призначень. Виконання погодинних внутрішньом'язових призначень.

- 14.30—15.00 Ведення медичної документації.
- 15.00—16.12 Генеральне прибирання кабінету. Кварцування кабінету. Здавання порожніх ампул із-під психотропних лікарських засобів старшій медичній сестрі.
- П'ятниця**
- 09.00 Попереднє прибирання: протирання всіх поверхонь і предметів побуту дезінфекційними розчинами.
- 09.30—10.30 Кварцування кабінету. Перевірити історії хворих і виписати призначення. Виписати аптеку і отримати її у старшої медичної сестри.
- 10.30—11.30 Виконання погодинних призначень: антидепресанти, нейролептики та інші психотропні лікарські засоби. Записати психотропні лікарські засоби в журнал і листки призначень.
- 11.30—12.30 Виконання внутрішньом'язових і підшкірних призначень.
- 12.30—13.30 Виконання внутрішньовенних призначень.
- 13.30—14.30 Виконання погодинних внутрішньом'язових призначень.
- 14.30—15.00 Ведення медичної документації.
- 15.00—16.12 Кварцування кабінету (дворазове). Здавання порожніх ампул із-під психотропних лікарських засобів старшій медичній сестрі.
- Заключне прибирання кабінету.

Навчальне видання

Погорелов Ігор Іванович  
Сезін Сергій Юрійович

## МЕДСЕСТРИНСТВО В ПСИХІАТРІЇ І НАРКОЛОГІЇ

Підписано до друку 10.02.2012 р. Формат 60×90 1/16.  
Папір офсет. Гарн. Times New Roman.  
Друк офсет. Ум. друк. арк. 22,0.  
Зам. 12-82.

ВСВ "Медицина"  
01034, м. Київ, вул. Стрілецька, 28.  
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців,  
виготівників і розповсюджувачів книжкової продукції.  
ДК № 3595 від 05.10.2009.  
Тел.: (044) 581-15-67, 234-58-11.  
E-mail: med@society.kiev.ua

Віддруковано на ПАТ "Білоцерківська книжкова фабрика",  
09117, м. Біла Церква, вул. Леся Курбаса, 4.  
Свідоцтво серія ДК № 4063 від 11.05.2011р.

**П43 Погорелов І.І.**  
**Медсестринство в психіатрії і наркології : підручник / І.І. Погорелов, С.Ю. Сезін. — К. : ВСВ «Медицина», 2012. — 352 с.**

**ISBN 978-617-505-169-6**

У підручнику викладено матеріал із питань психіатрії та наркології відповідно до сучасної навчальної програми.

Значну увагу приділено питанням професійної діяльності медичної сестри та фельдшера в роботі з пацієнтами психіатричного та наркологічного профілю.

Описано сучасні уявлення про психіатричні та наркологічні хвороби, а також психопатологічні феномени, симптоми і синдроми, що їх спостерігають при різних психічних розладах.

Визначено роль, місце і завдання медичної сестри під час надання допомоги психічно хворим людям.

Для студентів вищих медичних навчальних закладів I—III рівнів акредитації.

**УДК 616.89**  
**ББК 56.14я73**